



Belo Horizonte, 2008

Caderno Mídia e Saúde Pública

Publicação anual da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Os artigos e relatos sobre práticas em comunicação e saúde reunidos foram apresentados no III Seminário Mídia e Saúde Pública: 20 anos do SUS e 60 anos da Declaração dos Direitos Humanos, nos dias 3 e 4 de novembro de 2008, com o objetivo de promover a reflexão sobre o papel da mídia no Sistema Único de Saúde.

Realização: Assessoria de Comunicação Social

Edição: Adriana Santos

Programação visual e capa: Leonardo Lucas

Diagramação e revisão: Autêntica Editora

III Seminário Mídia e Saúde Pública

Organização:

Fabiane Martins

Sandra Rúgio

Daniela Venâncio

Ernane Lopes

Leandro Heringer

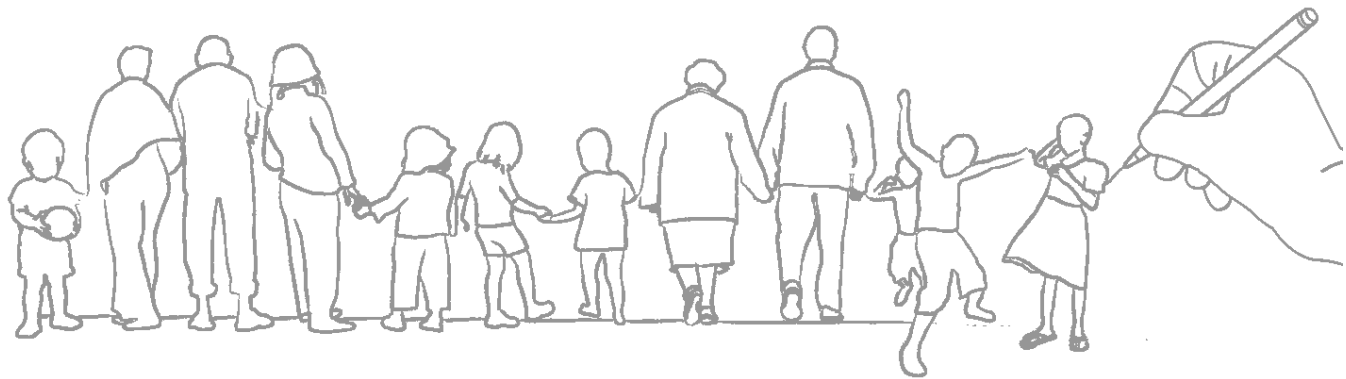
Agradecimentos: Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais (BDMG)

C122 Caderno Mídia e Saúde Pública: 20 anos do SUS e 60 anos da Declaração dos Direitos Humanos.
Organização de Adriana Santos. Belo Horizonte: ESP-MG, 2008.

ISSN: 1984-039X

1. SUS-História
 2. Declaração dos Direitos Humanos-Brasil-História
 3. Saúde Pública-Brasil- História
- I. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais II. SANTOS, Adriana (Org.).

ESP-MG
WA 5



Organização:
Adriana Santos

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
EDITORIAL.....	9
COMUNICAÇÃO E SAÚDE: DESAFIOS PRÁTICOS E CONCEITUAIS..... <i>Valdir de Castro Oliveira</i>	11
FORÇA E IMPULSO PARA VIVER À ALTURA DE UM IDEAL <i>Juliana Braga</i>	23
MINISTÉRIO PÚBLICO E DIREITOS HUMANOS: A CONSTRUÇÃO PERMANENTE <i>Antonio Joaquim Fernandes Neto</i>	29
O SUS AOS 20 ANOS <i>Francisco B. Júnior</i>	37
CANAL SAÚDE E A MÍDIA: DO ANÁLOGO À CONVERGÊNCIA <i>Angélica Baptista Silva</i>	41
ESTRATÉGIA: INFORMAR <i>Ellen Cristie</i>	49
COMUNICAÇÃO EM INCLUSÃO: ESCOLA DE GENTE <i>Fábio Meireles</i>	55
A CONSTRUÇÃO DA IMAGEM DO CÂNCER NA MÍDIA OU COM TODAS AS LETRAS (DE IMPRENSA) <i>Maurício Lara</i>	63
COMUNICAÇÃO EM SAÚDE PELA CULTURA DE PAZ E NÃO-VIOLÊNCIA <i>Adriana Santos</i>	71

VIOLENCIA DOMÉSTICA COMO OBSTÁCULO À FRUIÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES.....	83
<i>Stela Cavalcanti</i>	
A COMUNICAÇÃO SOCIAL NA FUNDAÇÃO HEMOMINAS: PREMISSAS E RESULTADOS	109
<i>Regina Célia de Vasconcelos Silva</i>	
ACESSO A TRATAMENTO PARA VOLUNTÁRIOS DE PESQUISA CLÍNICA: DIREITO INQUESTIONÁVEL COM A PERSPECTIVA DE EXPANDIR PARA A SAÚDE PÚBLICA O ACESSO AOS PRODUTOS DESENVOLVIDOS	119
<i>Dirceu B. Greco</i>	
VIGILÂNCIA SANITÁRIA: CONTEMPORANEIDADE E DESAFIOS, ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	131
<i>Daniella Guimarães de Araújo</i>	
AUTORES	137
DICAS DE SITES	141

APRESENTAÇÃO

A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) entende que a comunicação social e a informação são insumos estratégicos para o fortalecimento e a construção social e cultural do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando garantir o direito irrevogável à saúde pública de qualidade.

Nesse sentido, entre as ações comemorativas da passagem dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos 60 anos da Declaração dos Direitos Humanos inscreve-se a realização do III Seminário Mídia e Saúde Pública, do qual resulta a produção deste caderno. É uma contribuição da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) para o fomento do debate público acerca da democratização e humanização dos meios de comunicação social.

A mídia é reconhecida pela maioria das culturas com um espaço responsável pela sistematização dos processos comunicacionais. Trata-se de um local de fala privilegiado para a socialização, a troca de informações e a construção do conhecimento. Nesse sentido, é importante entender a lógica dos meios de comunicação para que possamos efetivar a democracia em nosso país.

O Sistema Único, como política do Estado brasileiro para a melhoria da qualidade de vida, do ponto de vista da saúde ampliada, deve encontrar mecanismos de aproximação com a mídia e de fortalecimento das relações sociais, por meio de uma comunicação articulada aos princípios doutrinários e organizativos da assistência à saúde pública.

O direito à informação é um dos pilares da política de democratização do SUS. É um direito dos cidadãos possuírem informações sobre o funcionamento do sistema de saúde de modo que possam procurar o serviço mais indicado para cada problema. Isto permitirá também um atendimento mais ágil com economia de tempo e recursos, tanto para o cidadão quanto para os gestores. O SUS deve funcionar como uma rede de solidariedade, de cooperação e de informação para que o atendimento não sofra interrupções e para que cada brasileiro seja assistido.

Desejo a todos uma boa leitura e muitas reflexões!

Tammy Claret Monteiro

EDITORIAL

A mídia tem um papel fundamental no entendimento das relações sociais e culturais da contemporaneidade. Nesse sentido, a televisão, o jornal, o rádio e a Internet são espaços privilegiados para o fomento do debate acerca dos mais variados assuntos de interesse coletivo, entre eles o direito à saúde pública de qualidade.

Não há como desconsiderar o alcance de uma TV aberta que permite que milhares de brasileiros tenham acesso aos noticiários nacionais, à dramaturgia, aos programas de entretenimento e às campanhas veiculadas pelo Ministério da Saúde. Não podemos fechar os olhos para as possibilidades do mundo virtual que despertam o interesse dos mais jovens e para o poder que as rádios têm de encantar, informar e entreter as gerações mais antigas. O jornal impresso ainda se configura como um importante meio de comunicar, por meio da escrita, um pouco da nossa história, um pouco da história da humanidade.

Enfim, cada meio de comunicação encontra uma determinada ressonância nos espaços públicos e privados, permitindo que tenhamos mais informação e comunicação.

Com o objetivo de contribuir nessa discussão, a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, por meio da Assessoria de Comunicação Social, organiza a terceira edição do Caderno Mídia e Saúde Pública em homenagem aos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) e aos 60 anos da Declaração dos Direitos Humanos. O objetivo dessa publicação é promover a reflexão sobre o papel da mídia no fortalecimento do SUS e a tomada de consciência acerca dos princípios que norteiam a Declaração dos Direitos Humanos, além de incentivar o diálogo permanente entre profissionais de saúde e de comunicação, movimentos sociais, meios de comunicação e demais interessados.

Para tanto, reunimos os artigos dos palestrantes do III Seminário Mídia e Saúde Pública e convidados. O presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Júnior, escreve sobre os desafios do SUS, do financiamento ao controle social. Professor Valdir da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) levanta importantes considerações teóricas sobre a comunicação e a saúde: desafios práticos e conceituais. A pesquisadora da ESP-MG, Daniella Guimarães,

discorre sobre as relações entre comunicação, Vigilância Sanitária e População. O procurador de Justiça de Minas Gerais, Antônio Joaquim, busca traçar um perfil histórico sobre a nossa constituição acerca dos Direitos Humanos. A Médicos sem Fronteira deixa um registro precioso sobre a atuação da organização no Brasil e no mundo, em especial em regiões assoladas pela guerra. A assessora de Comunicação da Fundação Hemominas, Regina Vasconcelos, registra as práticas e resultados de comunicação de um dos mais importantes hemocentros do Brasil. A subeditora do Caderno Viver do Jornal Estado de Minas, Ellen Cristie, discute sobre mídia e qualidade de vida. A coordenadora de Inovações Tecnológicas Angélica B. Silva escreve sobre o Canal Saúde, um projeto exitoso de produção audiovisual da Fundação Oswaldo Cruz e de sua contribuição para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O professor Dirceu Greco defende que os voluntários devem ter acesso aos mesmos cuidados e aos mesmos requisitos éticos independentemente de seu poder econômico, raça ou país onde a pesquisa esteja sendo desenvolvida. A promotora de Justiça do Estado de Sergipe, Stela Cavalcanti, autora do livro *Violência doméstica contra a mulher* analisa os avanços e desafios da Lei Maria da Penha. O jornalista Maurício Lara analisa o papel da mídia quando o assunto é o câncer, uma doença ainda muito estigmatizada nos meios de comunicação. O Projeto de Gente nos alerta sobre a importância de uma comunicação focada na inclusão social. E para finalizar, deixo uma contribuição sobre a comunicação a favor da cultura de paz e não-violência e sobre a importância de uma comunicação mais dialógica.

Boa leitura!

Adriana Santos
Assessora de Comunicação Social

COMUNICAÇÃO E SAÚDE: DESAFIOS PRÁTICOS E CONCEITUAIS

Valdir de Castro Oliveira

Pensando teoricamente o campo

Pensar o campo da Comunicação e da Saúde sem determinar ou recortar algumas questões é uma tarefa ingrata e quase impossível, principalmente se levarmos em conta a infinidade e a amplitude das diversas teorias, práticas sociais, culturais e políticas que os envolvem. Por isso julgamos prudente, conveniente e mais proveitoso proceder a alguns recortes teóricos e empíricos de tal maneira que possamos perceber melhor o papel e a importância da comunicação, juntamente com a informação, para o campo da saúde e, simultaneamente, entender ou explicitar os limites e os alcances de seus respectivos enfoques teóricos.

