

**NESTA EDIÇÃO**

**H1N1 e mídia**

Jornalistas e profissionais da saúde debatem a gripe A

**Saúde sem fronteiras**

Os sistemas universais do Canadá, Reino Unido e Espanha

# RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982

Nº 99 • Novembro de 2010

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

[www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)



**Mala Direta  
Postal**

9912233515/2009-DR/RJ  
FIOCRUZ

...CORREIOS...



# PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

**Estudo avalia que unidades socioeducativas  
passam longe da Reforma Psiquiátrica e aponta outras  
medidas para os adolescentes em conflito com a lei**



# Zig-Zaids em tabuleiro virtual

*Jogo lançado em 1991 pela Fiocruz ganha versão digital e novas informações para os jovens*



O jogo *Zig-Zaids*, lançado em 1991 pela Fiocruz para incentivar adolescentes a conversarem entre si sobre doenças sexualmente transmissíveis, ganhou versão digital – com conteúdo atualizado. Agora, tabuleiro, dados, pinos e cartas são virtuais e acessados na tela do computador. Basta baixar o arquivo do site da instituição, que está tudo lá.

Usando o mouse, os jogadores lançam os dados e movimentam seus pinos. À medida que vão caminhando pelo tabuleiro, e dependendo da casa em que caírem, precisam responder perguntas referentes à aids, suas formas de transmissão e prevenção, bem como a aspectos sociais e psicológicos da síndrome. Em seguida, podem comparar suas respostas às oferecidas pelo jogo, abrindo-se, assim, uma oportunidade de debate no grupo.

Recomendado para maiores de 12 anos, o *Zig-Zaids* propõe questões objetivas (“O que acontece com o nosso sistema de defesa depois que ele é atacado pelo vírus da aids?”) e subjetivas (“Teresa namora Leonardo, só tem relações sexuais com

ele. Você acha que ela deve usar camisinha sempre?”).

Nesta versão, foram incluídas perguntas relativas a medicamentos, legislação, saúde sexual e reprodutiva e direitos dos portadores de HIV. Desde o lançamento, o jogo já passou por outras três atualizações: em 1995, 1999 e 2001. “Nossa intenção era estabelecer um espaço de conversa acerca do tema”, diz a pesquisadora Simone Monteiro, chefe do Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz, que desenvolveu o jogo em parceria com Sandra Rebello e Virginia Schall.


O *Zig-Zaids* surgiu de um projeto de pesquisa sobre materiais educativos voltados a crianças e adolescentes. “À época, percebemos que havia muita desinformação e a predominância de um discurso fatalista, de que a aids matava”, lembra Simone. Quase dez anos depois, ao reavaliar a adequação do jogo, a pesquisadora notou que pouco mudou. “Os adolescentes ainda têm essa visão fatalista, mas um desejo maior de discutir o assunto”.

Somente em 1995, o Ministério da Saúde comprou 100 mil unidades do jogo para distribuir pelo país. Simone

credita o sucesso ao fato de o *Zig-Zaids* estar continuamente vinculado a um projeto de pesquisa: “Isso qualifica o material”. A experiência inspirou a criação de dois outros jogos – *Jogo da Onda*, sobre o uso de drogas, e *Trilhas*, que mapeia as principais instituições de ensino superior, de pesquisa científica e tecnológica, museus e acervos históricos do Rio de Janeiro.

Na versão atual, o *Zig-Zaids* é acompanhado de minidicionário com termos relacionados, lista de materiais de consulta e sugestões de uso para educadores. (B.D.)

## PARA ACESSAR E JOGAR

O *Zig-Zaids* pode ser baixado gratuitamente em [www.fiocruz.br/ioc/media/Zig\\_Zaids.rar](http://www.fiocruz.br/ioc/media/Zig_Zaids.rar). A Fiocruz doa um exemplar do jogo em CD-ROM para instituições públicas e da sociedade civil. O pedido deve ser feito por email ([zigzaids@ioc.fiocruz.br](mailto:zigzaids@ioc.fiocruz.br)) ou por carta (Fundação Oswaldo Cruz – Pavilhão Lauro Travassos, sala 22: Avenida Brasil 4365, Manguinhos, Rio de Janeiro, CEP 21045-900), informando endereço completo para recebimento e como será usado o material. 

# Na contramão

Esta edição traz assuntos leves e instigantes como alguns bons exemplos de sistemas universais de saúde, artigo otimista sobre uma "revolução intelectual" na América Latina, notícias da mídia comentadas e lançamento da versão digital de um antigo sucesso na prevenção em saúde - o *Zig-Zaids*. Mas nosso tema de capa é de tirar o leitor sensível do sério.

O sistema socioeducativo para adolescentes em conflito com a lei no Brasil está fora da lei. Esta é uma das conclusões a que se chega diante do levantamento que, em 2008, registrava cerca de 16 mil adolescentes entre 12 e 18 anos cumprindo medidas de internação determinadas pela Justiça em unidades socioeducativas superlotadas e marcadas por práticas ilegais e desumanas, inadequadas à missão de promover a reintegração social dos egressos, a maioria (95%) do sexo masculino.

O estudo coordenado por pesquisadores da Fiocruz em cooperação com o Ministério da Saúde e a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República identificou que, a pretexto de oferecer atendimento em saúde mental, os adolescentes são submetidos a práticas repressivas, uso abusivo de medicamentos, contenção química e física, isolamento e tratamento em ambientes internos e asilares. Tudo na contramão do que preconizam estudos internacionais e, principalmente, a

legislação e a política brasileiras de reforma psiquiátrica.

A proporção de adolescentes sob uso de psicofármacos em algumas unidades chega a 80%. Em 55% delas são utilizados métodos físicos ou mecânicos que impedem ou reduzem a mobilidade do paciente. E 60% das instituições fazem uso de confinamento involuntário em uma sala ou área que o paciente não pode deixar. Sempre, como se fossem procedimentos relacionados à saúde mental. Pior: não apenas profissionais de saúde despreparados e desatualizados (assistentes sociais, psicólogos e médicos), mas também monitores, guardas e diretores se arvoram a determinar tais "tratamentos" punitivos.

Mas nossos pesquisadores não estão imbuídos do espírito de revolta e denúncia deste editorial. Em nossa matéria de capa, eles detalham o diagnóstico desta situação e apontam o que e como deve ser modificado, em associação com serviços já existentes no sistema de saúde, de acordo com legislação e normas em vigor, além de apontar que caminhos tomar para capacitar os profissionais e a que estruturas públicas vincular adequadamente as unidades socioeducativas. Indicam também que novas linhas de pesquisa podem contribuir para a promoção de políticas públicas e ações que superem as deficiências encontradas e melhorem o atendimento a essa população vulnerável.

Rogério Lannes Rocha  
 Coordenador do Programa RADIS

## Comunicação e Saúde

♦ Zig-Zaids em tabuleiro virtual 2

## Editorial

♦ Na contramão 3

## Cartum

3

## Cartas

4

## Súmula

5

## Radis adverte

6

## Toques da Redação

6

## H1N1 e mídia

♦ Jornalistas e profissionais da Saúde debatem cobertura da influenza A 8

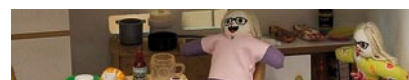
## Saúde sem fronteiras

♦ Por dentro dos sistemas universais 11



## Unidades socioeducativas e saúde mental

♦ Muito longe da Reforma Psiquiátrica 14



## Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas

♦ Sinitox traça perfil das intoxicações no país 20

## Serviço

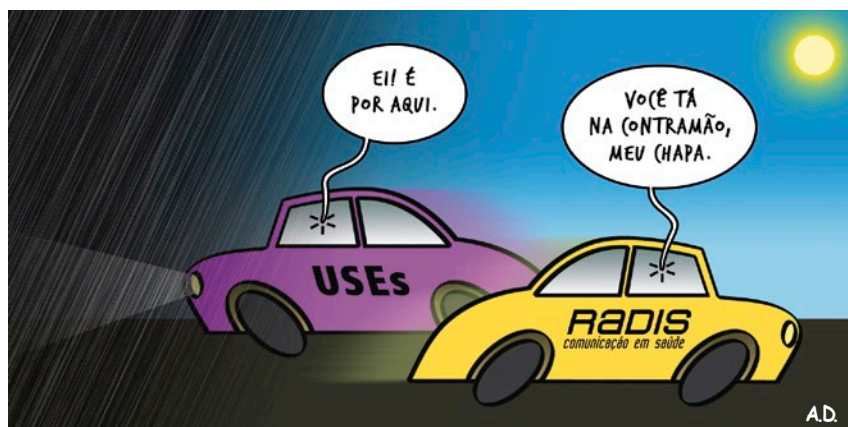
22



## Pós-Tudo

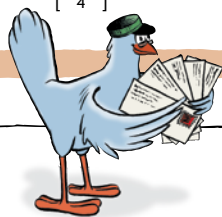
♦ Uma revolução intelectual 23

## CARTUM



ARISTIDES DUTRA

Foto da capa Sérgio Eduardo de Oliveira (S.E.O)



## CARTAS

### DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS



Comecei a assinar a *Radis* há cerca de um mês, por indicação de uma amiga, gostei muito de seu conteúdo e percebi que vocês talvez pudessem me ajudar. Sou estudante de Enfermagem, curso o 7º período, na Instituição de Ensino Superior e Pesquisa (INESP), em Divinópolis, Minas Gerais, e estou realizando minha monografia sobre doenças infectocontagiosas de uma determinada penitenciária da região. Gostaria de saber se vocês teriam material relacionado ao assunto.

♦ Ana Paula Arantes, Divinópolis, MG

☒ Ana Paula, você pode consultar, em especial, as edições 68, 69 e 73, nas quais, respectivamente, foram matéria de capa os temas Hanseníase, Tuber-

culose e Aids. Esses temas também foram abordados, de diversas formas, em outras edições. Sugerimos que você faça uma busca na coleção online da *Radis*, em [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis).

### RADIS AGRADECE

Olá pessoal! Sou técnico de Enfermagem e estou me especializando em Enfermagem do Trabalho. Quero parabenizar a todos da *Radis*, pelas excelentes publicações. A qualidade das matérias reflete a exata dedicação com que são pesquisadas e redigidas. Quero agradecer mais uma vez pela *Radis* nº 93 sobre o H1N1. Tirei muitas dúvidas em relação a essa gripe. Gostaria se possível que fossem publicados artigos relacionados a doenças ocupacionais. Sou um colecionador da *Radis* e acredito que esse trabalho de vocês terá sempre grande repercussão. Parabéns!

♦ Elvanio Coelho, Upabaçu-Itiruçu, BA

Quero parabenizar a equipe da *Radis* pelo brilhante trabalho de jornalismo, educação, comunicação e informação em saúde a serviço da população brasileira. Sempre com matérias

inovadoras e atuais, a *Radis* dá exemplo de imparcialidade, autonomia, transparência e autenticidade. Ficam registrados aqui minha admiração e respeito por esse grande meio de comunicação, genuinamente público. Um abraço!!!

♦ Rodrigo Vieira Martins, Esperança, PB

Gostaria de agradecer a todos pelo imenso prazer que tenho quando recebo a *Radis* em casa. O conteúdo é de ótima qualidade e o trabalho é de alto nível e nos traz muito conhecimento. Fico ansiosa todo mês, esperando pela revista. Muito obrigada.

♦ Cleuza Carneiro Sousa Xavier

### SUGESTÕES DE PAUTA

Gostaria que a *Radis* fizesse um reportagem sobre hemocromatose. Nosso sistema de saúde não leva em conta as pessoas que portam essa mutação genética altamente agressiva e sem cura e agrava a dificuldade de sobrevivência, ao obrigar as indústrias de farináceos a adicionarem ferro aos seus produtos. A hemocromatose leva o organismo humano a absorver ferro loucamente e a armazená-lo nas células do fígado, coração, cérebro, resultando na falência desses órgãos e em doenças incuráveis: diabetes, cirrose, infarto etc. Como não há estatísticas nacionais, o sistema e os médicos não consideram relevante pedir o exame que detecta a mutação. Milhões de brasileiros podem ser portadores, passar a vida comendo feijoada e carne e acabar precisando fazer transplante ou morrendo, sem saber que isso poderia ser evitado.

♦ Ana Lagôa, Teresópolis, RJ

Inicialmente, parabeno a *Radis* pela qualidade das informações nela publicadas. Gostaria de saber se existe a possibilidade de abordar o trabalho dos fonoaudiólogos no SUS, especificamente, na saúde do trabalhador. Agradeço e aguardo as novas edições.

♦ Marlos Suenney, João Pessoa, PB ☒

## 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 72.000 exemplares  
Assinatura gráts

(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) e Adriano De Lavor, Bruno Dominguez (Milênio)

Arte Dayane Martins (subedição/Milênio),  
Natalia Calzavara e Sérgio Eduardo de Oliveira (estágio supervisionado)

Documentação Jorge Ricardo Pereira,



Ministério  
da Saúde



Laís Tavares e Sandra Benigno  
Secretaria e Administração Onésimo Gouvêa, Fábio Lucas, Cristiane Abrantes e Thailanne Siqueira de Melo (estágio supervisionado)  
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](mailto:radis@ensp.fiocruz.br)

Site [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://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](http://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.