Desses recortes optamos aqui por àqueles relacionados aos princípios filosóficos do SUS – Sistema Único de Saúde – como uma forma de política pública e sua proposta de inversão do modelo de saúde que traz implicações profundas tanto para a população quanto para várias áreas de conhecimento que gravitam no seu entorno e com ele interage, como é o caso da comunicação e da informação. Mas, se a inversão do modelo de saúde demanda novos enfoques conceituais e novos desenhos práticos para as políticas públicas da saúde, o mesmo acontece quando interage com a comunicação e a informação em termos de demandas práticas e conceituais. Essas convergências fazem parte do recorte aqui proposto com a finalidade de delimitar o nosso estudo, mas deixando claro que a convergência e a interdisciplinariedade entre a Saúde e a Comunicação vão muito além desse recorte, pois ambas são multifacetadas e ostentam um verdadeiro caleidoscópio de práticas sociais, culturais, políticas e ideológicas e, igualmente, distintas leituras teóricas. Portanto, não propomos discutir neste artigo a totalidade das interações decorrentes dos dois campos, como, por exemplo, a complexa interação da relação entre especialistas da saúde e os pacientes, a interação individual dos usuários com a medicina e tampouco a decifração funcionalista das mensagens comunicacionais e informacionais produzidas pelo sistema de saúde ou de medicina, tampouco o efeito e a eficácia das mensagens na saúde e a dimensão sociocognitiva das prescrições médicas aos pacientes, entre milhares de outros temas de pesquisa. Não porque sejam desinteressantes ou irrelevantes, mas porque a nossa escolha ou recorte tem muito mais a ver com a discussão teórica da comunicação cujas implicações apontam para o estabelecimento de redes de poder e de manutenção de práticas sociais verticalizadas cujos sentidos caminham em direção

contrária às práticas discursivas horizontalizadas ou dialógicas. É para esse último paradigma, ou modelo comunicacional, que apontam princípios políticos e filosóficos do SUS quando propõem ampla abertura para abrigar, respeitar e interagir com diferentes vozes sociais para o entendimento e a execução das políticas públicas de saúde. Ou seja, uma inversão do modelo tradicional mais fechado para um novo modelo mais aberto, democrático e sujeito à interpelação de diferentes atores sociais.

Com o SUS se explicitam propostas de saúde que interferem no cotidiano de milhões de pessoas, entre usuários, profissionais da saúde e da comunicação, instituições, produtores, universidades, centros de pesquisa, entre outros, por meio de serviços, saberes, conhecimentos e políticas públicas (Planos, projetos, programas), conforme prevê a Constituição Federal em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”

O tripé que sustenta o SUS é o da universalidade, equidade e integralidade, tanto no que diz respeito ao acesso igualitário aos bens e serviços da área como a participação nos mecanismos de decisão e fiscalização do sistema com base na polifonia social e cultural.

A contrapartida desses princípios é a comunicação e a informação que viabilizam a interação entre diferentes atores sociais tornando-se um dos pilares da política de democratização do SUS, conforme assinala Adriana Santos (SANTOS, 2008). É um direito dos cidadãos possuir informações sobre o funcionamento do sistema de saúde de modo que possam procurar o serviço mais indicado para cada problema. Isso permitirá também um atendimento mais ágil com economia de tempo e recursos, tanto para o cidadão quanto para os gestores. O SUS deve funcionar como uma rede de solidariedade, de cooperação e de informação para que o atendimento não sofra interrupções e para que cada brasileiro seja assistido.

Para isso o planejamento e os planos de comunicação e de informação em saúde devem ser contemplados à luz dessas propostas democráticas. Nessa concepção, o processo de comunicação é compreendido como processo de produção dos sentidos sociais. Ao reconhecer a polifonia social, potencializa-se a multiplicidade de vozes presentes na arena social representando diversos interesses e demandas que permitem uma melhor compreensão dos conflitos sociais, das relações de poder e de atos de cooperação presentes em todo ato comunicativo, embora na prática, muitas vezes, seja invocada apenas pelo seu valor técnico-instrumental, ou seja, para viabilizar aquilo que é decidido politicamente pelos gestores da saúde, um pólo institucionalizado de poder. Raramente a comunicação é pensada ou utilizada como via de duas mãos em que o papel de sentir, ouvir e falar não se apóia apenas em um pólo comunicacional.

As muitas implicações desse enunciado dificultam delimitar o campo da Comunicação

e Saúde à medida que o processo de articulação entre esses dois campos sofre diversas injunções e ressonâncias das especialidades de outros campos e a natureza das políticas de saúde e da emergência de procedimentos tecnológicos, conforme assinala Fausto Neto. Por outro lado ele levanta a questão de que a própria construção de recortes conceituais é, de certa forma, um movimento muito jovem, especialmente quando visto numa perspectiva que ultrapasse as fronteiras da comunicação, como uma instância puramente auxiliar nos processos de disseminação e/ou de divulgação de práticas e de conhecimentos produzidos e formulados. (FAUSTO NETO, 1994, p. 268).

Assim é que o nosso recorte segue por outro caminho, ou seja, como propõe Fausto Neto, o de entender os desafios e a importância da comunicação e da informação nesse novo e complexo modelo de saúde. Isso implica problematizá-las a partir de três questões: a) em que medida a inversão do modelo de saúde exige também a inversão e novos enfoques dos modelos ou processos comunicacionais e informacionais?; b) em que medida prevalecem os modelos tradicionais de comunicação em descompasso com as proposições do SUS? Quais enfoques comunicacionais são os mais adequados para se pensar a comunicação no âmbito das políticas públicas do SUS?

Podemos dizer, inicialmente, que o novo modelo de saúde ostentado pelo SUS, sem dúvida alguma, contrasta com outros modelos de saúde, como o modelo biomédico ou mesmo o conceito de saúde presente na medicina, por exemplo, que são predominantes na sociedade e na comunidade científica. Sem excluir esses modelos, o SUS vai muito além disso e enseja a sua discussão incorporando ao debate vozes e saberes presentes nas margens da sociedade e excluídas dos seus benefícios ou de suas definições práticas e conceituais. Essa exclusão aponta para relações de poder e se faz tanto pelas formas de organização social quanto pelo estabelecimento de inúmeros feixes simbólicos cuja principal função é a de demarcar as interações sociais, os lugares e as falas de cada um como ordens de poder.

Nesse contexto a comunicação e a informação invocadas e presentes nos planejamentos ou nas práticas cotidianas de saúde reiteram estruturas de poder e delimitam as mensagens produzidas a partir de pólos individuais e institucionalizados do poder. Consciente ou inconscientemente, os atores sociais reproduzem essas relações de poder que são historicamente determinadas e profundamente enraizadas em nosso cotidiano social e, obviamente, nos sistemas de saúde. Ao longo dos anos a comunicação e a informação utilizadas nesse modelo tornaram-se dele tributárias e são compartilhados pelos profissionais da comunicação e da saúde.

Assim, um dos desafios que se coloca dentro do nosso recorte, de ordem teórica, é o de discutir o significado do paradigma que sustenta esse modelo de comunicação e tentar entender um novo paradigma ou modelo mais condizente com os princípios do SUS.

Assim podemos dar seqüência à discussão afirmando que o modelo de comunicação e informação utilizado na saúde, de modo geral, e especificamente no SUS, continua, em grande parte, atrelado ao modelo instrumental e, sem ser problematizado, tem inibido, por exemplo, a busca de teorias comunicacionais mais dialógicas e mais condizente com as interações da

vida social.

Igualmente podemos observar a forte presença desse modelo no universo midiático, principalmente em seu mister de codificar a saúde. Predomina ali a busca dos efeitos derivados dos modelos funcionalistas de comunicação.

Também nas políticas públicas de saúde prevalecem a busca e a proposição de técnicas comunicacionais visando atingir determinados objetivos definidos por um dos pólos da relação comunicacional, como o gestor, o governo, as instituições públicas e privadas. O mesmo acontece na área da participação popular (conselhos de saúde, comissões de saúde, organizações populares, profissionais ou de gestores).

Qualquer que seja o caso, a preocupação básica que norteia o modelo aqui descrito é a de obter o máximo de rendimento na transmissão das mensagens para determinados públicos e de limitar as possibilidades de negociação e a indeterminação dos sentidos, ou seja, a dimensão de alteridade que deveria acompanhar o conceito de comunicação ou da informação se o paradigma buscado é o dialógico.

Privilegia-se um tipo de discurso fortemente atrelado a uma fala central especializada e autorizada e proferida por quem tem o poder de dizer e de interpelar os atores sociais prescrevendo modos de adoecer, de morrer e de cuidar da saúde, seja na perspectiva individual seja na coletiva. No caso do discurso sobre a participação popular, a comunicação e a informação enfatizam técnicas aclamativas, prescritivas e convocatórias para diferentes segmentos que, mobilizados, podem responder às ações do discurso institucional (feedback), ou seja, do discurso competente, para usar uma expressão de Marilena Chauí (1981).

É exatamente, na direção contrária que apontam os princípios do SUS, o que nos leva ao seguinte enunciado: ao se propor e efetivar um novo modelo de saúde pelo SUS (universalidade, equidade e integralidade), simultaneamente são constituídas novas demandas teóricas, reflexivas e práticas que irão conformar e definir a performance das intervenções feitas pelas políticas públicas, e pressupõe-se que aconteça o mesmo com outros campos de conhecimento que giram em torno do campo da saúde.

Em conseqüência, ao implementar, propor e executar as políticas públicas baseadas nesses princípios filosóficos, que modelo e processos comunicacionais e informacionais são demandados ao campo comunicacional?

Provavelmente não são dos modelos tradicionais, principalmente daqueles derivados da teoria funcionalista da comunicação que reduz o seu estudo e sua prática ao emissor, receptor, meios e efeitos com a finalidade de entender ou melhorar a eficácia das mensagens.

Ora, na perspectiva do SUS, como um novo modelo de saúde, impõe-se a ele a incorporação de várias outras áreas de conhecimentos, inclusive os saberes populares e igualmente diferentes e diversas vozes que até então estavam excluídas ou inaudíveis á ordem de poder. Mas não apenas para se tornar receptivo a esses saberes e vozes, mas de torná-las efetivas no espectro político da saúde como uma nova práxis social.

Assim sendo não há lugar para se resumir a comunicação e a informação ao modelo funcionalista. Pelo contrário. E isso demanda problematizar e buscar formas de comunicação mais dialógicas, interativas e receptivas à alteridade. Aliás, essa questão se torna imperativa para se pensar o binômio Comunicação & Saúde e, conseqüentemente, se pesquisar, avaliar e propor modelos comunicacionais e informacionais condizentes com a proposta de inversão do modelo de saúde.

Cabe igualmente aos estudiosos da comunicação avaliar e apontar os obstáculos e de que maneira e por quais razões tais modelos estão presentes ou ausentes das práticas comunicacionais e informacionais do SUS.

Comunicação e participação no campo da saúde

Diante dos modelos ou paradigmas de comunicação que discutimos anteriormente, não é muito difícil constatar que a predominância da comunicação para a participação popular, como prevê o SUS, ainda é marcada muito mais pelo modelo aclamativo do que reflexivo, embora sejam visíveis os esforços dos comunicadores para fugir desse tipo de orientação.

A pergunta básica que podemos fazer aqui é a seguinte: como entender os processos de participação e mobilização social na área de saúde para além das ações do modelo aclamativo anteriormente citado?

Isso nos leva a pensar sobre os rituais da participação e como eles se tornam visíveis para os diversos atores e públicos da mobilização e como funcionam as barreiras simbólicas impostas pela hierarquia social nesse processo, dificultando ou impedindo a participação popular nas políticas públicas da saúde. Isso nos remete à pergunta: de que maneira as políticas públicas são reconhecidas pela população? Quais os alcances e os limites da comunicação e da informação utilizadas no campo da saúde? De que maneira as diferenças expressas por meio da maneira de falar e de articular conceitos e idéias ou nomear situações impedem que ocorram situações dialógicas no âmbito da saúde e na relação entre profissionais da área e a população? De que maneira os discursos autorizados e competentes se transformam em uma forma de reiteration de poder sobre a população? Qual seria a política de comunicação e de informação mais adequada para que a participação popular não fosse um mero ritual homologatório das intenções do pólo institucional ou gestor?