### 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

**PRÉ-NATAL MASCULINO**

A Política Nacional de Saúde do Homem, que completa um ano em 2010, vai incentivar futuros pais a fazer um *check up* durante o pré-natal da parceira. A iniciativa se dará paralelamente às ações do governo que buscam aumentar a quantidade de procedimentos urológicos entre os homens, no Sistema Único de Saúde (SUS) – como exames e cirurgias de próstata, vasectomia e fimose, anunciou o Portal da Saúde (13/9). A proposta é aproveitar o momento em que o homem está mais sensível, com a perspectiva da paternidade, para levá-lo a realizar exames preventivos, ao longo dos nove meses de gestação da parceira, partindo-se do princípio de que ele precisa se cuidar para cuidar da família. “É uma estratégia que estamos difundindo entre as secretarias municipais de Saúde”, informa José Luiz Telles, diretor do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (Dapes) do ministério, área responsável pela Coordenação de Saúde do Homem. O Ministério da Saúde apoia iniciativas locais de pré-natal masculino, como a de Ribeirão Preto (SP), em que profissionais do Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) incentivam os futuros pais a realizar exames para diagnóstico precoce e tratamento de doenças que podem afetar a saúde da mulher e, por consequência, a do bebê. O principal objetivo é combater doenças sexualmente transmissíveis, por meio de exames de sífilis, HIV e hepatites virais B e C. Os médicos também diagnosticam hipertensão arterial e diabetes, e, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade, são promovidas reuniões mensais com os casais para informá-los sobre as alterações que podem ocorrer com a mulher e com o casal durante a gravidez e após o nascimento do bebê. “Consciente dessas mudanças, o homem tende a ficar mais compreensivo com a parceira e entender melhor os próprios sentimentos – o que reduz, inclusive, a violência doméstica”, destacou o diretor da faculdade de medicina da USP, em Ribeirão Preto, Geraldo Duarte, responsável pela implementação do projeto no município.

Considera-se que, por motivos culturais, os homens têm mais resis-

tência a procurar cuidados médicos e ter atitudes preventivas com relação a problemas de saúde. Segundo estudos do Ministério da Saúde, a população masculina geralmente procura os serviços de saúde por meio da atenção especializada, já com o problema de saúde detectado e em estágio de evolução. Muitos deles também não seguem os tratamentos recomendados. Indicadores mostram que os homens têm hábitos de vida menos saudáveis e estão mais suscetíveis a fatores de risco para doenças crônicas. “Eles utilizam mais álcool e outras drogas em maior quantidade do que as mulheres, não praticam atividade física com regularidade e se alimentam pior. Estão também mais expostos a acidentes de trânsito e de trabalho. Por isso, apresentam mais problemas de saúde do que elas e vivem, em média, 7,6 anos menos”, explica o diretor José Luiz Telles. As internações de homens por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool representam 20% de todas as internações no SUS. Eles apresentam, entre outros problemas, mais doenças cardiovasculares, colesterol elevado, diabetes e hipertensão.

**DENGUE I: VACINA EM TESTE**

Uma vacina contra os quatro tipos de dengue já identificados está em teste no Brasil, pelo Núcleo de Doenças Infecciosas da Universidade Federal do Espírito Santo, em Vitória. A tecnologia usada no imunizante combina DNA dos vírus da dengue e da febre amarela, informou *O Globo* (22/9). Os detalhes da pesquisa foram apresentados (22/9) em São Paulo, pelo laboratório Sanofi Pasteur. A imunização prévia contra a febre amarela potencializa a resposta da vacina contra a dengue, como explicou Fernando Noriega, vice-presidente associado de desenvolvimento clínico da Sanofi Pasteur para a América Latina. “A vacina tetravalente traz quatro sorotipos e conseguiu uma resposta imunológica boa contra todos eles. As demais vacinas apresentaram resposta para dois ou três sorotipos”, observou. Esta é a fase dois dos testes, que avalia a produção de anticorpos e a segurança da vacina. Serão envolvidas 150 pessoas, crianças e adolescentes saudáveis com idades entre 9 e 16 anos, e a duração prevista é de 18 meses. De

acordo com Reynaldo Dietze, coordenador do estudo em Vitória, o processo é avaliado por um comitê internacional de monitoramento e passou pelas normas da Anvisa. A terceira e última fase de testes envolverá cerca de oito mil brasileiros, moradores de quatro capitais – Natal, Goiânia, Fortaleza e Campo Grande –, a partir de abril de 2012, de acordo com o jornal *O Dia* (22/9). Dois outros laboratórios também desenvolvem a vacina – o americano NIH, em parceria com o Instituto Butantan, em São Paulo, e Glaxo SmithKline, com a Fiocruz, no Rio de Janeiro –, mas com testes realizados apenas em animais, até o momento. O Ministério da Saúde não tem previsão de quando a vacina chegará ao público.

**DENGUE II: INDICADORES DE RISCO DE EPIDEMIA**

Uma nova ferramenta para avaliar o risco de epidemias de dengue nos estados e municípios brasileiros vai orientar ações para evitá-las (Portal da Saúde, 1/9). A ferramenta, elaborada pelo Ministério da Saúde, foi batizada de Risco Dengue e baseia-se em cinco critérios – três do setor Saúde (incidência de casos nos anos anteriores, índices de infestação pelo mosquito *Aedes aegypti* e tipos de vírus da dengue em circulação); um ambiental (cobertura de abastecimento de água e coleta de lixo); e um demográfico (densidade populacional). A nova metodologia reforça o caráter intersetorial do controle da dengue. O Risco Dengue parte de dados já disponíveis nos municípios e estados e define ações a serem realizadas por todas as esferas de gestão do SUS. O risco de epidemia aumenta em municípios de maior porte e regiões metropolitanas que não tenham enfrentado epidemia recentemente, nem tenham alta circulação do sorotipo viral predominante no país. Ausência ou deficiência dos serviços de coleta de lixo e abastecimento de água, além do índice de infestação pelo mosquito transmissor, também são indicadores importantes de risco. A aplicação do Risco Dengue leva em conta não apenas a situação da doença no momento, como um estudo dos anos anteriores, considerando a circulação viral, a incidência de casos e os bairros e quarteirões que, historicamente, concentram os índices mais altos de infestação. Com base no

cruzamento desses dados, o Ministério da Saúde alerta que, para o verão de 2010/2011, dez estados brasileiros têm risco muito alto de enfrentar epidemia de dengue (Rio de Janeiro, Bahia, Sergipe, Pernambuco, Paraíba, Ceará, Piauí, Maranhão, Amazonas e Amapá), nove têm risco alto (Paraná, São Paulo, Espírito Santo, Minas Gerais, Mato Grosso, Tocantins, Pará, Alagoas e Rio Grande do Norte) e cinco (Mato Grosso do Sul, Goiás, Roraima, Acre e Rondônia), mais o Distrito Federal, têm risco moderado. De acordo com o ministério, não está considerada uma eventual dispersão do vírus do tipo 4, identificado em Roraima, em agosto, após 28 anos sem circulação no Brasil. Representantes de todas as secretarias de estado de Saúde estiveram reunidos (1 e 2/9) com técnicos do ministério, em Brasília, para treinamento do uso do Risco Dengue. A recomendação é que a ferramenta seja aplicada em todas as unidades da federação e nos municípios de maior porte, para nortear o planejamento de ações de prevenção.

#### H1N1: FIM DO CICLO DA PANDEMIA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou (10/8) o fim da pandemia da influenza H1N1. O vírus já percorreu sua trajetória e “estamos indo em direção ao período pós-pandêmico”, como informou, em teleconferência, a diretora-geral da OMS, Margaret Chan (Portal G1 e Reuters, 10/8). Um comitê de 15 cientistas analisou a situação da gripe no mundo antes de o anúncio ser feito. No começo deste ano, o balanço mensal de vítimas era 2 mil, e, nos últimos três meses, o número ficou abaixo de 200, como informou o *Correio Braziliense*

(11/8). Isso não significa, no entanto, que o vírus desapareceu. Nos próximos anos, o H1N1 deve atuar como uma gripe sazonal comum e vai continuar a circular. Há ainda alta incidência em países onde o vírus é transmitido mais vezes, como Índia e Nova Zelândia, alertou a OMS. No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, os números de casos graves e de óbitos, entre março e 17 de julho, caíram em todas as regiões do país, refletindo a campanha de vacinação, que imunizou 88 milhões de pessoas, entre 8 de março e 2 de junho. A recomendação da OMS, no entanto, é que as ações preventivas continuem. O vírus deve continuar a ser monitorado, uma vez que ainda circula pelo mundo e atinge grupos vulneráveis, como gestantes, portadores de doenças crônicas e crianças menores de 2 anos. (Leia mais sobre o H1N1, na pág. 8)

#### CAI NÚMERO DE FAMINTOS CRÔNICOS NO MUNDO

Pela 1ª vez em 15 anos, foi registrada queda no número de pessoas no mundo sofrendo com fome crônica (Portal G1, 14/9), que passou de 1,02 bilhão, em 2009, para 925 milhões, em 2010, informou a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO). A quantidade de famintos no mundo vinha crescendo por mais de uma década, tendo atingido nível recorde em 2009, por conta da crise financeira internacional e da alta de preços dos alimentos em vários países em desenvolvimento. O número de pessoas desnutridas no mundo, no entanto, continua inaceitável, de acordo com a FAO, que acredita a queda a uma conjuntura econômica favorável em 2010, com a redução



**TEMPORÃO ENTREVISTADO** — “Informação é tudo”, fechou questão o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, convidado do programa *Marília Gabriela entrevista*, do GNT, que foi ao ar em 3/10. A saúde como construção social, SUS, dengue, H1N1 e CPMF, foram muitos os temas analisados pelo ministro, em uma entrevista esclarecedora e construtiva, na qual as perguntas da entrevistadora abriam caminho para que Temporão não só apontasse os desafios do país na área da saúde, como ressaltasse o muito que já se caminhou (assista a um trecho da entrevista no site do RADIS). “O SUS cobre 80% da população brasileira, em forma de vacina, transplantes, tratamentos, SAMU etc. Vinte por cento têm plano de saúde, mas usam o SUS também”, observou

dos preços dos alimentos, que vinha ocorrendo desde 2008. O relatório da FAO aponta que 98% vivem nos países em desenvolvimento e que a meta é reduzir essa proporção para 10%, em 2015. Dos 925 milhões de famintos contabilizados, 578 milhões estão na Ásia e Pacífico, 360 milhões, Oriente e Norte da África, 239 milhões, na África Subsaariana, 53 milhões, na América Latina e Caribe, e 19 milhões, em países desenvolvidos. “Os governos deveriam encorajar maiores investimentos em agricultura, expandir as redes de proteção social e os programas de assistência, e incrementar as atividades geradoras de renda para os pobres nas regiões rurais e urbanas”, recomendou o relatório da FAO.

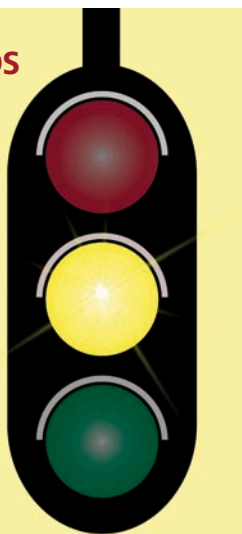
#### 1ª CONFERÊNCIA MUNDIAL DE JUVENTUDE

Jovens, representantes da sociedade civil, governantes e parlamentares de 194 países reuniram-se (23 a 27/8) na 1ª Conferência Mundial de Juventude, em León, no México, para debater as políticas voltadas aos jovens em todo o mundo, informou o Portal Ibase (17/9). O Brasil foi um dos principais articuladores do documento final da conferência, com conclusões

R  
A  
D  
I  
S  
  
A  
D  
V  
E  
R  
T  
E

## Acidentes com medicamentos podem ser evitados

- Procure não se automedicar
- Saia da consulta médica sem dúvidas
- Confira a receita e leia a bula
- Feche bem os medicamentos
- Mantenha-os nas embalagens
- Guarde-os longe do alcance das crianças
- Mantenha em locais diferentes medicamentos com embalagens parecidas
- Verifique a data de validade
- Nunca diga às crianças que medicamento é bala ou doce
- Administre o medicamento com atenção
- Não se medique na frente das crianças



o ministro. Para responder a pergunta que abriu o programa — “Pobre morre se ficar doente, não é?” —, Temporão explicou que, antes da Constituição, havia três categorias de brasileiros: os ricos, que compravam a saúde, os que tinham carteira assinada, e direito à previdência social, e a grande maioria da população, 60%, que dependia de caridade e filantropia e morria sem assistência. “De lá para cá, o Brasil construiu uma política social fantástica. Hoje, temos 100 milhões de brasileiros cobertos pelo programa Saúde da Família. Em relação ao câncer, o Brasil é um dos poucos países que tem mais de 180 centros hospitalares que fazem cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Em transplante de órgãos, fizemos 20 mil no ano passado; só os Estados Unidos fazem mais que o Brasil”, enumerou Temporão. “As pessoas criticam o Brasil, mas sempre me perguntam no exterior: como vocês conseguem ter um sistema de combate à aids tão bom e a vacinação contra a H1N1 tão eficiente?”. Temporão lembrou, ainda, que saúde tem relação direta com a forma como se vive, aí incluídos o trabalho, a cultura. E afirmou que

saúde e educação devem andar juntas. “Quanto maior a escolaridade da mãe menor a taxa de mortalidade infantil. O grande problema da saúde é a falta de informação”.

#### LIBERDADE SÓ PARA OS DONOS DOS JORNAIS

— Dois jornalões que se dizem defensores da liberdade de imprensa e desmerecem o controle social da mídia, ao mesmo tempo em que se declaram vítimas de autoritarismo do governo, foram protagonistas de dois episódios que expuseram seu telhado de vidro. A *Folha de S. Paulo* obteve liminar (30/9) para tirar do ar o site de humor *Falha de S. Paulo*, que tecia críticas irreverentes à cobertura política do jornal. Já *O Estado de São Paulo* excluiu (6/10) de seu corpo de colunistas a psicanalista Maria Rita Khel, após publicação (2/10) de seu artigo *Dois pesos* (leia íntegra no site do RADIS), que criticava a desqualificação dos votos dos mais pobres na então candidata a presidente Dilma Rousseff. No caso da *Falha de S. Paulo*, não houve conversa. “A gente nem viu o processo. É de uma violência absurdamente grande,


totalmente incoerente com o que a própria *Folha* defende”, desabafou o *Portal da Imprensa* (1/10) Lino Bocchini, criador do site de humor, com o irmão, Mário. A liminar concedida à *Folha* refere-se ao uso indevido da marca da empresa no site. “O direito à liberdade de expressão teria que se sobrepor a isso!”, disse Lino. Também a psicanalista Maria Rita Khel considerou incoerência a reação do *Estadão* ao seu artigo. “Como um jornal que anuncia estar sob censura, pode demitir alguém só porque a opinião da pessoa é diferente da sua?”, indagou em entrevista ao portal *Terra Magazine* (7/10), referindo-se ao impedimento que o *Estadão* sofrera, em 2009, de publicar notícias sobre investigações envolvendo a família Sarney. De acordo com o diretor de conteúdo do grupo *Estado*, Ricardo Gandour, não se tratou de demissão, mas de um “revezamento de colunistas”, uma vez que Maria Rita Khel deveria se voltar a temas relacionados à psicanálise, “mas esse não era o enfoque que ela vinha praticando”. Tudo no melhor estilo dois pesos, duas medidas.

sobre a atual situação e importância dos jovens para os países em desenvolvimento e recomendações para a sociedade civil e governos a respeito de políticas públicas para a juventude. Foram debatidos temas como pobreza, educação, saúde, emprego, igualdade de gênero, cultura e segurança, entre outros. De acordo com o secretário nacional de Juventude, Beto Cury, o documento final foi baseado em parte na Carta da Bahia, formulada na Pré-Conferência de Juventude das Américas, ocorrida em maio, em Salvador. Além de Beto Cury, representaram o Brasil na conferência o ministro da Secretaria-Geral da Presidência da República, Luiz Dulci, três membros do Conselho Nacional de Juventude (Conjuve), Danielle Basto, da organização Escola de Gente — Comunicação em Inclusão, João Vidal, vice-presidente do conselho e representante da União Geral dos Trabalhadores, e Tiago Mitraud, da Confederação Brasileira de Empresas Juniores — Brasil Junior. O evento mundial faz parte do Ano Internacional da Juventude, em 2010, definido pela Organização das Nações Unidas, para estimular o diálogo entre as gerações e incentivar jovens a promover o progresso com base nas Metas de Desenvolvimento do Milênio. Segundo dados da ONU, metade da população mundial

tem menos de 25 anos, e 85% vivem em países em desenvolvimento, estando, assim, mais sensíveis à falta de acesso a direitos fundamentais.

#### DIREITOS TRABALHISTAS PARA AS PARTEIRAS

Trinta parteiras de 15 estados brasileiros reuniram-se em Brasília (11/08) para reivindicar sua incorporação ao quadro funcional do SUS, além de aumento da parceria, já existente em algumas localidades, com os governos municipais, estaduais e federal, informou o *Correio Braziliense* (11/08). Cerca de 35 mil nascimentos por ano ocorrem pelas mãos das tradicionais parteiras. Elas querem ser remuneradas pelo serviço que prestam, como explicou ao jornal Paula Viana, uma das coordenadoras da reunião. “Falo de direitos trabalhistas, previdenciários”. Oficialmente, informou o *Correio*, o Ministério da Saúde destaca que sempre esteve aberto a ouvir as sugestões das representantes das parteiras em paralelo às discussões travadas no Congresso, no que diz respeito ao Projeto de Lei nº 2.354/2003, cujo teor são os direitos trabalhistas das parteiras. O Governo Federal oferece capacitação a essas trabalhadoras há cerca de 10 anos, mas

não se sabe quantas elas são no país — os números vão de 30 mil, de acordo com as associações das profissionais, a mil, de acordo com o governo. Lena Peres, secretária de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos da Secretaria Especial de Direitos Humanos, ligada à Presidência da República, defende a inclusão das parteiras no sistema de saúde, mas vê obstáculos. “No país, só é reconhecido como profissão aquilo que vem do conhecimento formal. Temos que verificar a melhor forma de executar essa inclusão”, observou. O jornal trouxe, entre outras, a história da parteira Hilda Rosa dos Santos, 72 anos, presente ao encontro de Brasília. Com mais de 5 mil partos realizados (pelos quais nunca cobrou, conforme declarou) ela se ressentida por, após 40 anos de serviços, não contar com uma previdência. Da mesma forma, a índia potiguará Lindinalva Ferreira da Silva, de 52 anos, sobrevive do salário que recebe como agente de saúde, mas não dos 350 partos que já realizou. “Seria muito bom se tivéssemos alguma remuneração, pois a dedicação é grande”. 

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



# Jornalistas e profissionais da Saúde debatem cobertura da influenza A

Adriano De Lavour

As relações entre comunicação e políticas públicas, em especial a saúde, estiveram em debate no seminário *H1N1 – O caso da influenza A*, promovido pela Fiocruz Brasília, nos dias 25 e 26 de agosto, reunindo jornalistas e profissionais da área de saúde. O evento, que faz parte da série *As relações da saúde pública com a imprensa*, avaliou a cobertura da epidemia da gripe A feita pela mídia brasileira. “A discussão é rica, por contribuir para a aproximação do profissional de imprensa do Sistema Único de Saúde”, observou na abertura a vice-presidente de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz, Maria do Carmo Leal, ao lado do titular da Diretoria Regional de Brasília (Direb), Carlos Matos, que destacou o papel essencial da imprensa na discussão sobre saúde. A importância foi resumida por Valéria Padrão, da Secretaria de Vigilância em Saúde: “Sem comunicação, nenhuma política pública terá visibilidade e será compreendida pela população”.

Entre os jornalistas, as apresentações trataram dos bastidores de produção das matérias. Eles fizeram uma autocrítica em relação ao que foi e ao que poderia ter sido a cobertura e também cobraram maior atenção por parte das fontes em relação às informações fornecidas à imprensa. O editor chefe do *Jornal da Record*, em Brasília, Márcio Motta, considerou a cobertura da gripe H1N1 “difícil”: as primeiras notícias eram alarmantes e não havia, na redação, repórteres especializados. “Tudo foi muito assustador”, analisou, lembrando que, naquele momento, não havia consenso nem sobre a nomenclatura: ora se falava em gripe suína, ora em H1N1, ou em gripe A.

O jornalista explicou que, diante de uma audiência diária de um milhão de pessoas, a preocupação da emissora é atingir o telespectador “carente de informação”, que vive na periferia. No primeiro momento, a cobertura se



Carlos, da Fiocruz Brasília, com a vice-presidente Maria do Carmo: papel essencial da imprensa

apoiou nas informações oficiais e tomou como foco o risco de entrada do vírus no país. A repercussão no mercado também gerou pautas: cancelamento de pacotes turísticos e viagens e venda de remédios e produtos como álcool gel e máscaras de proteção. No contexto de desinformação, Márcio admitiu que pouco se refletiu: “É um trabalho seriado; a gente se concentra no fato do dia, não consegue pensar”, justificou. Apesar da preocupação em evitar o pânico, as matérias refletiam o clima de medo e risco: repórteres recomendavam a diminuição do contato interpessoal, alertavam para a “livre circulação do vírus” e previam que “nem todos seriam vacinados”.

Editor do caderno *Brasil*, do *Correio Brasileiro*, Leonardo Cavalcanti ressaltou seu “compromisso com o público” e fez questão de “desmistificar” a ideia de que repórter pensa em venda de jornal. “Existe a preocupação em fazer a melhor reportagem”, afirmou. No retrospecto das matérias do *Correio*, ele reconheceu a imprecisão dos primeiros textos, baseados apenas em informações fornecidas por agências internacionais de notícias.

No momento seguinte, “quando cresceu o risco da pandemia”, o jornal ampliou sua cobertura, dedicando uma página diária ao assunto. Leonardo destacou que era difícil ter acesso às infor-

mações oficiais e os repórteres tinham a doença. “Era uma cobertura de risco e de pânico”, definiu. Ele reconheceu que o *Correio* não se preocupou em abordar um possível lobby promovido pela indústria farmacêutica. A preocupação era outra: “Sou pago pelo leitor para questionar o governo”, resumiu. Ele observou que, além do ineditismo da cobertura, havia outro entrave: “A gente ficou refém da comunidade científica”. Leonardo considerou que “faltou um pouco de empenho”, de alguns gestores e pesquisadores na comunicação com a imprensa. “Eles têm dificuldade em se comunicar. Deveriam estudar mais para a população e menos para o próprio ego”.

## COMUNICAÇÃO PLANEJADA

Chefe da assessoria de comunicação do Ministério da Saúde, Marcier Trombiere relatou que as ações informativas do governo sobre o H1N1 seguiram o manual de crises em saúde pública, que apregoa planejamento, agilidade da comunicação (em consonância com a área técnica), além de consistência e transparência nos dados. Segundo ele, havia um plano de comunicação que previa diversos cenários, desde a não entrada do vírus no país até a ocorrência de uma





Marcio, da *Record*: "A gente se concentra no fato do dia"



Marcier: plano para enfrentar sensacionalismo da mídia



Leonardo, do *Correio*: cobertura de risco e de pânico



Humberto, da Rádio Câmara: "Sou basicamente um perguntador"

pandemia em grau máximo de alerta (nível 6 da OMS).

O plano envolveu profissionais de assessoria de imprensa, publicidade, relações públicas, rádio e mídias sociais, e tinha como objetivo enfrentar a "crise que se deu com o sensacionalismo da mídia". Naquele momento, lembrou, estimava-se um prejuízo de US\$ 3 trilhões só com a alteração na rotina do turismo, por exemplo.

Segundo ele, com as estratégias deflagradas — distribuição de releases, contato com as redações, reuniões com sociedades científicas, entrevistas e lançamento de peças publicitárias, entre outras — o clima de confiança se estabeleceu, embora alguns órgãos tenham insistido em informações precipitadas.

Para Marcier, a crise foi contornada com a rapidez das ações e o monitoramento das dúvidas da população colocadas nas redes sociais — *orkut*, *facebook*, *formspring* e *twitter* — que geraram cerca de 80 mil interações. Ele também destacou os eventos de mobilização, as entrevistas coletivas e as parcerias — com os órgãos de imprensa, companhias telefônicas, empresas e assessorias de outros ministérios — para o lançamento e divulgação da campanha de vacinação. Em sua avaliação, a estratégia foi vitoriosa: foram vacinadas mais de 80 mil pessoas em todo o país — cerca de 46% da população. "Um sucesso não alcançado em muitos países ditos avançados".

Beth Almeida, chefe de redação do núcleo de Comunicação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) que também integra o comitê de crises do ministério, informou que o alerta da OMS sobre a H1N1 chegara ao país através do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) — rede presente em todos os estados e quase todas as capitais —, cujo foco é o monitoramento de um conjunto de doenças que, pelo seu elevado poten-

cial de disseminação, oferecem riscos à saúde pública. A influenza está na lista de doenças de notificação compulsória de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI).

Beth mostrou que as determinações de comunicação de risco preconizam, entre outras tarefas, a unificação do discurso entre os órgãos e setores responsáveis pelo enfrentamento da doença. O CIEVS possibilita a circulação de notificações, protocolos clínicos e de vigilância. Ela precisou que somente no dia em que o Ministério da Saúde divulgou a circulação do vírus no país (11/5/2009), 35 mil acessos à rede foram computados.

Entre outras ações da SVS, ela citou a produção de boletins informativos para profissionais da atenção básica, da vigilância em saúde e das assessorias de comunicação de estados e municípios, a capacitação de profissionais do Disque Saúde, a ativação de um grupo executivo interministerial e a encomenda de uma pesquisa de acompanhamento da mídia ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da Fiocruz (Icict/Fiocruz).

### DESCONFIANÇA HISTÓRICA

Marcier lembrou que há uma desconfiança histórica da imprensa em relação a qualquer comunicação oficial; Beth atribuiu a suspeita a uma "herança do regime totalitário", quando os entrevistados escondiam dados. Mesmo assim, ambos reconheceram que, após "a crise de sensacionalismo" inicial, a imprensa foi parceira na divulgação do calendário de vacinação. "Estamos bem preparados depois dessa", avaliou Marcier.

O coordenador de atendimento e produção da assessoria de imprensa do Ministério da Saúde, Rodrigo Hilário, reforçou que houve certa desconfiança no início da cobertura, em especial, no que

dizia respeito à divulgação de números. Além disso, a falta de articulação entre algumas declarações oficiais e os choques de agenda — a concentração da "fala oficial" em poucas fontes — também contribuíram para algum descompasso.

### BOA RELAÇÃO

Por outro lado, reforçou, os princípios da comunicação de risco asseguraram uma boa relação com a imprensa: a rapidez, a correção e a confiabilidade das informações. Tudo isso também foi possível com o envolvimento dos profissionais de imprensa do ministério em todo o processo — das reuniões técnicas ao contato com os profissionais de redação.