Não obstante tantas perguntas, avaliamos que a questão geral mais importante a responder pelos pesquisadores no campo da Comunicação & Saúde é como funcionam as instâncias de participação popular no campo da saúde e quais são as suas dificuldades, carências e tentativas de respostas aos problemas detectados e como as assimetrias interpostas nos processos interacionais determinam a percepção sobre os resultados práticos alcançados pela participação popular.

O que podemos dizer é que as instâncias de participação popular não existem ou funcionam fora de práticas discursivas constituídas por diferentes modos de produção, circulação e recepção de bens simbólicos que implicam o estabelecimento de redes internas e externas

de comunicação e de informação. O pressuposto é o de que o processo de participação e controle público ou social devem ser uma dimensão da práxis política e da social que não pode ser separado da dimensão comunicativa. Como nos diz Hanna Arendt, é por meio do discurso que os homens se fazem políticos e tudo o que fazem, sabem ou experimentam só tem sentido na medida em que pode ser discutido, atribuído os significados das coisas para eles e, segundo a autora, isso acontece porque os homens podem “falar e ser inteligíveis entre si e consigo mesmos” (ARENDR, 1993, p. 12).

Significa que nenhuma práxis política pode ser desenvolvida alheia às práticas discursivas. No entanto, essas só existem quando engendradas no contexto social e este, por sua vez, determina o poder de cada ator social nos atos discursivos ou comunicativos. Assim, o poder e/ou a característica de um dado discurso está diretamente vinculado à localização social dos interlocutores e de acordo com as competências culturais, simbólicas e políticas de que são portadores. Essas variáveis estabelecem e explicitam o elo entre a ação, o significado da ação e as relações sociais gerando o que Paulo Freire chama de práxis.

Isto quer dizer que não existe ação social isolada de uma forma qualquer de comunicação. É o que leva Bakhtin a afirmar que os discursos, como elementos centrais da comunicação, estão presentes em todo ato consciente, em todo ato de compreensão e em todos os atos de interpretação (BAKHTIN, 1981).

As proposições de Bakhtin e Freire podem ser relacionadas com a análise de Arendt em relação ao espaço público. Assim, se considerarmos que a participação popular e o exercício do controle social feito pelos conselhos de saúde ocorrem no espaço público. Esse exercício tem como contrapartida fundamental a idéia de que a visibilidade e o compartilhamento do que é público deve estar baseado na premissa de Hanna Arendt ao afirmar que tudo o que vem a público pode ser visto, ouvido e comentado por todos (ARENDR, 1993). Sem visibilidade e compartilhamento não há projeto político ou ação pública, porque ser visto e ouvido pluralmente (diversidade de opiniões e de interpretações) pelos outros é uma forma de constituição da realidade e uma forma de direcionar a ação social e de garantir a participação popular.

O debate é a expressão da pluralidade e uma forma de ação e de esforço para a emergência do que é público como expressão da potencialidade de os homens agirem em conjunto. Por essa razão, o poder não pode prescindir da palavra e do diálogo, ou seja, da comunicação, para construir e interferir no espaço público e organizar politicamente os interesses coletivos.

Para um processo social com essas características, é necessário pensar processos equivalentes de comunicação que levem em conta, como já dizia Paulo Freire, a presença ativa e curiosa dos sujeitos na construção, admiração e readmiração do mundo, isto é, de um mundo que não seja estranho a eles (alienação). Para isso defende que a comunicação verdadeiramente democrática e passível de tornar o homem responsável pelo seu próprio destino, e capaz de problematizar o mundo, se dê por meio da relação dialógica em que “todo ato de pensar exige um sujeito que pensa, um objeto pensado, que mediatiza o primeiro sujeito do segundo, e a comunicação entre ambos, que se dá entre signos lingüísticos” (FREIRE, 1971, p. 66).

No entanto, Freire lembra que o ato comunicativo eficiente se dá apenas quando os

sujeitos são reciprocamente comunicantes e é necessário que a comunicação seja percebida dentro de um quadro significativo comum ao outro sujeito: “Se não há este acordo em torno dos signos como expressões do objeto significado, não pode haver compreensão entre os sujeitos, o que impossibilita a comunicação”. (FREIRE, 1971, p. 68).

Dessa reflexão, podemos deduzir que o exercício da participação popular e do controle público (que envolve a participação) só pode ocorrer em um determinado campo cultural ou político em que existam informações disponíveis e a capacidade dos atores sociais que ali atuam em interpretar e atribuir novos sentidos a elas (alteridade), o que contraria a idéia da teoria instrumental da comunicação e da informação. O pressuposto é o de que os indivíduos são capazes de transformar determinados estímulos informacionais e comunicacionais em formas cognitivas, tanto para conhecer a realidade que os cerca quanto para agir sobre ela, o que gera uma forma particular de percepção sobre os acontecimentos que ocorrem nesse ambiente.

Essa questão faz parte daquilo que Berger e Luckmann assinalam como um processo intersubjetivo no qual os indivíduos produzem e constroem significados por meio de várias formas de interação social cujo resultado mais visível é a produção de regras institucionais, organizacionais e procedimentais que justificam ou invocam uma determinada ação. Esse processo, que podemos chamar de reflexividade é uma das maneiras que os indivíduos têm para atribuir sentido à ação e ao mundo cotidiano em que estão envolvidos. (BERGER; LUCKMANN, 1985).

O processo comunicacional daí originário tanto pode ser determinado quanto alterado pelas redes de poder que sobre ele atuam, lembrando que os indivíduos agem e interagem a partir de diferentes situações e inserções nas situações vivenciadas. Mas o alcance ou o limite dessa ação depende muito da posse de diferentes recursos materiais, simbólicos e discursivos. Assim, por exemplo, quando os indivíduos entram em uma relação de conflito essas variáveis aparecem de maneira mais cristalina, assim como as evidências de que alguns têm mais recursos que os outros, inclusive para alterar, substantivamente, determinadas situações.

Essa questão pode ser observada, por exemplo, pela dinâmica dos conselhos de saúde com o conselheiro-usuário. Este é, muitas vezes, originário de uma camada popular ou de uma comunidade rural e, ao chegar ao conselho, traz consigo tanto os traços culturais dessa origem quanto as marcas e os distintivos ideológicos presentes em seu horizonte histórico e perceptivo, como o capital e a competência cultural que possui (educação, embaraço/desembaraço com as regras da linguagem) que tanto podem aproximá-lo quanto distanciá-lo das questões colocadas nas pautas dos conselhos de saúde.

Significa dizer que os papéis sociais e as formas de percepção, tanto no sentido vertical (hierarquia e competência simbólica) quanto horizontal (identificação por segmento e competência simbólica) influenciam e determinam o grau de participação dos membros dos conselhos de saúde ou em qualquer instância em que diferentes atores sociais são também portadores de diferentes forças simbólicas (econômica, cultural ou política). Em primeiro

lugar, porque a participação se dá através de uma forma de construção social (percepção, valoração e formas de expressão) como resultado do processo interacional que acontece entre os indivíduos. Em segundo lugar, porque cada membro do grupo faz uma interpretação pessoal de cada situação, como uma construção cognitiva, onde os papéis sociais e os fatos requerem uma interpretação ativa por sua parte, tanto para agir quanto para se retrair diante das questões colocadas pelo ambiente social.

Acreditamos que essas questões estão diretamente relacionadas, com os diferentes repertórios discursivos presentes nas instâncias de participação popular em que coexistem diferentes contextos comunicativos que interferem significativamente na produção, circulação e recepção de mensagens, como a diversidade sociocultural que marca a ação e a prática discursiva dos segmentos. Em outras palavras, estamos diante de relações de poder presididas por diferentes formas de competência, como a do saber, a do poder dizer e saber a do dizer e a do poder fazer que determinam a práxis discursiva.

A percepção das pessoas nesses processos depende de sua competência simbólica, das situações ou desafios concretos nos quais se envolvem nos conselhos e das possibilidades de subversão das relações assimétricas, das condições de funcionamento do conselho e da disposição política para o diálogo ou o estabelecimento democrático de consensos, entre outras coisas.

Os papéis sociais, as formas de percepção e o capital simbólico de cada um ou de cada segmento influenciam e determinam o grau de participação de cada um. Em primeiro lugar porque a participação demanda formas de percepção e de expressão cujos valores oscilam de acordo com o lugar e o capital simbólico de cada participante. Em segundo lugar, porque, individualmente, cada membro do grupo faz uma interpretação pessoal de cada situação a partir da percepção que um ator social tem do outro, percepção que irá depender dos tipos de interações ali existentes, ou seja, se são mais ou menos simétricas. Obviamente que isso se torna limitado se levarmos em conta a predominância das relações sociais assimétricas no Brasil.

Daí que se faz necessário estudar os diferentes mecanismos e as políticas de participação do SUS para entender os obstáculos, os alcances e os limites comunicacionais e informacionais que dificultam a participação popular e, simultaneamente, o exercício do controle público e da cidadania, como princípios caros ao novo sistema de saúde e parte das proposições pela democratização do Estado. Compreendemos também que o exercício do controle público e da participação popular ocorre em várias instâncias da sociedade, como as associações profissionais da área, as associações dos usuários, o Ministério Público e por intermédio dos conselhos de saúde, envolvendo milhões de cidadãos em todo o País.

A mediação da saúde

Partimos do princípio de que os conceitos de comunicação e informação, conforme discutimos anteriormente, não podem ser entendidos à margem do contexto social e do contexto

de emergência de novas tecnologias, principalmente por aquelas que conformam o universo midiático. Esses contextos estão diretamente relacionados com aquilo que Muniz Sodré chamou de elites logotécnicas especializadas (jornalistas, radialistas, publicitários, etc.) que constituem um campo de conhecimento voltado para o gerenciamento e a produção discursiva da sociedade. Como resultado dessa articulação sobre a ordem discursiva da sociedade, a mídia, por exemplo, assume o papel de intelectual coletivo por meio de seus profissionais, que se tornam uma elite especializada na retórica elaboradora do discurso público, como uma espécie de grupo técnico da imaginação, responsável pela absorção, reelaboração e retransmissão de um imaginário coletivo atuante nas representações sociais (SODRÉ, 1999, p. 244).

Não é por outra razão que o Estado, os governos, as instituições sociais, os movimentos sociais e comunitários e as empresas agem com diferentes propósitos, intensidade e resultados em relação ao campo comunicacional e informacional. Cada um busca atuar pedagógica ou politicamente para disseminar valores, divulgar informações administrativas ou influenciar a opinião pública, intervir em espaços de conflitos, promover formas de cooperação social, mobilização, solidariedade ou disseminação de ideologias.

Para isso, investem no recrutamento e na capacitação de profissionais, setor ou empresas especializadas de comunicação para promover diferentes estratégias de mobilização e de influência comportamental de seus públicos-alvo. Nas empresas privadas, os públicos internos são estimulados a desenvolver e a fortalecer a coesão grupal e identitária, o espírito empreendedor (estímulo à criatividade e espírito de equipe, senso de iniciativa, engajamento, responsabilidade e competência) em nome dos ideais da empresa ou instituição a que estão ligados.

Já para os públicos externos, as estratégias de comunicação se tornam vitais e são voltadas tanto para influenciar diretamente estes públicos quanto para interferir na agenda do campo midiático, estratégias desenvolvidas por profissionais da comunicação, sendo que muitos são recrutados no próprio campo midiático por serem detentores de credibilidade no campo ou pelo profundo conhecimento acerca de seu funcionamento.

As questões apontadas indicam a centralidade da comunicação e da informação na sociedade moderna e, pensando no paradigma republicano, a midiaticização da saúde implicaria, pelo menos em tese, ampliar o espectro democrático da visibilidade pública e contribuir para possibilitar aos cidadãos formas de informação e compartilhamento sobre a coisa pública (res publica) no sentido de que esta seja entendida tanto nos princípios constitucionais quanto nos escopos teóricos de autores como Hanna Arendt ou Jürgen Habermas onde a publicidade tem a ver mais com o deixar-se ver do que o de vender, ou seja, em oposição à tendência mercantilista da mídia.