Outro ponto positivo levantado por Rodrigo foram as parcerias firmadas com especialistas, o monitoramento da mídia internacional e o envolvimento direto do próprio ministro da Saúde, José Gomes Temporão, na divulgação de informações nos principais veículos de comunicação do país. Ele contabilizou que, entre os mais de 8 mil pedidos de informação dos veículos à assessoria de imprensa do Ministério da Saúde, entre abril de 2009 e julho de 2010, 23,5% estavam relacionados à pandemia de H1N1.

Chefe de reportagem do *Jornal de Brasília*, Felipe Trigueiro classificou a cobertura do H1N1 de imprevisível, o que mobilizou a redação para o acompanhamento do factual e o fornecimento de serviço. "O cidadão vê o jornalista como esperança", salientou. Ele informou que a estratégia do jornal para a cobertura também previa a possibilidade de infecção dos repórteres pelo H1N1 e estava orientada para repercussão e análise dos dados divulgados pelo Ministério da Saúde. Como se trata de um jornal popular, relatou, muitas informações tiveram que ser traduzidas para o público. "Jornalista não sabe de nada,

apenas reproduz o que os especialistas comentam”, justificou.

“O comunicador é apenas um elo da corrente. Sua função é fazer com que a sociedade interaja”, opinou Humberto Martins, diretor da *Rádio Câmara*, veiculada pela internet, e apresentador do programa *Fator de risco*. Ele contou que teve que adaptar suas intervenções às dúvidas dos ouvintes, no início da epidemia. Também produziu alguns *spots* com informações preventivas. O programa é veiculado em 1,6 mil emissoras coligadas, o que gerou mais de 8,4 mil acessos para baixar os conteúdos.

Na verdade, a estratégia diante da crise não foi diferente daquela que norteia sua prática, e que prevê não estimular automedicação ou procura por tratamentos, ouvir profissionais comprometidos e insistir na necessidade de se consultar um profissional de saúde. “Sou basicamente um perguntador”, definiu.

### FONTES QUALIFICADAS

O infectologista Ricardo Pio Marins não estava à frente de um cargo de gestão durante a crise, mas está acostumado a ser fonte para a imprensa. Hoje na Secretaria de Vigilância em Saúde do governo do Distrito Federal, ele informou que tem como premissa garantir informação para a população. Para isso, considera fundamental que a saúde pública disponha de mecanismos de comunicação, incluindo meios “informais”, que não os do caráter factual dos jornais. “Todo fato tem um contexto e seus antecedentes”, frisou.

Ele lembrou que, apesar de a OMS ter declarado o fim do alerta em relação ao H1N1 (ver Súmula, pág. 6), o agente infeccioso “continua entre nós”, o que significa que notícia não deve se restringir àquilo que comove. O Brasil não estava — e ainda não está — preparado para uma epidemia, alertou. “Não é só coletar informação. Tem que refletir os dados”. Ele orientou os jornalistas a submeter os dados epidemiológicos a análise de fontes qualificadas, ou seja, epidemiologistas, e não “qualquer infectologista”.

Coordenador de Comunicação Social da Fiocruz, Wagner Oliveira também defendeu uma maior qualificação das fontes, lembrando que muitos erros se cometem e se propagam a partir de informações equivocadas, divulgadas por “figuras carimbadas” que não perdem oportunidade de dar entrevistas.

A pesquisadora Kátia Lerner, coordenadora do Observatório *Saúde na Mídia* do Ict/Fiocruz, ressaltou a necessidade de avaliar o verdadeiro lugar da mídia nas sociedades con-



Luciano, do Observatório: imprensa quer *status quo*



Ricardo, infectologista: todo fato tem um contexto



Katia, da Fiocruz: é preciso avaliar o lugar da mídia

temporâneas — um espaço coerente da expressão dos interesses sociais ou um local de controle e denúncia? Para ela, ambas as abordagens são corretas e limitadas. O observatório, que nasceu em 2003, com o intuito de investigar como as informações se ressignificam em seus processos de produção, circulação e recepção, passou a monitorar, a partir de 2008, o que sai na mídia. Em 2010, acompanha o que se publica sobre dengue e H1N1. O trabalho trouxe alguns desafios. Como definir saúde?, indagou ela, explicando que a análise proposta leva em consideração aspectos quantitativos e qualitativos e evita separações dicotômicas do tipo “matéria bem feita versus mal feita”. A questão é saber que sentidos são produzidos pelos meios de comunicação sobre H1N1. Tão importante quanto verificar o que é publicado no jornal é analisar os contextos de produção da notícia, as tensões presentes no plano discursivo.

### FALA GOVERNAMENTAL

De acordo com Kátia, verificou-se no observatório uma centralidade de fala governamental nas matérias analisadas, e também alguns pontos que refletem as condições de produção: clima pré-eleitoral, interesses econômicos e políticos, repercussão internacional, entre outros. Se tivesse que resumir a epidemia em uma imagem, escolheria as máscaras de proteção, que expressaram a vulnerabilidade da população diante do vírus.

A jornalista Lígia Formenti, da sucursal Brasília do *Estado de São Paulo*, buscou a quantidade de referências ao H1N1 no jornal e encontrou 950. O assunto, informou, recebeu atenção em diversas editoriais — e também das sucursais — já que se tratava da primeira pandemia do século 21 e o primeiro teste do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no país. A estratégia (e o

desafio) foi “analisar o problema para além das informações oficiais”, fornecendo informações claras para se evitar o pânico e a proliferação de “terapias milagrosas”.

### NOVA IMPRENSA BRASILEIRA

Para Luciano Martins Costa, do Observatório da Imprensa, a prática do bom jornalismo deve reunir educação — para formar a consciência social — entretenimento e serviço. No entanto, ele observa que a grande imprensa apenas oferece a agenda pública, esvaziando sua capacidade de “formar opinião”. Em relação à cobertura da gripe H1N1, ele citou episódios em que notícias mais alarmavam do que deixavam segura a população. Luciano apontou mudanças na imprensa brasileira a partir dos anos 1990, motivadas pela imediatização e superficialidade características da globalização. “A imprensa é burguesa, trabalha pela manutenção do *status quo*”.

Para ele, o novo modelo mudou o foco da sociedade para o consumidor, o que se reflete na estrutura das redações. São empresas familiares, com gestão conservadora, de alta rentabilidade, mas de rápida depreciação no mercado — o que as obriga a investir constantemente em novas marcas e produtos. Investem pouco em capacitação de pessoal, o que as faz ter equipes “insuficientes, homogêneas e intelectualmente pouco ambiciosas”. O jornalismo que se produz é mais opinativo que informativo, com um foco político que atravessa todas as notícias. “Não há contraditório nas redações”, analisou.

Luciano defende que as coberturas sejam preparadas com antecedência. Na ausência de especialistas, o jornal deve cultivar fontes independentes, diferenciando-as dos porta-vozes. Ele recomendou abordar os assuntos com mais profundidade. “Os jornais não discutem os sistemas (economia, política, saúde) porque não se veem como parte deles”.

# Por dentro dos sistemas universais

**Canadá, o primeiro a ser constituído, Reino Unido e Espanha têm proposta semelhante à do Brasil**

Bruno Dominguez

O Relatório Mundial da Saúde 2010, previsto para ser lançado este mês pela Organização Mundial da Saúde, sugere que cada país observe os melhores sistemas de saúde do mundo para atingir mais rapidamente um objetivo comum: a cobertura universal. A *Radis* aceitou o exercício proposto pela OMS e pesquisou a realidade sanitária no Canadá, no Reino Unido e na Espanha, a fim de, a partir dessas experiências, compreender melhor os desafios e conquistas do SUS – ressalvadas as diferenças sociais, econômicas, populacionais e históricas de cada país.

O sistema brasileiro se assemelha ao desses países “por ser sustentado na universalização do acesso mediante o conceito de cidadania, em vez do de capacidade contributiva”, como explica Armando de Negri, epidemiologista e integrante da comissão organizadora da 1ª Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social, programada para dezembro. Os quatro países são financiados pela arrecadação geral do Estado – o governo recolhe os impostos e destina parte deles à saúde. Assim, todo residente tem direito de ser atendido, numa categoria única de benefício. Os sistemas semelhantes ao SUS são, segundo Armando, classificados de unitários. “Isso quer dizer que o acesso se dá sem separação de clientela: a população recorre a serviços que são oferecidos para todos”.



## Canadá

### UMA CONSTRUÇÃO DE CINCO DÉCADAS

Conhecido como *Medicare*, o sistema de saúde do Canadá, país com cerca de 33 milhões de habitantes, garante acesso a uma cobertura universal abrangente de serviços médico-hospitalares e clínicos. Apesar de referido como um sistema, no singular, reúne um conjunto de dez planos provinciais e três territoriais.

Sua construção levou mais de cinco décadas. Até o fim dos anos 1940, a assistência à saúde no Canadá era dominada pelo setor privado. A tendência só começou a ser revertida com a experiência de Saskatchewan, primeira província a estabelecer um plano público para atendimento hospitalar, em 1947. Nove anos depois, aprovou-se lei para que o governo federal dividisse os gastos desse tipo de serviço com províncias e territórios – meta atingida em 1961.

Em 1962, Saskatchewan deu mais um importante passo na direção da universalização, ao adicio-

nar ao plano atendimento clínico. Como aconteceu anteriormente, o governo do Canadá adotou a ideia, criando, em 1966, uma lei que regulamentava a divisão também desses custos. Em 1972, todas as províncias e territórios haviam estendido a cobertura. Em 1979, pesquisa encomendada pelo governo federal canadense constatou que os serviços de saúde do país sofriam com a dupla cobrança por parte dos prestadores de serviço – médicos e hospitais exigiam que pacientes suplementassem o que lhes era pago pelo plano provin-

cial. O relatório levou a uma revisão do sistema e à promulgação em 1984 da *Canada Health Act*, lei que define os princípios do sistema de saúde canadense, baseados nos valores de equidade e solidariedade.

A lei indica como primeiro objetivo do sistema “proteger, promover e restaurar o bem-estar físico e mental dos residentes do Canadá e possibilitar acesso de qualidade a serviços de saúde sem barreiras financeiras ou de outro tipo”. O primeiro princípio é o de administração pública, pelo qual o plano de saúde de uma província deve ser administrado e operado, numa base não lucrativa, por órgão público ligado ao governo provincial. O segundo, de abrangência, estabelece que o plano deve incluir todos os serviços clinicamente necessários — internação, medicamentos, suprimentos e exames, entre outros. A assistência aos casos

crônicos também está prevista, mas pode ser exigido pagamento extra para cobrir custos de alojamento.

A universalidade é o terceiro princípio do sistema: o plano deve conferir o direito a toda a população residente a um pacote de serviços. O quarto, acessibilidade, determina que se deve dispensar, sem entraves, um justo acesso aos serviços médico-hospitalares. Ninguém pode ser discriminado em termos de atendimento, idade, estado de saúde etc. Esse direito é válido em todo o território, segundo o princípio de portabilidade.

Cabem às províncias e aos territórios a gestão e a prestação dos serviços. O governo federal cuida da fixação e administração de princípios ou normas nacionais do sistema, contribui para o financiamento, oferta serviços para grupos específicos — militares, detentos de penitenciárias federais, povos

autóctones residentes em reservas, reclusos e guardas da Real Polícia Montada do Canadá — e atua na promoção e proteção da saúde e na prevenção de doenças.

Um canadense faz o seguinte itinerário quando precisa de assistência: procura uma clínica ou médico de sua preferência, apresenta seu cartão de seguro de saúde, é atendido sem necessidade de pagar diretamente no local ou preencher formulários e, com a receita em mãos, recebe do farmacêutico os remédios prescritos e a informação de como usá-los.

Alguns grupos, como idosos e crianças, contam com serviços não abrangidos pelo regime de seguro de saúde nacional — medicamentos, clínica dentária, oftalmologia e cuidados a domicílio. Os demais canadenses precisam recorrer a um plano privado de saúde para terem acesso a esses serviços.



## Espanha

### DECISÃO CONSTITUCIONAL

O sistema de saúde da Espanha foi fruto de uma decisão consagrada na Constituição. Promulgado em 1978, o texto estabelece o direito a “proteção da saúde e atenção sanitária de todos os cidadãos” — o país tem cerca de 46 milhões de habitantes. De acordo com o Sistema Nacional de Salud/España 2010, as características do sistema são: financiamento público, universalidade e gratuidade no acesso. Assim como no Canadá, reúne o conjunto coordenado de todos os serviços de saúde oferecidos pelo governo federal e pelas comunidades autônomas.

O papel federal é de coordenação, definindo normas para que os serviços funcionem a partir de um padrão mínimo. Ainda cuida da

vigilância para evitar a importação de doenças, da política de medicamentos e da gestão do Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Cada comunidade autônoma conta com um serviço de saúde e, por lei, deve garantir equidade (entendida como acesso em condições de igualdade efetiva em todo o território e livre circulação de todos os cidadãos), qualidade (avaliação das ações e incorporação de novas tecnologias que melhorem a saúde) e participação (respeito à autonomia dos cidadãos e abertura de canais para ouvir suas expectativas em relação ao sistema).

A coordenação entre administração central e administração autônoma cabe ao Consejo Interterritorial do Sistema Nacional de Salud. Abaixo do pleno e da comissão delegada, que reúne basicamente gestores, há uma esfera que se assemelha aos conselhos de saúde brasileiros. Mas, por lá, o conselho que reúne representantes da socie-

dade é consultivo — integrado por representantes de organizações empresariais e de organizações sindicais, além de gestores.

O acesso dos usuários se dá por meio da *Tarjeta Sanitaria Individual*, cartão que identifica o cidadão como usuário do sistema. O direito é oferecido aos espanhóis e a parte dos estrangeiros que vivem no país. Por lá, também há dois níveis assistenciais: atenção primária e atenção especializada. Na primeira, o atendimento acontece principalmente em centros de saúde, onde trabalham equipes multiprofissionais integradas por médico de família, pediatra, enfermeiro e pessoal administrativo — assistente social, fisioterapeuta e *matronas*, mulheres encarregadas do cuidado das grávidas. Por lei, deve haver um local de atendimento a no máximo 15 minutos de qualquer residência. A atenção especializada é prestada em centros de especialidades e hospitais.



## Reino Unido

### SISTEMA É UM DOS MAIORES EMPREGADORES DO MUNDO

Criado em 1948, o sistema de saúde do Reino Unido (National Health Service) é gerido separadamente por cada país (Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales), mas tratado de forma unificada. Qualquer pessoa residente no Reino Unido, que soma cerca de 61 milhões de habitantes, tem direito a acesso. De acordo com o Departamento de Saúde britânico, a Inglaterra concentra a maior parte dos usuários: 51 milhões. O sistema tem números superlativos. Emprega 1,7 milhão de pessoas, sendo considerado um dos maiores empregadores do mundo,

atrás apenas do Exército de Libertação Popular da China, da rede de mercados Wal-Mart e da Indian Railways. Atende 1 milhão de pessoas a cada 36 horas, o equivalente a 463 por minuto.

O sistema tem três características principais: vai ao encontro das necessidades de todos, é gratuito no ponto de atendimento e se baseia na necessidade de saúde, não na capacidade de pagamento. Em 2000, um programa de modernização acrescentou princípios: oferecer uma ampla gama de serviços, adaptá-los às necessidades e preferências do paciente, responder às diferentes necessidades das diferentes populações, melhorar a qualidade dos serviços e minimizar os erros, entre outros.

Relatório do próprio governo — reconhece que o sistema não respon-

de inteiramente às necessidades de seus usuários. “Frequentemente, se espera que os pacientes se adaptem aos serviços, em vez de os serviços se adaptarem aos pacientes”, diz o texto. “Falta uma visão genuinamente centrada no paciente, na qual os serviços sejam pensados a partir de necessidades, estilo de vida e aspirações pessoais”.

A atenção à saúde é dividida em primária (abrangendo clínico-geral, farmacêutico, dentista e *optometrista*) e secundária (emergência, cirurgia, consulta a especialista). A atenção primária se dá basicamente nos Primary care trusts (PCTs), unidades com base comunitária. Há ainda os *walk-in centres* (clínicas gerais) e uma linha telefônica para pedido de atendimento.

## Fila é efeito colateral

O modelo de sistema universal tem a virtude de atender a todos, mas traz junto um efeito colateral: “um tempo de espera longo”, como observa o epidemiologista Armando de Negri. Ele explica que a confluência do conjunto da população a iguais benefícios normalmente gera sobrecarga de demanda, o que reduz a velocidade com que se provê o serviço. “Por isso, vemos filas na porta dos serviços de urgência e no sistema em geral”.

Alvo de críticas no Brasil, as filas também são comuns no Canadá, por exemplo. Segundo o relatório *Healthy Canadians 2008*, divulgado este ano pelo governo do país, a média de tempo de espera para consulta com especialista para doença nova foi de 4,3 semanas, em 2007. Enquanto 46,2% aguardaram menos de um mês pela consulta, 40,3% aguardaram de um a três meses e 13,6%, mais de três meses. Para diagnósticos, a fila durou menos de um mês para 57,1% dos maiores de 15 anos, mas ultrapassou os três meses para 10,5%. O descontentamento levou o governo a estabelecer, em 2004, limites máximos de espera em cinco áreas prioritárias: câncer, coração, diagnóstico por imagem, prótese de articulação e reabilitação visual. No entanto, houve aumento da espera entre 2006 e 2007.

Outra característica desses sistemas, indica Armando, é que precisam construir uma racionalidade em que o

serviço especializado prevê necessariamente uma análise de demanda, a fim de atender a todos. Ou seja, para se consultar com um especialista, é preciso primeiro passar por um clínico-geral. “Há um direcionamento, tendo como porta de entrada a atenção primária”.

No Canadá, o sistema tem como porta de entrada a atenção primária, controlando o acesso aos especialistas, às internações, aos exames e aos medicamentos. Esses médicos não são servidores públicos, mas profissionais da iniciativa privada que trabalham em consultórios. A remuneração do trabalho se dá por serviço prestado, após apresentação de notas.

### FINANCIAMENTO

Outra questão fundamental nesses países é o financiamento adequado do setor. Em 2008, o Canadá investiu 171,9 bilhões de dólares na saúde. Na Espanha, o gasto público total foi de 63,7 bilhões de euros. Na Inglaterra, entre 2008 e 2009, o financiamento superou os 100 bilhões de libras. O governo brasileiro, por sua vez, destinou 59,5 bilhões de reais ao SUS no ano passado. Nas estatísticas da OMS, o investimento governamental em saúde era de US\$ 2.730 no Canadá, US\$ 2.446 no Reino Unido, US\$ 1.917 na Espanha e US\$ 348 no Brasil per capita.

O grau de satisfação dos canadenses

com seu sistema de saúde é alto: dados do *Canada Health Act Annual Report 2008/2009* mostram que 85,2% dos maiores de 15 anos declararam estar “muito satisfeitos” ou “satisfeitos” com os serviços prestados. A qualidade se reflete nos indicadores de saúde. A expectativa de vida para os homens cresceu de 76,7 (2000) para 77,8 anos (2004) e para as mulheres de 81,9 (2000) para 82,6 (2004).

A maior parte dos espanhóis também tem avaliação positiva de seu sistema: 68,1% dizem que funciona bem, 26,2% propõem mudanças e 4,9% acreditam que a estrutura deve ser mudada por completo, de acordo com a pesquisa Barômetro Sanitário, de 2008. Na Espanha, a esperança de vida ao nascer no país é de 77,8 anos para os homens e de 84,3 para as mulheres, numa média de 81,1 anos — superior à média da União Europeia, de 79 anos.

No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística aponta que a expectativa de vida em 2009 era de 73,1 anos — 77 anos para as mulheres e 69,4 anos para os homens. “Os países com sistema similar e mais recursos têm melhor desempenho e nível de satisfação maior que o brasileiro”, ressalta Armando. “Se o sistema se dispõe a atender a todos, mas tem recurso insuficiente, gera uma expectativa que não pode ser plenamente garantida”.

# Muito longe da Reforma Psiquiátrica

FOTOS: SÉRGIO EDUARDO DE OLIVEIRA

**Estudo mostra que instituições do país que custodiam adolescentes em conflito com a lei são marcadas por superlotação, práticas repressivas, contenção química e segregação**

Katia Machado



**M**edicação em excesso, contenção, isolamento e preferência por tratamento em ambientes internos e asilares retratam o atendimento em saúde mental de adolescentes privados de liberdade, internados em unidades socioeducativas, muitos deles, usuários de álcool e outras drogas. A conclusão é do *Levantamento Nacional dos Serviços de Saúde Mental no Atendimento aos Adolescentes Privados de Liberdade e sua Articulação com as Unidades Socioeducativas (USEs)*, realizado em 2008 e divulgado em junho, durante a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (*Radis 97*). Encomendado pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, em busca de subsídios para a promoção de políticas públicas e ações que viabilizem a superação das dificuldades encontradas no atendimento dessa população, e sob a coordenação dos pesquisadores Nilson do Rosário Costa, Paulo Roberto Fagundes da Silva e Marcelo Rasga Moreira, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), o trabalho descreveu e analisou 236 (86,7%) das 272 unidades socioeducativas do país. “Esse foi talvez o primeiro estudo que avaliou precisa e profundamente as con-

dições da oferta de atendimento em saúde mental desses adolescentes. Com esse enfoque, a pesquisa é inédita”, observa Paulo.

Segundo os pesquisadores, alguns estudos internacionais e nacionais apontam para uma alta prevalência de problemas na esfera da saúde mental entre adolescentes em conflito com a lei. Mas é preciso ter cautela para com esses achados, recomendam Nilson e Paulo. Eles explicam que os parâmetros utilizados na definição de transtorno mental são muitas vezes controversos, especialmente em contexto de privação de liberdade. “Ainda há grande lacuna de conhecimento acerca da relação saúde mental e estratégias de cuidado voltadas para adolescentes em conflito com a lei”, frisa Paulo. “Daí a necessidade e relevância desse levantamento”. Para os pesquisadores, cabe às equipes de saúde, devidamente capacitadas, avaliar a necessidade ou não de intervenção em saúde mental, que pode variar de acordo com a severidade do quadro. “Devemos lembrar que ansiedade e depressão, por exemplo, podem estar associadas à situação de enclausuramento, não podendo ser consideradas nesse caso um transtorno mental”, observam. O mesmo cuidado se deve ter quanto à medicação indicada no tratamento desses adolescentes. “A indicação de remédios deve ser criteriosa e não massiva, dada em larga escala, como normalmente acontece quando se trata de adolescentes internados em unidades socioeducativas”, apontam no texto.

Como instrumentos de pesquisa, eles usaram dois questionários: um voltado aos dirigentes de unidades socioeducativas de internação (USEs), buscando informações sobre a atenção em saúde mental oferecida aos adolescentes que se encontravam privados de liberdade; outro para os gestores de municípios sede das unidades, buscando mapear a rede de saúde mental e sua disponibilidade aos usuários em cumprimento de medidas socioeducativas. Eles também analisaram dados secundários dos ministérios da Justiça, Saúde e Planejamento (IBGE) no que tange à prevalência e cobertura dos serviços de saúde mental para essa população. “Tivemos respostas surpreendentes”, comenta Nilson. “Concluimos que a Reforma Psiquiátrica não alcançou esses ambientes”, lamenta Paulo.

O levantamento mostra que, em 2008, cerca de 16 mil adolescentes no Brasil cumpriam medida de internação (com prazo já definido por juiz, que não pode exceder três anos), ou estavam em internação provisória (com prazo de internação a ser definido, em período máximo de 45 dias). A proporção de adolescentes do sexo masculino era de 95%. Em 2007, a prevalência de adolescentes privados de liberdade era de oito por 10 mil habitantes, na idade entre 12 e 18 anos. Os estados com maior prevalência eram Amapá (30,5), São Paulo (18), Espírito Santo (15,5) e Rio Grande do Sul (11). Os de menor prevalência, Bahia (1,0), Amazonas (1,5) e Piauí (2). Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), são consideradas adolescentes as pessoas entre 12 e 18 anos. Somente nessa faixa etária podem receber medidas socioeducativas (entre advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, inserção em regime de semiliberdade e internação).

O levantamento revelou existir uma forte correlação entre a prevalência de adolescentes privados de liberdade, ou seja, internados, com a prevalência de adultos cumprindo pena em presídios e delegacias nos estados brasileiros. “Quanto mais se prende adulto nos estados mais se prende adolescente”, ressalta Nilson. Na pesquisa, Nilson e Paulo avaliam que o ativismo do sistema judiciário



Nilson: “Nenhum país sério pode ter como melhor orientação prender adolescentes”



Paulo: percentual de unidades que têm os CAPs como referência ainda é aquém do ideal

na prisão de adultos infratores parece influenciar na adoção da penalidade mais extrema do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que é a internação, aos adolescentes. “Essa é uma tendência e uma distorção”, comentam os pesquisadores. No lugar do excesso de privação de liberdade, eles defendem outras medidas previstas pelo ECA, como a prestação de serviços à comunidade, a liberdade assistida e a inserção em regime de semiliberdade, capazes de promover a ressocialização e diminuir o estigma sobre esses adolescentes. “É urgente a revisão desse processo. Nenhum país sério pode ter como melhor orientação prender adolescentes”, diz Nilson.

O cenário é complexo. Os dados tratam que alguns estados concentram maior número de unidades socioeduca-

tivas, especialmente São Paulo, Minas Gerais, Santa Catarina, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul. Juntos, eles abrigam 133 unidades, o que equivale a 56% do total. Nesse contexto, se destaca o estado de São Paulo que concentra sozinho 30% das unidades. Não somente as USEs estão distribuídas de modo concentrado no país, como muitas delas (40%) custodiam os adolescentes em conflito com a lei em condições extremamente inapropriadas, de superlotação. “Essa condição é informada pela maioria dos estados, com exceção do Amapá, Roraima e Tocantins”, revelam os pesquisadores. A situação de superlotação é especialmente grave nas unidades de internação provisória: apenas 7% delas estão com capacidade ociosa (Tabela 1).

O país, assim, estaria precisando de mais unidades socioeducativas

TABELA 1

### Tipo de medida socioeducativa e condição de ocupação das USEs

Condição de ocupação / Tipo de medida socioeducativa	Tabela 1				Percentual de unidades com vagas (CO/T*100)
	Superlotada	Ocupação completa	Com capacidade ociosa (CO)	Total (T)	
Internação provisória	25	16	3	44	7%
Internação	29	39	17	85	20%
Internação e Internação provisória	41	49	17	107	16%

Fonte: Levantamento Nacional da Atenção em Saúde Mental aos Adolescentes Privados de Liberdade e sua Articulação com as Unidades Socioeducativas — Ministério da Saúde / Secretaria de Direitos Humanos / Presidência da República, 2008.