Do ponto de vista da produção midiática em saúde as investigações têm mostrado que as mensagens no campo da saúde apontam para a conformação de determinados padrões contemporâneos de saúde que se desdobram em prescrições de padrões comportamentais de estética corporal, formas de comer, viver, amar e cuidar da saúde. Os conteúdos esteticamente organizados criam ideais de consumo, de cuidados e formas de modelagem do corpo e atualiza, de forma popular, as tecnologias e os sentidos sobre a saúde na vida moderna.

Isso ocorre graças a uma complexa rede de interação entre o setor fármaco-industrial, os peritos da saúde, os profissionais midiáticos e os consumidores que se mobilizam na promoção da saúde, em boa parte originada de impulsos mercadológicos que se manifestam nas mensagens do campo midiático.

Mas também o campo midiático é acionado como instância de realização das políticas públicas ao disponibilizar informações, sugerir comportamentos e buscar resultados preconizados a partir das lógicas informacionais aqui discutidas.

Isso nos estimula e obriga a pensar em estudos que possam avaliar e melhor entender a complexidade da relação entre mídia e saúde, tendo em vista a centralidade que a primeira ocupa na constituição dos imaginários sociais sobre a segunda. Por exemplo, de que maneira ocorrem e quais os efeitos e as possibilidades interativas sobre os processos midiáticos constitutivos da agenda pública (Agenda-Setting) que indicam o que é relevante e quais são ações esperadas do público ou dos indivíduos a respeito da saúde?

Por outro lado sabemos que a relação entre a mídia é intensa, multifacetada e contraditória. Como espaço de disseminação de discursos, muitas vezes o conflito social ali se mostra presente e, na opinião de muitos, exibe uma tensão permanente sobre o universo dos empreendimentos da saúde privada e o da saúde pública, mas coincidentemente ou não, sempre tendendo para o primeiro.

Na maior parte das vezes, por razões técnicas ou ideológicas, ela se vale muito mais do modelo instrumental ou informacional de comunicação, conforme discutimos anteriormente, do que de possíveis modelos mais interativos. No entanto, muitas vezes é a única possibilidade de comunicação mobilizadora, abrangente e rápida, sendo espaço de circulação das muitas mensagens produzidas pela saúde (sobretudo campanhas). Por causa disso, por um lado, o espaço midiático torna-se um lugar privilegiado para a disseminação de mensagens de saúde, mas, por outro lado, de embates por diversas formas de poder simbólico ou de estratégias políticas. (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 99).

Sendo assim, o que se coloca como desafio para se pensar a Saúde & a Mídia é como pautar diferentemente a mídia multifacetada para o novo paradigma da saúde representado pelo SUS para que ela também possa compartilhar a lógica de inversão do modelo de saúde?

Talvez aqui valha a pena também pensar quais são as expectativas e os papéis esperados pelas instâncias de saúde com relação à mídia e avaliar, simultaneamente, que concepções, imagens e mensagens repassam à mídia e a seus respectivos profissionais. Por exemplo, será que a campanha nacional de luta contra a dengue codificada pela mídia é muito diferente da concepção oficial dessa mesma campanha? Ou, de que maneira os conteúdos e as estéticas midiáticas constituem imaginários e ações efetivas por parte do público (efeitos)? De que maneira o contexto cultural e social filtram, interpretam e reelaboram suas mensagens?

Coloca-se ainda também o desafio de como estudar e proceder com relação às mídias alternativas ou comunitárias (rádios, TVs, boletins, internet) cuja complexidade, importância e quantidade não devem ser subestimadas em termos de produção de sentidos e constituição da

agenda pública em relação à saúde. Significa hoje incorporar aos estudos da comunicação a análise sobre esses novos desenhos e processos midiáticos para entender as suas possibilidades e limites de sua relevância para a produção de sentidos sobre a saúde.

Conclusão

Os desafios apontados no decorrer deste artigo apontou para a necessidade de se pesquisar e avaliar os contextos de produção, circulação e apropriação da comunicação no campo da saúde em diversas situações sob a perspectiva do SUS.

Sinalizou ainda a necessidade de melhor entender de que maneira a comunicação reitera e produz novos sentidos sobre a saúde.

Por outro lado, suscitamos em nossa análise também a importância de que a comunicação para a saúde seja definida no contexto do SUS e em consonância com seus princípios filosóficos em que, entre eles, está o da polifonia social, ou seja, de saber de que maneira funcionam os múltiplos fluxos informacionais e canais de comunicação de que a população dispõe ou cria para obter e fazer circular as informações de seu interesse e reconfigurar o seu lugar de interlocução que lhe é atribuído pelas instituições de saúde e qual a efetividade dessa interlocução (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Isso nos remete para o desafio metodológico da comunicação, que é o de converter os conceitos de polifonia e de interlocução em método de pesquisa e, simultaneamente, fazer com que as informações postas em circulação sejam fator de mudanças que permitam de fato o diálogo social no campo da saúde.

Referências

- ADRIANA, Santos. Plano de comunicação da ESP-MG para o fortalecimento do SUS e incentivo à cultura de paz e não violência. Monografia de conclusão de curso, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2008.
- ARENDT, H. A condição humana. Tradução de Roberto Raposo; posfácio de Celso Lafer. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Univesitária, 1993.
- BAKHTIN, Mikhail (Volichinov). Marxismo e filosofia da linguagem. Tradução de Michel Lahud e Yara Frateschi Vieira. São Paulo: Hucitec, 1981.
- BERGER, P. & LUCKMANN, T. A construção da realidade. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1985.
- CAPRA, Fritjof. O ponto de mutação. São Paulo: Ed/Cultrix, 1982.
- CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, Sonia, (org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Editora Lemos Editorial, 1997.
- CHAUI, Marilena. Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas. 2. ed. São Paulo: Ed. Moderna, 1981.

FREIRE, Paulo. Extensão ou comunicação? Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971

GOFFMAN, Erving. A representação do eu na vida cotidiana. Tradução de Maria Célia Santos Raposo. 7. ed. Petrópolis:Vozes, 1985.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, Informação e Ação Social. In: Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000. p. 65-74

PITTA, A. M. (org.). Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1996

SODRÉ, Muniz. A verdade seduzida: por um conceito de cultura no Brasil. Rio de Janeiro: Codecri, 1983

SPINK, M. J.; MEDRADO, Benedito. A produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Corez, 1999.

TORO, José Bernardo; WERNECK, Nísia Maria Duarte. Mobilização social: um modo de construir a democracia e a participação. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, Recursos Hídricos e Amazônia Legal; Secretaria de Recursos Hídricos; Associação Brasileira de Ensino Agrícola Superior – ABEAS, UNICEF, 1996, 104 .

FORÇA E IMPULSO PARA VIVER À ALTURA DE UM IDEAL

Juliana Braga

Todo ano, Médicos Sem Fronteiras envia mais de 2.500 médicos, enfermeiros e outros profissionais a mais de 80 países, onde cooperam com 15 mil profissionais locais.

Eles vão aonde são maiores a necessidade, o sofrimento e a desesperança, muitas vezes de natureza catastrófica, sejam as catástrofes de origem humana ou natural. Nós os encontramos mundo afora, nos incontáveis campos de refugiados, bem como entre camponeses chineses, prisioneiros russos ou entre os moradores de favelas das modernas cidades ocidentais. Estão presentes também em grande número na África – o continente esquecido. [...]

Um aspecto característico de Médicos Sem Fronteiras é que combina em seu trabalho, mais claramente do que qualquer outra organização, os dois critérios mencionados: ajuda humanitária e ação em favor dos direitos humanos. Faz isso insistindo em seu direito de convocar a opinião pública e apontar as causas das catástrofes produzidas pelo homem, notadamente, quebras dos direitos mais fundamentais. [...]

Um grande número de organizações de ajuda humanitária ao redor do mundo se empenha, larga e generosamente, em aliviar o sofrimento. Todas merecem nossa gratidão e atenção. Médicos Sem Fronteiras tem um perfil que a destaca, e consegue preservar muitas de suas virtudes originais. Frequentemente, são eles os primeiros a chegar ao local de um desastre. A organização continua permeada pelo idealismo e pela disposição de correr grandes riscos. Manteve sua independência e procura sistematicamente chamar a atenção para casos de violação e desamparo. Lembremo-nos, finalmente, de que não importa quão caótica possa ser uma situação, ou quão difíceis sejam as escolhas encaradas, uma consideração é primordial: é preciso reduzir o desespero e o sofrimento. Médicos Sem Fronteiras oferece assistência profissional eficaz a pessoas que sofrem ou passam necessidades. A organização representa uma mão estendida além das

fronteiras, em meio aos conflitos e dentro do caos político. É por nunca fazer concessões quanto a esse princípio que se alcançam legitimidade externa e inspiração interna. [...] É esse esforço abnegado que homenageamos aqui hoje.

Com esse discurso, Francis Sejerstad, presidente da Comissão do Prêmio Nobel, apresentou a organização na cerimônia de entrega do Prêmio Nobel da Paz, realizada no dia 10 de dezembro de 1999. A premiação foi um belo reconhecimento do trabalho desenvolvido pela organização desde 1971.

A Médicos Sem Fronteiras (MSF) foi criado por um grupo de jovens médicos e jornalistas que, em sua maioria, tinham atuado como voluntários na guerra de Biafra, no fim dos anos 1960. Enquanto trabalhavam para socorrer as vítimas do conflito, eles perceberam que as limitações da ajuda humanitária internacional da época eram fatais. Para tratar dos doentes e feridos era preciso esperar por um entendimento entre as partes em conflito ou pela autorização oficial das autoridades locais. Além do emperramento burocrático, os grupos de ajuda humanitária não se manifestavam diante dos fatos testemunhados.

Em 1971, o sentimento de frustração desse grupo e a vontade de assistir às populações mais necessitadas de modo rápido e eficiente deram origem à organização Médicos Sem Fronteiras. A organização surgiu com o objetivo de levar cuidados de saúde para quem mais precisa, independentemente de interesses políticos, raça, credo ou nacionalidade. No ano seguinte, a MSF fez sua primeira intervenção, na Nicarágua, após um terremoto que devastou o país. Hoje, mais de 22 mil profissionais trabalham com a Médicos Sem Fronteiras em mais de 60 países.

No Brasil, a organização chegou em 1991, para tratar de uma epidemia de cólera na Amazônia. Deste então, já realizou diversos projetos em todo o País e hoje possui uma unidade de pronto-atendimento no Complexo do Alemão, grupo de 13 comunidades carentes do Rio de Janeiro, além de oficinas de capacitação para profissionais de saúde que atuam em gestão de risco, para os que lidam com população em situação de rua e de treinamento para detecção da doença de Chagas na região amazônica.

Quando há uma guerra, irrompe uma epidemia ou ocorre uma catástrofe, são nesses momentos que as pessoas mais precisam de cuidados e apoio. Onde ninguém mais pode ou quer estar – é lá que a Médicos Sem Fronteiras (MSF) trabalha para salvar vidas.

Muitas vezes, a MSF é a primeira organização de ajuda humanitária a chegar ao lugar atingido – uma velocidade na resposta que é vital em condições de emergência. Quanto mais rápida for a resposta a uma crise, mais vidas serão salvas.

Porque o desastre não espera.

É um compromisso da organização estar sempre pronta para dar resposta a qualquer tipo de emergência humanitária, em qualquer parte do mundo, no menor espaço de tempo e da maneira mais eficaz possível.

Na prática, a preparação para emergências consiste em primeiro lugar no monitoramento e na manutenção de estoques, tanto nas centrais da Europa quanto nos países onde se suspeita que as emergências possam acontecer. Por exemplo, a MSF mantém, na capital de países onde a cólera ou a meningite são recorrentes, um estoque de materiais, em números condizentes com a gravidade das crises.

Essa experiência, MSF adquiriu ao longo dos seus 35 anos de trabalho. Cada peça do material de emergência é catalogada, e há guias e manuais de uso e manuseio para tudo o que se leva para o país afetado.

Além disso, as cinco sedes operacionais na Europa mantêm Unidades de Emergência: um grupo de pessoas que monitora todas as chances de emergência humanitária no mundo e se prepara para responder o mais rápido e adequadamente possível. Como MSF está em cerca de 70 países, é muito provável, quando uma emergência humanitária começa, que suas equipes já estejam no país atingido ou em um dos países vizinhos.

A equipe logística da MSF tem uma missão: entregar todo o necessário, onde e quando é necessário. Por isso, logo que chega a um país, a MSF faz um levantamento de todas as possibilidades e disponibilidades de transportes existentes. Se houver pista de pouso, usa-se um avião. Se de avião for impossível, usam-se helicópteros. Se o único caminho for via mar ou rios, arrumam-se barcos adequados. Seja como for, sempre se buscam meios para levar o socorro – nem que seja de moto, de bicicleta, em canoa, ou mesmo em lombo de camelo

MSF em campo: tipos de situação e modos de ação

“Em campo ou no campo.” É assim que toda a equipe da MSF se refere ao trabalho na linha de frente, nos locais afetados, com as pessoas que precisam de atendimento.

Esse trabalho tem sempre dois aspectos simultâneos e indissociáveis: assistência e testemunho. A assistência é o atendimento propriamente dito: prestar socorro, aliviar o sofrimento, recuperar a dignidade das pessoas em nome da ética e da prática médicas. O testemunho acontece quando a assistência médica não é suficiente para salvar vidas. Frequentemente, a MSF toma a palavra para sensibilizar a opinião pública sobre um determinado contexto ou para denunciar as conseqüências humanitárias de conflitos armados, as crises humanitárias provocadas ou consentidas por razões políticas ou militares ou a inação de governos ou da comunidade internacional.

A MSF associa socorro médico e testemunho em favor das populações em risco. Porque, se a palavra nem sempre é suficiente para salvar vidas, o silêncio com certeza mata.

Tipos de situação

A MSF está presente onde a saúde e a sobrevivência das populações são ameaçadas e há pouca ou nenhuma assistência médica disponível. Neste artigo, as situações estão separadas

para facilitar a compreensão, mas, quando a equipe está no campo, é comum que várias aconteçam ao mesmo tempo, umas como consequência das outras.

- Conflitos armados, deslocamentos de população e catástrofes naturais: são situações de emergência, que exigem resposta rápida para contornar a desestruturação repentina das condições médico-humanitárias de uma sociedade. Normalmente são projetos de curto prazo que atendem à população afetada, especialmente pessoas sem nenhuma assistência. Porém, no caso dos conflitos crônicos e do trabalho com refugiados, os projetos da MSF duram o tempo que persistirem as necessidades humanitárias das populações afetadas.
- Fome, epidemias e doenças negligenciadas: situações de emergência ou estáveis, que exigem assistência médica específica. No caso da fome, MSF monta projetos para controlar a desnutrição moderada e tratar a desnutrição severa. As epidemias mais frequentes são de cólera, sarampo, malária, meningite e febre amarela. Programas para prevenir e tratar doenças como leishmaniose, doença do sono, tuberculose ou doença de Chagas, consideradas negligenciadas, devido aos poucos recursos disponíveis para diagnóstico e tratamento, também fazem parte das atividades de MSF.

Modos de ação

Situações de emergência, frequentemente, significam o caos. Na maioria das vezes, a infra-estrutura do local atingido não existe ou está inutilizada: as estradas estão destruídas ou minadas; os hospitais estão paralisados; falta energia para os equipamentos; falta óleo para os geradores; faltam profissionais aptos a trabalhar; falta água; falta saneamento. Tudo isso agrava as condições de saúde da população que, já vulnerável, fica exposta a fome e epidemias. A ação de MSF visa a cada um desses problemas.

- Atendimento a doentes e feridos: essa é a base de todo o trabalho da MSF. Equipes experientes diagnosticam os casos, definem e providenciam tratamento e asseguram o suprimento de medicamentos e material médico-cirúrgico. Quando necessário, a MSF estabelece programas específicos para combater doenças como a tuberculose, doença do sono e malária. Em situações de conflito armado, a MSF atende a feridos e faz cirurgias.
- Alimentação e nutrição: vítimas de conflitos armados e catástrofes muitas vezes sofrem de fome e desnutrição, pois a terra não pode ser trabalhada e o fornecimento de alimentos também é prejudicado. A MSF monitora a situação alimentar e estabelece centros de nutrição terapêutica onde ficam internadas crianças em estado crítico. Há também centros de nutrição suplementar, para crianças menos debilitadas, mulheres grávidas e lactantes.
- Saúde materno-infantil: grupos mais vulneráveis em situações de emergência, mulheres e crianças recebem cuidados especiais, com alimentação especial, assistência pré-natal,

planejamento familiar, campanhas de vacinação e educação para a saúde.

- Campanhas de vacinação: com a infra-estrutura de saneamento destruída e pessoas enfraquecidas por falta de alimentação, é comum o surgimento de epidemias de doenças contagiosas como febre amarela, meningite e sarampo. Por isso é fundamental promover campanhas de vacinação em massa.
- Tratamento e prevenção do HIV/Aids: A MSF mantém programas de tratamento de soropositivos em 30 países, assistindo gratuitamente 60 mil pessoas com HIV/Aids. Além do tratamento, a MSF desenvolve atividades de prevenção da transmissão de mãe para filho e sensibilização, teste e aconselhamento da população em geral. O trabalho de campo de MSF no combate e tratamento do HIV/Aids é reforçado pela Campanha de Acesso a Medicamentos Essenciais, que a organização criou em 1999.
- Assistência psicológica: depois de viver verdadeiros horrores, passar fome, perder casa e pertences, de ver morrerem família e amigos, presenciar e sofrer violência extrema, é de se esperar que as pessoas fiquem profundamente traumatizadas. Os sintomas incluem insônia, dores de cabeça, agressividade, inquietação. Torna-se muito difícil para elas reagir e reconstruir a casa, a cidade, a vida. Dessa forma, a MSF mantém programas de saúde mental e assistência psicológica em um número cada vez maior de projetos.
- Outras atividades: Como suporte a seus projetos, MSF também desenvolve atividades de água e saneamento, ajuda na recuperação de hospitais e clínicas, e contribui para treinamento e supervisão de pessoal médico.

Princípios de ação

Toda e qualquer ação realizada pela Médicos Sem Fronteiras são regidas pelos princípios abaixo:

- Neutralidade: Em situações de conflito armado, a MSF mantém-se neutra quanto ao conflito ou às partes do mesmo. A Médicos Sem Fronteiras leva socorro aos civis, independentemente de que lado do conflito se encontrem.
- Imparcialidade: A MSF leva ajuda humanitária às populações que dela necessitam, sem discriminação de natureza étnica, política, religiosa ou econômica. A ajuda prestada é sempre proporcional às necessidades, e os recursos são destinados de acordo com a urgência da necessidade a ser suprida.
- Independência: A MSF atua em total independência de poderes políticos, militares, econômicos ou religiosos. Essa liberdade de ação só é possível graças à independência financeira da organização. Uma grande rede internacional de doadores está por trás dessa independência. São pessoas de todo o mundo que apóiam o ideal humanitário e garantem a continuidade dos projetos de MSF.
- Universalidade: O ideal humanitário é um princípio universal. A ação humanitária não pode ser detida por fronteiras, nem físicas, nem ideológicas. Todo o ser humano

tem direito a socorro, sem discriminação de nacionalidade, etnia, sexo ou convicções políticas.

- **Transparência:** É um compromisso com os doadores e com as necessidades das populações atendidas. A MSF aplica no mínimo 80% dos fundos no exercício da sua missão: os projetos de ajuda propriamente ditos e a sensibilização sobre a realidade dos países onde trabalha.

Para realizar tantas intervenções, Médicos Sem Fronteiras conta majoritariamente com recursos provenientes de doações privadas. São indivíduos de vários países do mundo que contribuem para que ela possa continuar desenvolvendo seu trabalho com as pessoas que precisam. Isso nos dá liberdade para levar ajuda humanitária aonde e quando necessário e permite manter a independência de interesses políticos, econômicos e religiosos de seus membros. Somente no Brasil, cerca de 40 mil pessoas contribuem para organização.

Do total de recursos arrecadados, 83% vão direto para projetos: são usados para compra de medicamentos, equipamentos, abrigos, tratamento da água, etc; 11% são empregados para conseguir mais apoio de doadores e 6% cobrem os custos de administração.

Desde a sua criação, os projetos de MSF seguem princípios e valores humanitários que norteiam o trabalho da organização. São eles que permitem que prevaleça sempre o ideal universalista da ajuda humanitária.

MINISTÉRIO PÚBLICO E DIREITOS HUMANOS: A CONSTRUÇÃO PERMANENTE

Antônio Joaquim Fernandes Neto

Sob o signo da historicidade, a Escola de Saúde nos convida a refletir sobre o Ministério Público e a realização dos Direitos Humanos nos 20 anos do SUS e da Constituição da República. O ano de 1988 viu nascer uma nova instituição, uma instituição comprometida com o regime democrático e a promoção dos interesses sociais. Naquele mesmo ato nascia o Sistema Único de Saúde, o SUS. Em tal contexto, a pergunta que lançamos tem como objeto os Direitos Humanos. No vasto leque de atribuições que o Ministério Público passou a desempenhar por força do novo perfil constitucional é possível identificar um cerne, um núcleo, um ponto de convergência? Em caso positivo, qual seria essa essência? Os Direitos Humanos? Que critérios devem orientar nossas ações em prol da promoção de tais direitos?

Em poucas palavras, a intenção destas linhas é rever o contexto no qual forjou-se o atual Ministério Público brasileiro, sua evolução nos últimos 20 anos e as perspectivas futuras; refletir sobre a decisão do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais do Ministério Público dos Estados e da União (CNPGE), que unificou suas comissões permanentes em um Grupo Nacional de Direitos Humanos e aprovou um plano de atuação bienal elegendo as prioridades institucionais para os anos 2008/2009 e, finalmente, propor o desenvolvimento de ações orientadas pela promoção dos Direitos Humanos em todas as áreas de atuação.

Historicamente nos construímos

Um dos mais importantes elementos para a análise dos contextos em que se desenvolve qualquer atividade é a historicidade. Tanto o perfil institucional desenhado para o Ministério Público brasileiro quanto sua difícil implementação, que segue inacabada, foram resultado de lutas, fruto do incansável trabalho de promotores e procuradores de justiça em defesa de interesses da coletividade e dos valores que orientam nossa Constituição, da cidadania, da dignidade da pessoa humana, da redução de desigualdades. Da mesma forma, os Direitos Humanos, como os entendemos, constitui o resultado de conflitos de poder que resultaram na vitória “de uns sobre outros”, situação que nos legitima para continuar na luta contra todas as formas de discriminação, opressão e exploração. Na visão crítica do professor Joaquín Herrera Flores, historiar é humanizar, “e nada do humano é estático ou procede de alguma

ordem transcendental. Historicamente nos construímos, logo somos”¹.

No Brasil, desde o século XIX o Ministério Público foi definido como defensor da sociedade. E vem evoluindo: da tutela criminal da vida, da integridade psíquica e corporal, e de outros valores, característica comum às instituições assemelhadas, passou a atuar de forma preventiva e reparatória, no âmbito civil, promovendo ações coletivas em defesa da saúde, do meio ambiente, do consumidor, da infância e juventude, da probidade administrativa, entre outros. Até a Constituição Federal de 1988 a atuação do Promotor de Justiça na área cível era caracterizada pela defesa de interesses individuais marcados pela influência de uma legislação liberal e burguesa, notadamente nas causas envolvendo família e propriedade privada.