**TABELA 2** Distribuição proporcional das USEs segundo a governança das secretarias estaduais\*

Regime de Governança	Frequência	%	% Acumulado
Justiça	126	53	53
Assistência Social	63	27	80
Defesa Social	18	8	88
Cidadania	15	6	94
Outras	14	6	100
Total	236	100	

\*Exceto o Estado do Paraná.

**TABELA 3** Perfil de encaminhamento dos adolescentes aos serviços externos e internos pelas USEs para questões referentes ao uso prejudicial de álcool e outras drogas

Perfil de encaminhamento	Frequência	% das USEs que utilizam
Aos serviços internos das USEs	79	33,5
Aos CAPs	58	24,6
A hospital	13	5,5
A unidades básicas de saúde	10	4,2
Outros serviços	29	12,3
Não se aplica	5	2,1
Não respondeu	42	17,8
Total	236	100

ou de novas políticas públicas voltadas para esses adolescentes em conflito com a lei, buscando minimizar a internação? Os pesquisadores não têm dúvidas de que há uma tendência de

exagero no emprego da medida de internação. “Precisamos na verdade de políticas públicas mais humanizadas e menos excludentes”, responde Paulo. Para ele e Nilson, o fato

de grande parte das USEs estar sob governança da Justiça – 126 (53%) estão ligadas às secretarias de Justiça ou similares; 63 (27%), à Assistência Social; 18 (8%), à Defesa Civil; 15 (6%), à área da Cidadania; e 14 (6%), a outras áreas – contribui para uma cultura de punição (Tabela 2). “Mudar essa cultura implica redistribuir a governança dessas unidades para outras áreas, como Educação e Assistência Social, e oferecer um tratamento

mais adequado a esses adolescentes”, avalia Nilson.

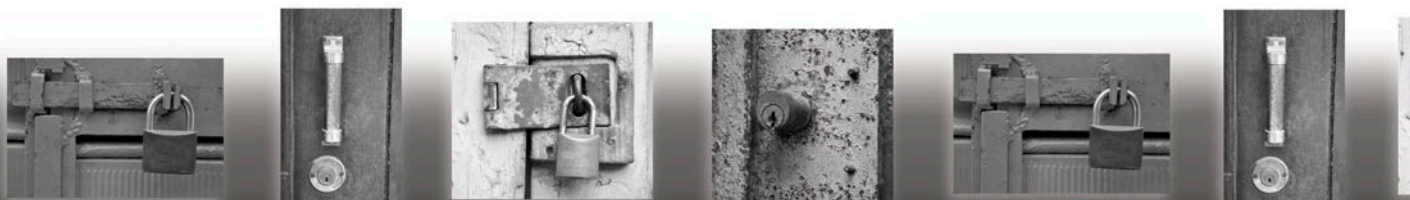
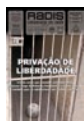
### RAIO-X DA SAÚDE MENTAL

A pesquisa aponta que todas as USEs oferecem serviços de saúde mental aos adolescentes por meio de dispositivos internos e externos às unidades. Entre as intervenções e serviços oferecidos, destacam-se avaliação em saúde mental da maioria dos adolescentes, acompanhamento psiquiátrico continuado, procedimentos de saúde mental realizados no âmbito interno das unidades, prescrição de psicofármacos e utilização de métodos de isolamento e contenção para manejar os problemas reportados como de saúde mental. Observa-se, porém, expressiva concentração em atividades realizadas estritamente no âmbito das unidades, como por

exemplo, atividades ocupacionais (89%), atividades de cultura e lazer (71%) e ensino fundamental (65,7%).

Os dados mostram que a avaliação em saúde mental é realizada em 84,3% das unidades, e a maioria dessas avaliações (73,7%) é realizada por equipe multidisciplinar. “Depois que os adolescentes entram nas unidades, todos passam por uma avaliação da saúde mental, diferindo de países como Canadá, onde a avaliação acontece antes da deliberação judicial”, compara Nilson. Foi identificado ainda na pesquisa que um expressivo número de USEs (195) – ou seja, 83% – encaminha adolescentes com comprometimento associado ao uso de álcool e outras drogas, muito comum nesses ambientes, para serviços de saúde mental. Os pesquisadores destacam que a alta prevalência de álcool e outras drogas nessa população já havia sido destacada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em estudo realizado em 2003, sobre a situação de atendimento institucional dos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. Na época, o trabalho constatou que 85,6% dos adolescentes privados de liberdade no Brasil faziam uso de drogas antes da internação, sendo que entre as drogas mais citadas estavam maconha (67,1%), álcool (32,4%), cocaína/crack (31,3%) e inalantes (22,6%).

O comprometimento da saúde mental dos adolescentes relacionado ao uso de álcool e outras drogas é tratado, na maioria dos casos, nos serviços internos: 33,5% referem cuidado interno para esta área. Apenas 24,6% das USEs fazem referência aos centros de atenção psicossocial (CAPs), preconizados pela Reforma Psiquiátrica, cuja proposta é o acolhimento e a reinserção social dos sujeitos em dispositivos territoriais. (Tabela 3). “O percentual de unidades que têm os CAPs como referência para atendimento dos adolescentes usuários de álcool e outras drogas é significativo, mas ainda aquém do ideal, o que evidencia que a Reforma Psiquiátrica não entrou neste sistema”, reforça Paulo. Os dados revelam um sistema em transição para as referências externas, mas ainda marcado pelo excesso de medicação e práticas repressivas internas. “Ao que parece o cerne do problema é a política de institucionalização e consequente exclusão social





**TABELA 4** Tipos de intervenções e serviços internos e externos de saúde mental disponibilizados pelas USEs

Serviços disponibilizados	Frequência	%
Avaliação psiquiátrica	176	74,5
Avaliação psicológica	201	85,2
Acompanhamento psiquiátrico continuado	181	76,7
Acompanhamento psicológico continuado	203	85
Assistência de enfermagem	217	92
Assistência social	223	94,5
Grupos terapêuticos e de discussão	169	71,6
Trabalho com familiares	218	92,4

dos adolescentes. Logo, a política a ser adotada é a de desinstitucionalização”, analisa Nilson.

Os acompanhamentos psicológicos, de enfermagem e de assistência social também fazem parte da oferta de serviços profissionais de quase todas as unidades, o que seria a princípio identificado como um fator positivo face ao caráter eminentemente multiprofissional e interdisciplinar que podem assumir as intervenções em saúde mental. Os pesquisadores revelam que 85% das unidades realizam avaliações psicológicas (incluindo laudos e pareceres); 92% oferecem assistência de enfermagem; e a assistência social está presente em 94,5%. Já as avaliações e acompanhamentos psiquiátricos ocorrem em 75% das USEs e 71,6% oferecem intervenções de caráter grupal (Tabela 4). Entre os profissionais em atividade nas USEs, em 2008, sobressaíram os psicólogos e assistentes sociais, encontrados em quase todas as instituições (95%). Os dados mostram que um terço das unidades possui médico psiquiatra em seus quadros e pouco mais da metade dispõe de enfermeiros. Já farmacêuticos estão presentes em 11% e terapeutas ocupacionais em 14,5% das unidades.

Mas a presença de diferentes profissionais nas unidades não implicou necessariamente frequente opção por serviços e práticas preconizados pela Reforma Psiquiátrica, uma vez que toda a estrutura está baseada na institucionalização. “O enclausuramento provoca alto nível de tensão e ansiedade que se enfrenta com medidas de contenção física e química”, observa Nilson. “A Psiquiatria é

convocada para o papel de protagonista em uma modalidade de organização em que deveria ser coadjuvante”, analisa, ressaltando que a situação descrita reduz o potencial de reabilitação do sistema. Quanto ao uso de dispositivos externos, as unidades citaram em primeiro lugar

**Quanto mais se prende adulto no estado, mais se prende adolescente**

**NILSON DO ROSÁRIO COSTA**

o ambulatório psiquiátrico (42%); em seguida, o hospital psiquiátrico (39%); depois, o CAPs 1 (33%), que atende a uma região de até 50 mil habitantes; o leito psiquiátrico (31%); o Caps AD

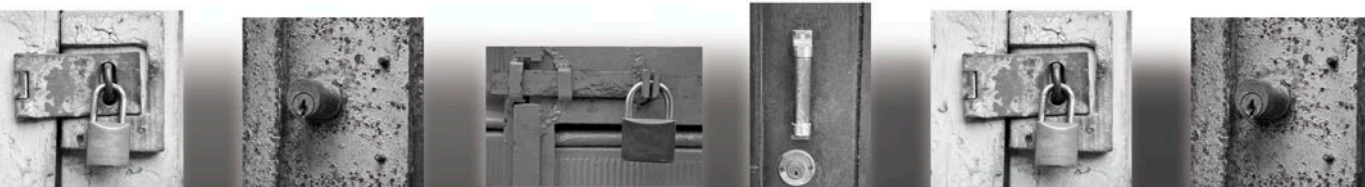
(31%), destinado aos que sofrem transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas; o CAPs 2 (30%), para atendimento de até 100 mil habitantes; a comunidade terapêutica (25%); o CAPs-I (14%), que se destina ao atendimento de crianças e adolescentes; a clínica particular (12%); e o CAPs 3 (2%), que funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, e pode dar cobertura para uma população de até 150 mil habitantes. A pequena demanda nos CAPs 3, segundo os pesquisadores, pode estar diretamente associada à baixa oferta dessa modalidade da atenção psicossocial no SUS.

Regulada pela Resolução 101/2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a comunidade terapêutica também apresentou alta utilização (25%), o que segundo os pesquisadores reforça a alta prevalência de problemas com álcool e outras drogas e, ao lado do uso de hospitais psiquiátricos e clínicas privadas, aponta para um padrão de utilização de instituições de caráter restritivo no sistema socioeducativo. “Ou seja, os adolescentes se movimentam entre dispositivos similares: das USEs para hospitais psiquiátricos, clínicas e comunidades terapêuticas, retornando para as unidades”, criticam Nilson e Paulo. No caso do manejo do uso prejudicial de álcool e outras drogas, os dados mostram ainda um modelo, não recomendado, de cuidado centrado na abstinência e na institucionalização.

Chamou igualmente a atenção dos pesquisadores o quanto os adolescentes são medicados de modo extensivo e cumulativo com antipsicóticos, ansiolíticos, antidepressivos e anticonvulsivantes. Os dados referentes à utilização de medicação psiquiátrica (Tabela 5) revelam que mais da

**TABELA 5** Percentual de utilização de medicação psiquiátrica nas unidades socioeducativas por classe de medicamentos

Classe de medicamentos	Percentual de menores medicados por USE e percentual de unidades			
	0%	Até 10%	De 10% a 20%	Mais de 20%
Ansiolíticos	22,5	47,9	8,9	20,8
Antidepressivos	12,7	53,4	16,1	17,8
Antipsicóticos	28,4	46,6	13,1	11,9
Anticonvulsivantes	24,2	51,7	11,4	12,7



**TABELA 6** Profissionais que determinam a utilização de procedimentos de contenção e isolamento

Profissionais	Contenção (%)	Isolamento (%)
Assistente social	33,1	50,7
Psicólogo	45,7	54,3
Médico	42,5	35,7
Monitor socioeducador	46,5	44,3
Segurança	19,7	11,4
Diretor	63,8	78,6

metade das USEs (53,4%) reportaram que até 10% dos adolescentes em cumprimento de medida de internação ou internação provisória estavam utilizando esses medicamentos, e 42 diretores de unidades informaram que 20% ou mais dos internos estavam utilizando antidepressivos. “Existem sérios indícios de expressivo uso de medicamentos em algumas unidades, cuja proporção de adolescentes usando antidepressivos chega a 80% dos internados”, conta Nilson. Ele e Paulo explicam que não há padrão dominante de uma ou mais classes de medicamentos. “Há unidades que chegam a receitar quatro tipos de medicamentos em elevada proporção para um mesmo indivíduo”, revelam.

Os dados comprovam que a composição multiprofissional das equipes das unidades, marcada especialmente pela presença de psicólogos e assistentes sociais, também não interfere nesse padrão de alta medicalização. E, apesar da ampla circulação de medicação psicotrópica no interior das unidades, apenas 11,1% delas assinalaram a presença de farmacêutico nas equipes, “o que fere as determinações da Portaria 344/1998 da Anvisa”, salientam os pesquisadores. Para ele, esse quadro é reflexo de uma cultura centrada na institucionalização, onde prevalecem altos níveis de tensão e ansiedade enfrentados erradamente com medidas de contenção físicas e químicas.

### NA CONTRAMÃO DA REFORMA

O levantamento trouxe à tona outras informações importantes quanto aos serviços de saúde mental ofertados

aos adolescentes em conflito com a lei, reforçando que grande parte dessas unidades está na contramão da Reforma Psiquiátrica. Mais da metade das unidades (55%) informaram que utilizam práticas de contenção – métodos físicos ou mecânicos que impedem ou reduzem a mobilidade do paciente; e 60% fazem uso do isolamento – confinamento involuntário em uma sala ou área que o paciente não pode deixar – como procedimentos relacionados à saúde mental. “Há estudos, porém, nos EUA

**É preciso, a partir da primeira avaliação, buscar o retorno do adolescente ao território de origem**

**PAULO FAGUNDES FARIA**

e na Europa, que comprovam alta mortalidade de pacientes contidos. É uma prática altamente perigosa”, alerta Paulo. No Brasil, tais procedimentos são regulados por normas específicas e protocolos clínicos, considerando-se que a existência deles em instituições tem efeitos deletérios físicos e psicológicos.

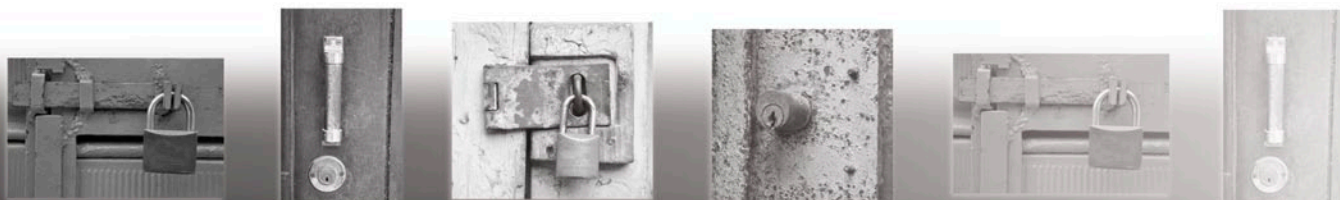
Nilson e Paulo ainda mostram que, além de habituais, essas práticas são rotineiramente determinadas por profissionais diversos: a começar por

diretores, seguidos por psicólogos, assistentes sociais, médicos, monitores socioeducadores e até seguranças das instituições, “o que denota uma confusão quanto à necessidade desses tipos de procedimentos” (Tabela 6). “Se é uma prática de saúde, não poderia ser autorizada por guardas, diretores e outros profissionais que não são dessa área”, avalia Paulo. “Essas evidências permitem afirmar a existência de séria falha regulatória, tanto pública quanto profissional, em relação às decisões de contenção e de isolamento de adolescentes custodiados motivados por problemas referidos como de saúde mental”, constata os pesquisadores.

### DIREITOS RESTRITOS

Os dados do levantamento preocupam Nilson e Paulo, pois apontam para um conjunto de restrições e privações no que tange ao direito à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, contrariando inclusive medidas legais. Eles lembram que o texto de construção do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), lançado em 2006, indica a necessidade de “garantir a equidade de acesso da população de adolescentes que se encontram no atendimento socioeducativo às ações e serviços de atenção à saúde da rede do Sistema Único de Saúde”. Do ponto de vista da saúde mental, a Portaria do Ministério da Saúde nº 647, de 11 de novembro de 2008, que norteia a Política de Atenção Integral à Saúde dos adolescentes em conflito com a lei em regime de internação e internação provisória, preconiza a promoção de atenção psicossocial aos adolescentes direcionada aos agravos decorrentes da privação de liberdade e, em caso da necessidade de cuidados mais específicos, a utilização preferencial da rede extra-hospitalar do SUS. Além dessas iniciativas, vigora como parâmetro de atenção à saúde mental, com foco na atenção psicossocial, a Lei da Reforma Psiquiátrica (nº 10.216), de abril de 2001.

Diante desse cenário, Nilson e Paulo propõem no levantamento a integração efetiva dos CAPs e demais dispositivos de atenção em saúde mental ao sistema socioedu-



cativo e demais políticas públicas sociais, “buscando a desinstitucionalização do sistema e a utilização das medidas de restrição de liberdade apenas como último recurso”. Para tanto, “as equipes de saúde de referência e as equipes internas das USEs devem manter, desde os primeiros momentos da internação, a articulação com os equipamentos sociais e sanitários dos locais de origem do adolescente”. Para eles, os adolescentes precisam ser considerados clientela prioritária dos serviços de saúde mental, pelo risco social associado, e devem ser incluídos em programas que garantam a continuidade de cuidados. “É preciso que todos os profissionais e equipes das unidades socioeducativas sejam capacitados nos princípios da atenção psicossocial e da Reforma Psiquiátrica”, orientam.


### GESTÃO DO SISTEMA

Quanto à gestão e estrutura do Sistema Socioeducativo, a proposta é adequá-lo às recomendações da Resolução 46/96 do Conanda, que limita o porte das unidades em módulos residenciais de até 40 adolescentes; intensificar transição da gestão do sistema socioeducativo para fora da área da Justiça; e estimular pesquisas para a construção de indicadores que possam aferir a qualidade do sistema socioeducativo em todo o território nacional. “É necessário produzir informação para avaliar qual a prevalência da mortalidade dos adolescente, dos transtornos mentais, da automutilação, de abuso sexual, de prisão em solitária, de tentativa de evasão e promover a supervisão por órgãos independentes e da sociedade civil, entra outras iniciativas que favoreçam a humanização do cuidado aos adolescentes sob custódia pública”, aponta Nilson. Ele lamenta que essa população somente seja lembrada quando emerge nos telejornais a notícia de rebelião.

Em relação à dinâmica interna das unidades, os pesquisadores recomendam evitar a concentração de atividades assistenciais e privilegiar os dispositivos de base territorial da rede de saúde mental do SUS, a exemplo dos CAPs; capacitar as equipes de saúde nos princípios da

Reforma Psiquiátrica e da abordagem técnica multiprofissional, inclusive para minimizar a abordagem farmacológica da atenção em saúde mental; e instituir mecanismos regulatórios para as equipes, em relação à contenção e ao isolamento motivados por problemas referidos como de saúde mental. “É preciso, a partir de uma primeira avaliação, buscar o retorno do adolescente ao local de origem e utilizar os recursos tanto da saúde quanto da assistência social para um acolhimento mais qualificado, pois são pessoas em situação de vulnerabilidade social”, observa Paulo.

Quanto à integração com a rede de saúde mental dos municípios, eles apontam para a necessidade de aumentar a cobertura de CAPs nos grandes municípios; ampliar a integração da rede de atenção psicossocial e de outros dispositivos de saúde mental com o Sinase; evitar a utilização de hospitais psiquiátricos no manejo das crises; aumentar a cobertura de referência de leitos psiquiátricos em hospital geral para as situações de crise; e estimular estados e municípios a cumprirem a Portaria 647/2008.

E, quanto a linhas de pesquisas a serem desenvolvidas, a recomendação é realizar outros estudos sobre a prevalência de transtornos mentais na população de adolescentes em conflito com a lei; identificar os fatores de risco e proteção em relação à ocorrência de atos infracionais por adolescentes e crianças; desenvolver indicadores de avaliação da humanização e qualidade do sistema socioeducativo em todo o território nacional; analisar os modelos de sistemas socioeducativos internacionais; e avaliar experiências nacionais bem sucedidas de articulação entre o sistema socioeducativo e as redes municipal e regional de atenção à saúde mental. 

Além de Nilson do Rosário Costa, Paulo Roberto Fagundes da Silva e Marcelo Rasga Moreira, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), coordenadores, integraram a equipe que realizou a pesquisa Ana Luísa Lemos Serra, Fábio Tomasello Guimarães, Lílian Cherulli de Carvalho, Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann e Thereza de Lamare Franco Netto, do Ministério da Saúde, e Marcus Vinícius de Almeida Magalhães, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.



# Sinitox traça perfil das intoxicações no país

*Crianças são as principais vítimas, por descuido dos pais, do mercado e do Estado*

Bruno Dominguez

O mau uso de medicamentos e produtos de limpeza tem engordado as estatísticas de intoxicação no Brasil. Em 2008, foram notificados 85.925 casos de efeitos provocados por agentes tóxicos e 441 mortes deles decorrentes. As notificações foram recebidas pelos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (Ciats) do país, unidades criadas para fornecer informação e orientação sobre diagnóstico, tratamento e prevenção das intoxicações e prestar assistência ao paciente intoxicado. Divulgados recentemente, os dados de 2008 foram coletados, compilados e analisados pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox), ligado ao Instituto de Comunicação e

Intoxicação: consequência da interação entre o agente tóxico e o sistema biológico, traduzida por alterações fisiológicas e bioquímicas ou pelo aparecimento de sinais e sintomas clínicos.

Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), da Fiocruz.

O resultado, que preocupa, ainda não reflete a totalidade de casos de intoxicação no país, de acordo com a coordenadora do Sinitox, Rosany Bochner. Ela explica que o número de centros de informação é insuficiente para cobrir nosso território — hoje, são 28 centros distribuídos por 16 estados e o Distrito Federal. Além disso, a notificação é espontânea, sendo realizada pela própria vítima, um parente ou profissional de saúde com o objetivo de obter recomendações sobre formas de tratamento ou de locais de atendimento — o caminho é o Disque-Intoxicação (0800 722 6001). E, finalmente, o envio dos dados pelos centros ao Sinitox é voluntário, o que gera irregularidade na participação deles nas estatísticas — o relatório mais recente, por exemplo, só tem dados de 24 dos 35 centros.

## AGENTES TÓXICOS

Entre os casos, predominam as intoxicações por medicamentos (31%), seguidas das por animais peçonhentos (21%), domissanitários — substâncias destinadas à higienização, desinfecção ou desinfestação domiciliar, como detergente, alvejante, amaciante, cera, limpa vidros, polidor de sapatos, sabão, água sanitária e inseticidas — (12%), produtos químicos industriais (6%) e agrotóxicos (5%). As mortes são causadas principalmente por agrotóxicos (33%), medicamentos (20%), drogas de abuso — como tabaco, álcool, inalantes, maconha e LSD — (14%), raticidas (11%) e animais peçonhentos (8%). A maior parte dos casos acontece por acidente (57%). As mortes devem-se, em sua maioria, a

tentativas de suicídio (59%). Nas cidades concentram-se 68% dos casos, contra 30% na zona rural do país — 2% têm localidade ignorada.

As crianças de um a quatro anos são as principais vítimas de intoxicações não-intencionais, seja por medicamentos ou por produtos de limpeza. Essa é a faixa etária com maior morbidade (número de casos por 100 mil habitantes) decorrente de efeitos de agentes tóxicos, com coeficiente de 157,1 — o segundo maior coeficiente é o de menores de um ano, que chega a 55,8.

Na interpretação de Rosany, o número revela que muitos pais ainda não tomam os cuidados adequados para preservar os filhos. Por exemplo, há os que guardam remédios em lugares acessíveis às crianças. A pesquisadora lembra que “não basta deixá-los longe do alcance das mãos, mas também longe do alcance dos olhos”, já que os filhos costumam repetir as ações dos pais.

Mas não são somente os pais que abrem brechas para intoxicações na infância: as embalagens de medicamentos não são seguras, avalia Rosany. Hoje, muitos remédios têm embalagens praticamente idênticas para as formulações adulta e infantil. Em 1997, a confusão entre duas embalagens de um descongestionante nasal provocou parada cardíaca num recém-nascido, que permaneceu em estado vegetativo. Só depois desse caso o visual da formulação infantil do produto se diferenciou daquele do outro. Também é comum que medicamentos cheguem às farmácias brasileiras sem trava de segurança, mesmo que seus fabricantes adotem esse sistema em outros países, e com sabor adocicado, que estimula o uso indevido por parte das crianças.

Rosany esclarece que o controle não deve ser exercido apenas pelos pais, mas também pelo Estado — tema que aprofundou no artigo *Papel da Vigilância*



Para Rosany, do Sinitox, país e Estado devem atuar na prevenção de intoxicações

### Sanitária na prevenção de intoxicações na infância (ver íntegra no site do RADIS).

No texto, a coordenadora do Sinitox defende a aprovação do Projeto de Lei 4.841-A, apresentado em 1994, que propõe a utilização de Embalagem Especial de Proteção à Criança em medicamentos e produtos químicos de uso doméstico que apresentem potencial de risco à saúde. Esse tipo de embalagem dificulta que menores de cinco anos abram ou despejem uma quantidade perigosa do produto em um período razoável de tempo, mas é de fácil abertura por adultos. O projeto já passou pelas comissões de Comércio, Seguridade Social e Família e Constituição e Justiça; atualmente, está na de Constituição e Justiça, que deve votar por sua constitucionalidade.

A pesquisadora também reforça o papel da Anvisa de garantir o cumprimento da Resolução 163, de 2001, que determina que os produtos saneantes fortemente ácidos e fortemente alcalinos precisam ser vendidos em embalagem plástica rígida, reforçada, de difícil ruptura, hermética, com tampa de dupla segurança à prova de abertura por crianças, de forma a garantir que não sejam abertas mesmo após o primeiro rompimento do lacre. Ainda cabe à agência monitorar e fiscalizar a propaganda de medicamentos. Já os profissionais de saúde, diz, têm a tarefa de informar ao paciente o uso correto do remédio prescrito. "Ele precisa sair da consulta sem dúvidas a respeito da receita", diz a pesquisadora.

### INTOXICAÇÕES INTENCIONAIS

As intoxicações intencionais por medicamentos são mais frequentes em mulheres. A explicação: estão relacionadas a tentativas de suicídio ou de aborto. Os efeitos tóxicos por defensivos agrícolas, por sua vez, se concentram em homens – em ambos os casos, coincide a motivação.