Anos de chumbo

O novo Ministério Público forjou-se no caldeirão de lutas contra a ditadura. Enquanto a Europa gritava “é proibido proibir”, em 1968 os ditadores brasileiros suprimiram as liberdades democráticas com o Ato Institucional Número 5 de 13 de dezembro. Desde então, até meados da década de 1970, a preocupação com Direitos Humanos no Brasil teve como foco a luta contra a tortura de presos políticos. No período seguinte, conforme a leitura de José Reinaldo de Lima Lopes, soma-se à defesa da integridade física dos encarcerados a luta por direitos de cidadania política com as campanhas pela anistia e contra a lei de segurança nacional, “o apoio aos movimentos sindicais e às greves do ABC paulista”. Na década de 1980, conforme a visão do professor da USP, a bandeira dos Direitos Humanos identifica a mobilização visando a ampliação da democracia e da conquista de direitos econômicos e sociais para todos

[...] ao trabalho (na recessão de 1981-1984 os índices de desemprego ultrapassavam os 14% da população economicamente ativa), à saúde e à educação, à moradia, à vida, e à integridade física. Neste último caso, tratava-se, ou trata-se até hoje, (a) da defesa do preso comum (o preso pobre, naturalmente), e (b) dos lares pobres (direito à não invasão dos barracos nas favelas, por exemplo). Deste período também é a retomada da campanha pela reforma agrária.²

No âmbito do Ministério Público, a mudança no perfil institucional começou durante os anos de ditadura militar. A Emenda Constitucional n. 7, de 1977, determinou que a organização do Ministério Público seria definida em uma lei orgânica e deflagrou o processo que resultou na edição da Lei Complementar n. 40, de 1981. Naquele mesmo ano, verdadeiro ponto de

¹ FLORES, Joaquín Herrera. Hacia una vision compleja de los Derechos Humanos. In: FLORES, Joaquín Herrera (Coord.) El vuelo de Anteo: derechos humanos y crítica de la razón liberal. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2000, p. 60.

² LOPES, José Reinaldo de Lima. Direitos sociais: teoria e prática. São Paulo: Método, 2006, p. 36.

³ LOPES, José Reinaldo de Lima, 2006, p. 42-44.

inflexão na definição do Parquet, a Lei n. 6.938 estabeleceu a Política Nacional do Meio Ambiente, inovando, em matéria processual, ao permitir a tutela de interesses coletivos. A mudança ganhou corpo em 1985 com a Lei da Ação Civil Pública e tornou-se irreversível com a incorporação da tutela, pelo MP, dos interesses difusos e coletivos, no texto da Constituição Federal de 1988. A instituição assumiu o encargo de defender o regime democrático e os interesses sociais, promover a implementação dos direitos fundamentais e participar da realização dos objetivos da república: construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

O consenso neoliberal

Lamentavelmente, a vigência da nova Constituição coincide com o final da Guerra Fria (1989) e o início de uma nova etapa do capitalismo mundial com a aprovação das diretrizes neoliberais no Consenso de Washington (1990). A ordem, imposta pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial e o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos, determinava contenção nos gastos públicos, privatização de empresas estatais e afrouxamento de leis econômicas e trabalhistas. No Brasil, a economia permanecia sob efeito de forte recessão e descontrolado processo inflacionário, situação que tornava difícil a implementação de direitos sociais na forma definida pelo legislador constituinte.

Apesar das restrições impostas, os movimentos em defesa dos Direitos Humanos e importantes lideranças do Ministério Público brasileiro persistiram na luta e avançaram com o processo de renovação intervindo nos debates que geraram a aprovação de importantes marcos normativos. Assim, em 1990 foram aprovados o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Código do Consumidor. As promotorias de defesa do meio ambiente ganharam novo alento com a realização, em 1992, da Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (ECO-92) e a aprovação da Agenda 21, programa de ação comprometido com um padrão de desenvolvimento ambientalmente racional. A defesa do patrimônio público ganhou impulso com a simbólica atuação do Procurador-Geral da República no impeachment do ex-presidente Fernando Collor. Na área da defesa do consumidor o impulso vem em 1994, com a estabilização monetária alcançada com o Plano Real e a rápida ampliação do mercado.

Ainda sob o impulso da nova ordem constitucional e do fortalecimento de movimentos ligados à promoção dos Direitos Humanos, o Ministério Público prosseguiu ampliando sua atuação em defesa de interesses sociais, em moldes individuais, difusos e coletivos. A saúde, direito social de primeira grandeza, passou a merecer atenção dos promotores e procuradores de justiça nos meados da década de 1970. Na 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, restou decidido que os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde deveriam exigir do Ministério Público a defesa do SUS “e das demais políticas que atuam na ampliação e manutenção da qualidade de vida da população”, bem como a criação de Promotorias de

Saúde, sugerindo algumas linhas para a ação institucional. O Estado de Minas Gerais respondeu depressa e foi pioneiro na institucionalização das Promotorias da Saúde, antecipando-se à Carta de Palmas, produzida em 1998 pela chefia do Ministério Público brasileiro, na qual foram definidas as diretrizes da ação institucional em defesa do Sistema Único de Saúde.

Emancipação e Direitos Humanos

Todas essas iniciativas, assim como a crescente atuação institucional em defesa dos deficientes e idosos, contra a violência doméstica e contra todas as formas de exploração e opressão caracterizam-se como ações em prol dos chamados Direitos Humanos. Todavia, não é comum a identificação ou o tratamento institucional de todos esses temas sob a bandeira dos Direitos Humanos. As novas áreas de atuação surgiram e, na maioria dos casos se desenvolveram com respaldo na Constituição e na legislação interna, e raramente são invocadas a Declaração Universal de Direitos Humanos, de 1948, os Pactos de 1966 e as diversas normativas estabelecidas no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização dos Estados Americanos (OEA) sobre temas específicos. Para o professor José Reinaldo Lima Lopes a omissão tem fundo ideológico decorrente da sistemática campanha promovida no Brasil contra a proteção dos direitos humanos visando deles retirar sua característica essencial, ou seja, a de direitos de cidadania:

O ataque se dá com as palavras de ordem de qualquer resposta já conhecida do Estado na história: lei, ordem e repressão. Também ocorre uma segunda distorção, para reforçar e justificar a primeira, consistente em reduzir os direitos humanos a uma questão policial, esvaziando os direitos de sobrevivência e organização amplamente majoritários nas reivindicações populares. [...] a expressão “direitos humanos” diz respeito à cidadania, isto é, à possibilidade de viver em sociedade desde que as forças organizadas desta sociedade não possam dispor sobre os indivíduos de um poder de vida e morte. Trata-se de retirar a legitimação institucional ao absolutismo. [...] As raízes deste discurso não são acidentais. As classes dirigentes e seus porta-vozes percebem que o avanço de qualquer reivindicação comporta dois efeitos: primeiro obriga uma repartição imediata de benefícios e, segundo, faz os indivíduos saírem de sua vida privada para o espaço público.³

A virada do milênio não retirou força dos movimentos pró-Direitos Humanos. O recrudescimento das forças repressivas depois do 11 de Setembro, em 2001, não impediu que os movimentos emancipatórios se mobilizassem em iniciativas como o Fórum Social Mundial

e a América Latina surpreendesse o mundo com a eleição de Evo Morales, na Bolívia, Rafael Corrêa, no Equador, e agora Fernando Lugo, no Paraguai, lideranças que fortalecem a alternativa bolivariana capitaneada pelo venezuelano Hugo Chávez. Enquanto os discursos xenófobos dominam as eleições européias e os norte-americanos edificam um muro na fronteira com o México para dificultar o acesso dos empobrecidos latino-americanos a seu território, as populações originárias se levantam em todo o continente, lutando pelo reconhecimento de seus direitos.

A opção do CNPG

Todos esses movimentos emancipatórios no plano global correspondem à expansão da tutela dos Direitos Humanos pelo Ministério Público de Minas Gerais. Os lugares, signos, objetos dos povos originários são funções da atenção da Promotoria de Defesa do Patrimônio Cultural e Turístico; a mulher tem acolhimento garantido na promotoria especializada em Violência Doméstica; o grupo estadual de Direitos Humanos de Minas Gerais mobiliza os Ministérios Públicos Estadual, Federal, Militar e do Trabalho para atuação conjunta sobre os problemas decorrentes do impacto da política de agrocombustíveis em nosso território; a comissão de biodireito, nomeada pelo procurador-geral de justiça investiga o impacto das novas tecnologias sobre pessoas e grupos familiares.

Criado em 1981 e integrado pelos procuradores-gerais dos Ministérios Públicos dos Estados e da União, o CNPG é uma associação, de âmbito nacional, que busca promover a integração e o aperfeiçoamento institucional e tem como um de seus objetivos a elaboração de políticas e planos de atuação uniformes e integrados para o Ministério Público brasileiro. Progressivamente os procuradores-gerais instituíram comissões permanentes para cuidar de temas específicos e, em 2007, a grande novidade foi a fusão de três dessas comissões sob a bandeira dos Direitos Humanos. A percepção dos chefes da instituição coincide com a tese aqui exposta no sentido de que há um ponto de convergência, um núcleo, uma essência na atuação institucional que a expressão “Direitos Humanos”, mais que qualquer outra, sintetiza.

Os Direitos Humanos estão presentes nas ações de proteção a crianças e adolescentes; na promoção da saúde; nas lutas contra todas as formas de discriminação; no combate à violência doméstica; na construção de cidades saudáveis; na identificação e tombamento de sítios arqueológicos, de monumentos naturais, do patrimônio arquitetônico, histórico e paisagístico; nos assentamentos e acampamentos dos que lutam pela reforma agrária, etc.

Para o biênio 2008/2009, o CNPG, por meio do Grupo Nacional de Direitos Humanos, definiu as seguintes metas para o Ministério Público brasileiro: (1) Enfrentamento à tortura e à violência institucional; (2) Execução do Plano Nacional de Atuação em Saúde aprovado pelo CNPG; (3) No âmbito do SUS, implementação da atenção básica em todos os municípios (redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, cobertura vacinal e combate a dengue); (4) Combate à nomeação, à contratação e à terceirização ilegais de pessoal nas administrações

públicas municipais e/ou estadual; (5) Combate à corrupção e à improbidade administrativa no pleito eleitoral de 2008; (6) Enfrentamento à exploração e à violência sexual infanto-juvenil; (7) Defesa do direito humano à educação; (8) Implantação e avaliação do funcionamento de Conselhos dos Direitos, Conselhos Tutelares e Fundos Municipais da Infância e Juventude em todos os municípios brasileiros

Metas para os Direitos Humanos

O enfrentamento à tortura e à violência institucional se justifica pelos recentes episódios “que culminaram na morte de presos carbonizados e a manutenção de uma mulher em cela conjunta com homens”. O plano de ação inclui vistorias periódicas em instituições de longa permanência para idosos, abrigos, orfanatos, manicômios, etc., além de intensificação das visitas e inspeções a estabelecimentos prisionais (penitenciárias, presídios, cadeias e carceragens de delegacias) e centros de internação de adolescentes, tudo visando ao cumprimento de normas voltadas à promoção da dignidade humana, ao trabalho, à alimentação e à assistência material, à saúde, jurídica, social, educacional e religiosa, além do direito à visitação familiar.

Na área da saúde, a execução do Plano Nacional de Atuação do Ministério Público em Saúde prevê o levantamento da estrutura de atenção básica e dos indicadores de saúde em todos os municípios brasileiros com ênfase para as políticas de saúde desenvolvidas e a fiscalização da boa aplicação dos recursos, estímulo ao controle social e acompanhamento dos instrumentos de gestão. A atuação terá como horizonte a melhoria dos indicadores de saúde: redução da mortalidade infantil e materna, melhoria da cobertura vacinal e combate à dengue, entre outros.

A defesa do patrimônio público tem como foco os recursos humanos, tema central nas políticas de promoção dos direitos humanos. Sob o pretexto de atender à pressão neoliberal que exige redução dos gastos públicos e privatização, assiste-se à crescente precarização das relações trabalhistas e graves prejuízos ao erário público decorrentes da falta de critérios objetivos de seleção, de baixo desempenho funcional. Tudo em flagrante violação da Constituição da República no que diz respeito à obrigatoriedade de realização prévia de concurso público de investidura. Decidiu-se também pela implementação articulada de ações de combate à corrupção e à improbidade administrativa no pleito eleitoral de 2008.

Na área de educação, infância e juventude foi definida como meta geral o combate à exploração e à violência sexual, o qual se dará por meio de articulação com a rede de assistência e seu fortalecimento. Além disso, o esforço comum das Promotorias será dirigido à implantação e fiscalização do funcionamento dos Conselhos de Direitos, Conselhos Tutelares e Fundos Municipais da Infância e Juventude. Na promoção do direito humano à educação espera-se ampliar em 30% o total de municípios e em 50% o total de Estados que atualmente possuem Planos de Educação, avaliando em cada caso as ações e metas previstas.

Conclusão

Ao reunir suas comissões temáticas em um Grupo Nacional de Direitos Humanos, o CNPG aponta um caminho para o fortalecimento e a integração do Ministério Público. O exame das metas e da sua área de abrangência permite identificar a opção pelas ações de combate à violência, à exploração e à opressão, as quais permeiam todo o documento e servem como diretriz para áreas de atuação que ainda não foram contempladas no planejamento nacional. De igual forma, a preocupação com o regime democrático e o estímulo à participação da sociedade por meio dos conselhos de direitos sinaliza a necessidade do aprofundamento das relações entre o Ministério Público e os movimentos sociais.

O SUS AOS 20 ANOS

Francisco B. Júnior

O Sistema Único de Saúde do Brasil está completando 20 anos, idade da Constituição Federal que o assegurou. Muito pouco tempo quando o analisamos sob o contexto histórico e quando levamos em consideração que o arcabouço jurídico legal que lhe deu sustentação legal e os marcos regulatórios da sua implantação aconteceram há menos tempo ainda, 18 anos, por ocasião da promulgação da sua Lei Orgânica.

Mesmo assim e apesar disso, o SUS se traduz sem a menor sombra de dúvidas na maior conquista da história recente do povo brasileiro, é uma realidade indiscutível, já faz parte intrinsecamente da nossa cultura e tem uma contribuição decisiva na melhoria da qualidade de vida do brasileiro, que por sua vez avançou consideravelmente nos últimos anos.

Isso não significa, porém, que não devamos, com base em uma avaliação serena e profunda, definir o diagnóstico correto do seu momento e estabelecer as medidas que devem ser tomadas para a superação das dificuldades para termos sua conseqüente implementação definitiva. Temos percebido e acompanhado de perto, por exemplo, o debate apaixonado que se trava no nosso País a respeito do seu financiamento.

Concordamos inteiramente que, quando analisamos a ambição que faz parte do SUS do ponto de vista conceitual, e mesmo quando comparamos o dispêndio financeiro no Brasil com o correspondente em saúde promovido pelos demais países do mundo, até os menos desenvolvidos que o nosso, há um subfinanciamento crônico, produto não somente de uma visão e interpretação equivocadas do que significa saúde, mas também uma determinação absolutamente conservadora por parte da área econômica dos governos nas três esferas.

Assim, de uma maneira errônea e uma ação contraproducente até mesmo no aspecto econômico, interpretam aquilo que é utilizado no financiamento da saúde como um gasto e não como um investimento, com conseqüentes repercussões positivas na produtividade e também no crescimento econômico.

Ao mesmo tempo, no entanto, em que concordamos que o financiamento é um tema que necessita de um equacionamento satisfatório sintonizado com as reais necessidades da população brasileira, temos de forma reiterada chamado a atenção para alguns aspectos que, em se tratando de eixos estruturantes do sistema, têm sido estabelecidos de maneira equivocada,

promovendo um conflito com os seus princípios, e que, se não corrigidos imediatamente, em pouco tempo tornarão o SUS absolutamente inviável.

Afirmamos com isso que a lógica, a que infelizmente não tivemos condições de nos contrapor de forma correta e que prevalece majoritariamente hoje nas três esferas de governo, é impossível de ser financiada em sua plenitude e é inviável sob o ponto de vista da perspectiva de dispormos de um sistema democrático, universal, integral e equânime.

Partindo do princípio de que a história da saúde no Brasil se confunde com o tratamento da doença primordialmente, visualizamos no SUS a possibilidade concreta e real de superação desse viés conservador e avançamos na conquista do sistema pautado nas ações preventivas e de promoção da saúde, integradas, intersetoriais, descentralizadas e democratizadas.

Infelizmente, e apesar de algumas experiências importantes, porém absolutamente pontuais, como o Programa de Saúde Família, Programa de Agentes de Comunitários de Saúde e a Política Nacional de Vacinação, nunca estivemos tão à mercê de uma terrível e desmensurada demanda pelo tratamento da doença, conseqüência da ausência de uma rede de atenção primária qualificada para realizar a intervenção na base, no nascedouro.

Ao mesmo tempo em que não conseguimos estruturar essa rede de proteção na atenção primária, a disponibilidade do atendimento dos procedimentos especializados de média e alta complexidades foi sendo rápida e deliberadamente transferida para a rede privada contratada/conveniada.

Os profissionais especialistas, por sua vez, diante da demanda colocada pelo setor privado contratado e muitas vezes do interesse comercial imediato, migraram do serviço público para o privado e para os consultórios particulares, onde passaram a diretamente ampliar a atuação dos planos de saúde, numa concorrência cada vez mais desigual e dramática com o SUS.

Como conseqüência desse quadro, o SUS enfrenta hoje uma situação insustentável caracterizada por uma demanda que cresce de maneira exponencial na média e alta complexidades, principalmente.

De um lado, a falta de prevenção da doença e de promoção da saúde na rede de atenção primária que deságua nas necessidades cada vez maiores por procedimentos complexos como hemodiálise, tratamentos cirúrgicos, hepatites, HIV/AIDS, câncer e transplantes, por exemplo. De outro, um financiamento que será sempre insuficiente para arcar com os altos custos decorrentes dos contratos com o setor privado que óbvio tem a lógica da saúde como um comércio e um negócio a ser explorado como outro qualquer.

Portanto é fácil explicarmos o porquê das enormes filas de esperas por procedimentos que violenta a população em todo o País, que só será revertida se conseguirmos efetivamente estancarmos esse processo de duas maneiras.

Precisamos definitivamente estruturarmos em todos os municípios do país as redes municipais de atenção primária, com a atuação da equipe multiprofissional em saúde, e trabalharmos na perspectiva de uma atuação intersetorial envolvendo áreas vitais para o

processo da saúde/doença e dos determinantes sociais. Ao mesmo tempo, e como forma de termos um financiamento mais adequado e um acesso mais democrático, estabelecermos um processo de estruturação onde não existe e de reestruturação onde for preciso, da rede pública estatal de serviços de média e alta complexidades, medidas que devem ser adotadas a partir da ação definitiva do Ministério da Saúde com estímulo técnico e financeiro para as suas viabilizações plenas.

Partindo para outro eixo estruturante do sistema, também não temos menos dificuldades nas relações de trabalho. Exatamente em função do modelo de atenção equivocado que foi incrementado, do aumento da demanda pelo tratamento da doença e pelo cuidado especialista e da dependência do setor privado contratado, temos uma situação em que a população em muitos dos casos está totalmente refém das corporações organizadas.

Ao mesmo tempo, uma política deliberada de precarização do trabalho, da relação e da remuneração, estimulou a múltipla militância, a mercantilização e a dessensibilização de um grupo considerável de profissionais com o serviço público.

Hoje temos trabalhadores com vínculos precários, com enormes discrepâncias de remuneração muitas vezes dentro de uma mesma categoria profissional e conseqüentemente totalmente desestimulados e desmotivados com o SUS.

A solução no nosso entendimento passa pela criação da carreira SUS, pelo estímulo à dedicação exclusiva e à interiorização e pela criação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS, com responsabilidade tripartite pela contratação e remuneração dos trabalhadores.

Quando analisamos a gestão do sistema e a gerência dos serviços, percebemos que com raríssimas exceções permanecemos atados e presos à lógica que norteia as relações políticas e sociais no nosso país, e que tem no serviço público e na saúde particularmente a exacerbação do patrimonialismo no seu estado mais puro e genuíno.

A estrutura política do SUS infelizmente está a serviço desse patrimonialismo. Os cargos na imensa maioria das vezes são preenchidos por indicados com base em critérios eminentemente políticos/pessoais, com a finalidade de atender a interesses fisiológicos, partidários ou corporativos. São moeda de troca política.

Dessa maneira temos uma situação em que boa parte da gestão está decididamente a serviço dessa lógica privatizante, mercantilista e patrimonialista, enquanto a outra parte, comprometida com o SUS e seus princípios, nem sempre dispõe de uma correlação de forças que permita o enfrentamento correto e o estabelecimento de medidas sintonizadas com os reais interesses da população.

Entendemos que o caminho correto passa pela profissionalização e democratização radical da gestão, promovendo a necessária autonomia administrativa e orçamentária de acordo com os dispositivos constitucionais que existem, de maneira a eliminarmos qualquer possibilidade de ingerência político/partidária/corporativa/fisiologista nos destinos do SUS que, sendo uma política de Estado, deve estar acima dos interesses particulares de grupos e imune aos governos independentes de quais sejam.

Infelizmente, percebemos que o governo acena exatamente no sentido contrário, com uma proposta que, além de não se contrapor a todo esse leque de problemas, ainda aprofunda vários deles, como a precarização do trabalho por meio do fim da estabilidade, as discrepâncias de remuneração por meio de planos de cargos por serviço, e o patrimonialismo, pela indicação de dirigentes pelos gestores, que são elementos estruturantes da proposta de Fundação de Direito Privado em tramitação no Congresso Nacional.

Por fim, temos de admitir que a participação da comunidade por meio dos Conselhos de Saúde necessita de um processo de fortalecimento definitivo.

Temos a convicção de que, se os Conselhos de Saúde estivessem bem estruturados e cumprindo bem o seu papel, esses problemas estruturais que em certa medida até põem em xeque o SUS estariam bem equacionados.

Percebemos no plano nacional o Conselho Nacional de Saúde com uma atuação e um processo de representatividade e de legitimação que começa a se reproduzir pelo País afora. A reestruturação, a qualificação e a democratização recentes do Conselho Nacional de Saúde são hoje uma referência importante que pode significar uma profunda alteração no perfil de atuação dos Conselhos de Saúde nos municípios e Estados da Federação.

Qualificar a intervenção popular. Democratizar os espaços de decisão do SUS. Repolitizar o tema Saúde. Caminhos inequívocos para a superação dos nossos gargalos e que possibilitarão com certeza o avanço e a plena implementação do SUS no Brasil, sem abrir mão de qualquer princípio pensado, aprovado e defendido intransigentemente por todos que um dia sonharam e idealizaram a Reforma Sanitária brasileira e que continuam atualíssimos.

CANAL SAÚDE E A MÍDIA: DO ANALÓGICO À CONVERGÊNCIA

Angélica Baptista Silva

O Canal Saúde

Três fatores conjunturais foram fundamentais para o surgimento do Canal Saúde como meio de comunicação protagonista na difusão do conceito de promoção da saúde: (1) a Declaração de Alma-Ata e outras conferências internacionais de promoção da saúde; (2) a redemocratização do Estado brasileiro e (3) a ECO-92, que estabeleceu a Agenda 21.

O marco zero da Internet no Brasil e da explosão das tecnologias da informação e da comunicação (TIC) coincidiu com o encontro mundial que criou o conceito de desenvolvimento sustentável, a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro em junho de 1992 (ECO-92) (STANTON, 1992). Em maio desse mesmo ano, foi inaugurada a fase Internet da Rede Rio, a rede de dados estadual criada e mantida pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

A Rede Rio veio a interligar as universidades e os centros de pesquisa e dava-lhes acesso ao exterior. O acesso à Internet para a imprensa mundial, ONGs e participantes da ECO-92 no Rio foi provido pela Alternex. A Rede Rio contribuiu para o sucesso do evento, pois a Alternex se tornou um dos seus clientes, obtendo assim acesso internacional à Internet global na taxa de 64 kbps (quilobits por segundo), e essas estruturas de acessos continuaram funcionando após o encerramento da conferência, se desenvolvendo e se popularizando exponencialmente até meados dos anos 1990 com o lançamento da Internet comercial.

Desde os anos 1970, o conceito de promoção da saúde tem sido trabalhado em vários fóruns internacionais e influenciado a construção dos sistemas de saúde públicos nos países em desenvolvimento. Vários documentos foram produzidos, tais como a Carta de Ottawa (1986), a Declaração de Adelaide sobre políticas públicas saudáveis (1988) e a Declaração de Jakarta sobre promoção da saúde no século XXI em diante (1997) (FREITAS, 2003). O marco certamente foi a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde em 1978, de onde saiu a Declaração de Alma-Ata, que recomendava “a extensão da cobertura dos serviços públicos de atenção primária às populações carentes com participação comunitária no nível local”. Quase 10 anos depois, em 1986, no Canadá, realizou-se a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que produziu a Carta de Ottawa.

A promoção da saúde implica um conceito amplo de saúde, no qual cabe uma explica-

ção interdisciplinar do processo saúde-doença que permite a intervenção intersetorial nesse mesmo processo. Promoção da saúde como formulação conceitual e propostas de intervenção apresenta fortes coincidências com o conceito de desenvolvimento humano sustentável,¹ concebida na ECO-92 com planificação na Agenda 21 Global. Sob esta perspectiva, a Carta de Ottawa propõe cinco eixos de ação: desenvolvimento de “habilidades pessoais”, criação de “ambientes favoráveis à saúde”, reorientação do “sistema de saúde”, elaboração e implementação de “políticas públicas saudáveis” e reforço da “ação comunitária” (BUSS, 2003). Os últimos três eixos eram muito caros ao processo político de redemocratização, que a sociedade brasileira vivia nos anos 1980.

No Brasil, após um período de 24 anos de ditadura militar, iniciou-se, a partir de 1985, uma série de reformas político-administrativas que levou à promulgação da Constituição de 1988, estabelecendo um novo conceito de saúde a partir de então entendida como “direito de todos e dever do Estado” (CRFB, 1988). Ainda inseridas nesse processo, em 1990 foram promulgadas as Leis Federais 8.080 e 8.142, que regulamentaram o Sistema Único de Saúde (SUS) e instituíram a participação e o controle social na gestão do sistema de saúde do país.

Quatro anos depois, em dezembro de 1994 o Canal Saúde iniciou suas atividades. O projeto, adotado pela Fundação Oswaldo Cruz, foi concebido como resposta às deliberações das Conferências Nacionais de Saúde, que apontam informação, educação e comunicação como elementos estratégicos para consolidação do Sistema Único de Saúde e para conquista da cidadania plena no Brasil.

No Canal Saúde, estão aliados os campos da comunicação, da informação e da educação em uma proposta de promoção da saúde, seguindo o espírito semeado em Alma-Ata. Todos esses antecedentes históricos podem ser distinguidos nos objetivos do Canal Saúde: propiciar o debate sobre políticas e programas da área da Saúde; apoiar a coordenação e desenvolvimento de programas, projetos, serviços e ações do setor saúde; difundir informações, visando o exercício do controle social no SUS; favorecer a visibilidade desse pela população brasileira; promover e favorecer a troca de experiências e conhecimentos na área da saúde e difundir informações epidemiológicas, ambientais e sanitárias.

Nos anos 1990, enquanto o Sistema Único de Saúde dava seus primeiros passos na difícil tarefa de garantir a universalidade, equidade e integralidade do atendimento, o capitalismo estava mudando de cara para sempre com o que alguns teóricos denominaram Sociedade da Informação.

Essa sociedade se constitui como global e informacional (CASTELLS, 2005), com a economia baseada numa rede de interações de escala mundial. Na Sociedade da Informação, há o predomínio da lógica das redes, porque ela está organizada mediante conexões entre agentes

¹ Em resumo, é aquele que atende à necessidade atual sem comprometer a satisfação das necessidades das gerações futuras.

econômicos. Essa lógica, característica de todo tipo de relação complexa, pode ser, graças às novas tecnologias, materialmente replicada em qualquer tipo de processo.

Os meios de comunicação de massa que obedeciam à lógica de broadcast² e ao modelo de negócios de um emissor para muitos receptores passivos sofreram e ainda estão sofrendo um impacto, que os obriga a reformular maneiras de atuação. O telenauta-interlocutor do século XXI constrói espaços cognitivos e de sociabilidade através da rede. Não adianta fazer meramente televisão. Tornou-se necessário rever a estratégia midiática para propagar o conceito ampliado de saúde como direito humano fundamental, estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade.

Estratégia do broadcast para tempos de convergência tecnológica

Antes de falar de estratégia midiática, vale a pena dissertar brevemente sobre o que se entende por estratégia e mídia. Meio e mídia são conceitos inter-relacionados. Em princípio, o conceito de meio está intimamente relacionado ao conceito de canal de comunicação, advindo do modelo comunicacional matemático de Shannon e Weaver,³ que prevê um emissor, uma mensagem transmitida através de um canal/meio e um receptor para essa mensagem. O termo expandiu seu sentido a partir das teorias dos mass media – seja nas escolas de Mass Communication Research americana ou na Teoria Crítica da Escola de Frankfurt – para abranger os meios de comunicação de massa, referindo-se, pois, ao livro, ao cinema, à fotografia, ao rádio, à TV, aos impressos em geral e até aos quadrinhos. “Nessa medida, meio é aí definido extensivamente como um aparato não apenas técnico, mas também sócio-econômico de propagação de mensagens, o que compreende tanto o transmissor quanto o canal e o receptor” (SANTAELLA, 2001). Para fins deste artigo, será utilizada a conceituação de mídia como esse aparato muito próximo ao papel de intermediador de relações sociais.

A noção de estratégia vem do arcabouço teórico do planejamento estratégico-situacional em saúde, em que o quadro teórico sobre o agir comunicativo elaborado pelo filósofo frankfurtiano Jürgen Habermas, e baseado na idéia de comunicação como uma condição da vida social, tem uma função basilar. No agir comunicacional, as ações são orientadas para o entendimento mútuo, o ser que inicia o processo comunicacional é também produto dos processos de socialização. Essa noção impacta na teoria organizacional, modificando as práticas nas organizações em saúde para a busca de um sujeito coletivo.

Para Rivera (1995a; 1995b), os componentes do mundo da vida dos atores seriam respon-

² Radiodifusão em canais abertos, de livre acesso ao público. Termo indicativo de rede de rádio ou TV. Palavra usada para designar a estratégia de programação de televisão.

³ O matemático e engenheiro americano Claude Elwood Shannon publicou em 1948 *The mathematical theory of communication* (A teoria matemática da comunicação), que mais tarde foi acrescida com comentários de Warren Weaver.

sáveis, na organização, pela produção de significados possíveis de negociação, expressando mundos da vida diferenciados que criaria a possibilidade de conflito, enfrentados por uma resolução discursiva ou por um agir estratégico (KOPFE; HORTALE, 2005). Portanto, uma estratégia midiática, em resumo, é um feixe de caminhos com previsão de possíveis obstáculos, um plano de ação, utilizando diversos meios para um objetivo final.

Há certamente algumas mudanças significativas que têm de ser levadas em conta nessa Sociedade da Informação para traçar estratégias midiáticas. Segundo Sodré (2002), há uma hibridização dos meios acompanhada da reciclagem acelerada dos conteúdos, com novos efeitos sociais. A cibercultura emerge como um novo ambiente sociocultural suscitado pela intermediação das novas tecnologias informacionais. Pesquisas em comunicação detectam que a presença das mídias digitais tem provocado novos tipos de formalização da vida social. As mídias digitais agem a partir da aceleração do tempo e da diminuição dos espaços, ou melhor, da sobreposição de ambas as categorias a partir das redes virtuais de comunicações de maneira dialógica com diversas instâncias do humano, redimensionando as subjetividades, o corpo, as relações sociais, as percepções e as sensibilidades.

Pelo fato de o Canal Saúde ter uma estética e um conteúdo ligado ao jornalismo televisivo analógico, alguns problemas e questões com que se deparam as redações são objetos de reflexão e de formulação de estratégias. Uma delas é o debate sobre a fidedignidade das fontes, que tem muitas similaridades com a discussão sobre direito autoral e a emergência das redes sociais na Internet. A deontologia jornalística recomenda uma série de procedimentos para qualificar as informações oriundas das fontes, cuidados que não fazem parte da blogosfera. É óbvio que a informação gerada por wikis, pela miríade de blogs e por portais de jornalismo cidadão não pode ser ignorada. Redes sociais tais como o Orkut, o MySpace e o Facebook são adventos da socialização em rede, que produzem informação. Porém, a informação sobre a saúde da população – matéria-prima do jornalismo elaborado pelo Canal Saúde – tem implicações e tratamento específico quando disponibilizada em rede. Foucault já dizia que todo processo comunicacional, que pressupõe uso, troca e manipulação da informação, implica uma relação de poder. No caso, a informação epidemiológica, produzida pelos sistemas de informação do SUS, versa sobre os corpos da população brasileira e devem ser tratadas com a preservação da identidade e da privacidade dos usuários. Bancos de dados e indicadores de saúde não podem ser manipulados ou expostos por grupos ou segmentos diversos dos comprometidos com o bem público e o estado democrático. Trata-se de um desafio numa época em que a máquina invade o corpo, que por meio das tecnologias se transforma no “corpo biocibernético” em “sua crescente ramificação em variados sistemas de extensões tecnológicas até o limiar das perturbadoras previsões de sua simulação na vida artificial e de sua replicação resultante da decifração do genoma” (SANTAELLA, 2004).

**Como trabalhar o conceito de promoção da saúde,
utilizando recursos audiovisuais?**

Parte-se de um pressuposto de que se trata de um feixe de ações multidisciplinares, em que as fronteiras entre educação, comunicação e informação são apagadas. As estratégias do Canal Saúde atualmente envolvem três grandes ações: a produção de audiovisual (cerca de 80% dos programas são produzidos pela própria equipe), a popularização de metodologias de produção para TV por meio de oficinas para profissionais de saúde nas secretarias municipais e estaduais e a organização da recepção dos interlocutores da saúde coletiva no território brasileiro (pesquisadores, conselheiros, gestores, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários-cidadãos).

É preciso criar “cantos de troca” nesse ciberespaço e acompanhar essa rede de múltiplas vozes que constrói e pensa o SUS. A produção audiovisual por si só não dá conta hoje de uma proposta de comunicação para a promoção da saúde da população brasileira na sociedade organizada em rede. É preciso uma convergência da oralidade, da escrita, do impresso, do massivo, do midiático e do digital que artifícios como a instituição dos infográficos e blogs nos sítios dos jornais tradicionais tentam contemplar.

A pesquisa de recepção realizada em 2001 demonstra que 73% do universo que