O número de envenenamentos por animais peçonhentos também é significativo. A preocupação, nesse sentido, é o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde das maneiras de tratar os pacientes. "O treinamento é uma carência, o que é agravado com a alta rotatividade dos profissionais nas emergências", afirma Rosany. Frequentemente, profissionais de saúde ligam para o Disque-Intoxicação em busca de informações sobre formas de tratamen-




Usada pelo Sinitox em treinamentos, a maquete da casa mostra situações do cotidiano que põem a saúde em risco, como os medicamentos em locais acessíveis às crianças

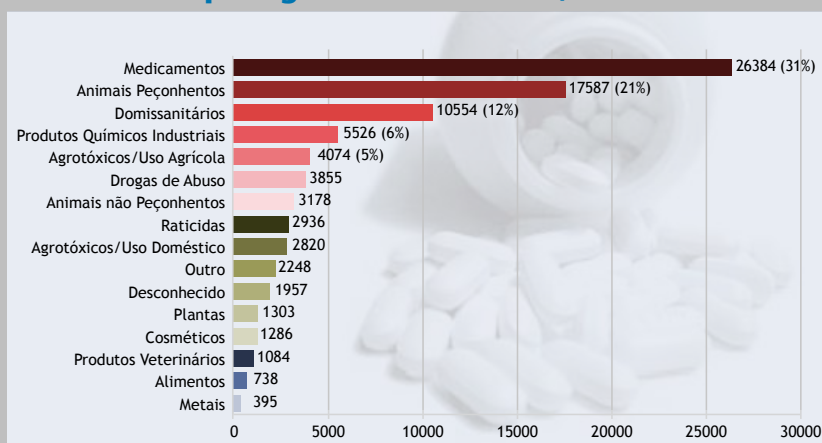
to. Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), em 2008, foram registrados mais casos de intoxicação por picada de escorpião (39.250), serpente (26.916) e aranha (21.254).

Gerente-geral de Toxicologia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Heloísa Rey Farza acrescenta que falta preparo para lidar com outras causas de intoxicação: "No Brasil, o ensino da Toxicologia Clínica não faz parte da grade curricular de médicos e enfermeiros, com exceção de algumas poucas faculdades". De acordo com ela, mesmo nas instituições que estão na lista das exceções, a disciplina é muito resumida e não aporta conhecimentos suficientes para o atendimento adequado

da maioria dos casos de intoxicação que ocorrem no país. As faculdades de Farmácia só dispõem de curso de Toxicologia Analítica e Experimental.

Daí a importância de se fortalecer a Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (Renaciat), coordenada pela Anvisa, que tem a responsabilidade de atender as ligações do Disque-Intoxicação. "Os centros devem ser vistos como unidades de referência para o SUS em matéria de Toxicologia; o comprometimento de seu funcionamento geraria uma situação difícil para os pacientes", diz Heloísa. A rede passa por processo de reestruturação, liderado pela Anvisa em parceria com o Sinitox. Estão sendo revistos o regimento interno, a organização das comissões técnicas e as fichas de notificação. 

### Casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico. Brasil, 2008



Fonte: MS/FIOCRUZ/ICICT/SINITOX

## SERVIÇO

## EVENTO

**1º SIMPÓSIO BRASILEIRO DE SAÚDE AMBIENTAL**

A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) promove a primeira edição do Simpósio Brasileiro de Saúde Ambiental, com o tema *Ciência e Saúde Ambiental - Teorias, Metodologias e Práxis*. O evento, que tratará das principais questões emergentes da relação do ambiente com a saúde, está organizado em cursos, oficinas, mesas redondas, painéis e comunicações coordenadas.

Data 6 a 12 de dezembro  
Local Hangar - Centro de Convenções da Amazônia, Belém, PA

**Mais informações**

E-mail [abrasco@iec.pa.gov.br](mailto:abrasco@iec.pa.gov.br)

Site [www.iec.pa.gov.br/dusky/html/index.html](http://www.iec.pa.gov.br/dusky/html/index.html)

## PUBLICAÇÕES

**EDUCAÇÃO E SAÚDE**

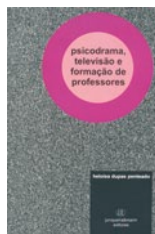
*Trabalho, Educação e Saúde* (volume 8, nº 2, jul/ago de 2010), revista científica da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), revisita a Lei de Diretrizes e Bases de 1996 e traz três artigos com reflexões sobre o ensino em saúde, tendo as questões sobre o trabalho como temática central e o desenvolvimento da atenção básica como contexto. A edição traz também um artigo com o resultado de uma pesquisa etnográfica sobre formação de agentes comunitários em ambientes e saúde e outros dois textos sobre o ensino de Odontologia no Brasil, com enfoque na pós-graduação, na formação de professores e na relação aluno-professor em uma universidade federal. A publicação está disponível



para acesso livre no site [www.revista.epsjv.fiocruz.br](http://www.revista.epsjv.fiocruz.br)

**ENSINO E APRENDIZAGEM**

*Psicodrama, televisão e formação de professores* (Junqueira e Marin Editores), da doutora em Didática Heloísa Dupas Penteado, fala sobre o uso do telepsicodrama com objetivo socioeducativo. Trata-se da gravação em vídeo de uma sessão de psicodrama – método criado pelo médico austríaco Jacob Levi Moreno, com vistas à recuperação da espontaneidade humana –, com qualidade de exibição em canais abertos de TV, de modo a ser usado pelas áreas da pesquisa, ensino e saúde. Entre tantas questões inerentes ao tema, a autora aborda nesse livro a face pedagógica do método psicodramático e seu percurso histórico. À venda também nas livrarias Saraiva e Cultura.

**BRASIL E CANADÁ**


*Promoção da Saúde, a construção social de um conceito em perspectiva comparada* (Editora Fiocruz), de Lucíola Santos Rabello, é fruto da tese de doutorado da autora, apresentada em novembro de 2006 ao Centro de Pesquisa e Pós-Graduação sobre as Américas, do Instituto de Ciências Sociais da UnB. O livro analisa como Brasil e Canadá incorporaram a proposta de promoção da saúde em suas políticas públicas. No caso do Brasil, a autora trata da promoção da saúde dentro do SUS. O livro focaliza a perspectiva dos ministérios da Saúde do Brasil e da Saúde e Bem-Estar do Canadá.

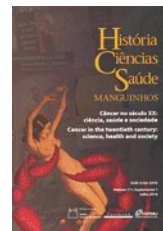
**O SUS E O RIO DE JANEIRO**

*A gestão do SUS no âmbito estadual, o caso do Rio de Janeiro* (Editora Fiocruz), organizado por Maria Alcília D. Ugá, Marilene de Castilho Sá, Mônica Martins e Francisco Campos Braga Neto, e prefiado pelo ex-presidente da Fiocruz

Paulo Marchiori Buss, propõe contribuir para a compreensão e o enfrentamento de desafios que se colocam para outras realidades de gestão estaduais, dada a complexidade e a diversidade de situações político-institucionais e de oferta de serviços que o SUS no Rio de Janeiro contempla. O livro traz uma coletânea de artigos sobre o papel que as unidades da federação, com foco no Rio de Janeiro, estão desempenhando no atual modelo de descentralização do SUS.

**CÂNCER NO SÉCULO 20**

*História, Ciências, Saúde – Manguinhos* (volume 17, suplemento 1, jul/2010), periódico trimestral da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), traz análises sobre o câncer no Brasil no século 20, além de depoimentos sobre as transformações no tratamento cirúrgico da doença e os programas de voluntariado voltados a ela. A edição reúne ainda imagens das campanhas educativas contra o câncer e das novas advertências sanitárias para maços de cigarro. 

**ENDEREÇOS****Editora Fiocruz**

Tel. (21) 3882-9039 e 3882-9006

Email [editora@fiocruz.br](mailto:editora@fiocruz.br)

Site [www.fiocruz.br/editora](http://www.fiocruz.br/editora)

**ESPJV**

Site [www.revista.epsjv.fiocruz.br](http://www.revista.epsjv.fiocruz.br)

E-mail: [revtes@fiocruz.br](mailto:revtes@fiocruz.br)

Tel.: (21) 3865-9850

Fax: (21) 2560-7860

**Junqueira e Marin Editores**

Tel. (16) 3336-3671

Site [www.junqueiraemarin.com.br](http://www.junqueiraemarin.com.br)

**COC/Fiocruz**

Tel. (21) 2209-4111

E-mail [hscience@coc.fiocruz.br](mailto:hscience@coc.fiocruz.br)

Site [www.coc.fiocruz.br/hscience](http://www.coc.fiocruz.br/hscience)



## PÓS-TUDO

# Uma revolução intelectual

*Enquanto se pensava que com as leis de Newton e as que lhe sucederam podíamos compreender o universo, o diálogo com as outras civilizações era um diálogo de professor e aluno, aluno primário.*

ILYA PRIGOGINE, *NOME DE DEUSES*, UNESP, 2002

José Luís Fiori \*

Na segunda metade do Século XX, o físico norte-americano Thomas Kuhn e o químico russo Ilya Prigogine revolucionaram a epistemologia e a história da ciência, colocando uma pá de cal sobre a visão positivista do conhecimento e colocando um ponto de interrogação definitivo sobre todas as teorias mecanicistas e deterministas, a respeito do mundo físico, do cosmos e das sociedades humanas.

Para Thomas Kuhn, o avanço da ciência não é acumulativo, nem se dá de forma linear e contínua. Pelo contrário, se dá de forma descontínua e através de grandes rupturas, ou “revoluções científicas”, que assinalam um momento de “mudança de paradigmas”, que são definidos por Kuhn, como uma maneira particular de olhar o mundo, que articula de forma coerente, problemas, conceitos, métodos de pesquisa e critérios de verdade, que só são válidos dentro de determinadas comunidades específicas, e durante períodos determinados de tempo.

Por outro lado, Ilya Prigogine se rebelou contra o determinismo e o mecanicismo das teorias de Isaac Newton e Albert Einstein, e demonstrou que a irreversibilidade do tempo, a desordem e a incerteza são elementos essenciais e construtivos, do mundo físico e biológico. Ou seja: Kuhn defende a historicidade da ciência e dos seus critérios de verdade; e Prigogine defende a importância da “flecha do

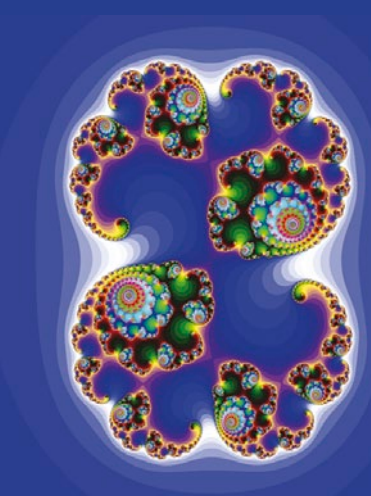


FOTO: SOL.KOLL/WIKIMEDIA

tempo” e das “escolhas”, para a construção do futuro de um universo físico e de uma sociedade humana, que são rigorosamente imprevisíveis

Por analogia, também é possível falar da existência de “paradigmas”, e de “revoluções intelectuais”, no campo do pensamento social, onde se formam e se transformam os valores, conceitos e critérios de verdade, que as sociedades humanas utilizam para interpretar o seu passado e o seu presente, e para descodificar e responder às incertezas do seu futuro. São modelos, enfoques e crenças que atravessam o pensamento acadêmico e o pensamento político — de esquerda e de direita — e também fazem parte do senso comum e da formação da opinião pública.

Estes “paradigmas sociais”, também são válidos apenas para certas comunidades específicas, e durante um certo período, por mais longo que ele possa vir a ser. Com o passar do tempo e das mudanças sociais, entretanto, estes paradigmas “societários” perdem fôlego, se esclerosam, e acabam sendo superados por novas “visões do mundo”, mais capazes de compreender e enfrentar os desafios criados pela chegada do futuro.

Pois bem: tudo indica que a América Latina e o Brasil estão vivendo um destes momentos de “revolução intelectual”, e de mudança da sua forma de olhar para si mesmo e para o mundo. De um lado, o que se vê, é um “paradigma

intelectual” em franco declínio, incluindo algumas idéias e teorias de esquerda e de direita, que já não dão conta das transformações do continente, e do Brasil, em particular. Seus conceitos e seus debates parecem velhos e repetitivos, e, por isto, filtram as novidades trazidas pelo futuro, de forma extremamente reativa, defensiva e medrosa.

Alguns “intelectuais orgânicos” deste velho paradigma vivem fascinados pela ideia do “fim”, seja da democracia, do capitalismo, das espécies, ou da própria terra; outros estão sempre lamentando as “imperfeições constitutivas” da sociedade latino-americana, tão distantes dos seus modelos ideais de sociedade civil, de classe social, de partido político, ou mesmo, de estado e de capitalismo. E quase todos vivem atormentados com medo do populismo, do corporativismo, do nacional-desenvolvimentismo, do estatismo, entre tantos outros fantasmas do passado. Sem se dar conta de que estes conceitos e algumas de suas velhas teorias sociológicas e econômicas perderam aderência aos fatos, e já não demonstram nenhuma eficácia como ferramentas analíticas e como instrumentos estratégicos, voltados para a construção do futuro.

Apesar disto, entretanto, ainda não se pode falar do aparecimento e da existência de novas teorias consistentes, e o próprio continente latino-americano ainda não superou alguns de seus grandes desafios sociais e econômicos. Mas com certeza já se pode falar de uma “revolução intelectual” e de um novo “paradigma”, porque já se consolidou uma nova maneira de o continente olhar para si mesmo, para o mundo e para os seus desafios, assumidos como oportunidades e como escolhas, que devem ser feitas, a partir de sua própria identidade, e de seus próprios interesses.

Certa vez, Jean Paul Sartre disse que “era mais fácil ser escravo do que senhor”, e talvez, de fato, seja mais fácil pensar como escravo, do que como senhor. Mas depois desta “revolução intelectual” da América Latina, já não há mais necessidade de ninguém seguir pensando como escravo, ou mesmo, como aluno primário das “civilizações superiores”. ■

\* José Luís Fiori, cientista político, é professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Artigo publicado no site Carta Maior (<http://www.cartamaior.com.br>), em 30/10/2010.

# 60 Anos FIOCRUZ PE

A Serviço da Saúde Pública  
da População Nordestina



Tecnologia



Pesquisa



Cooperação Técnica

Inovação



Ensino



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães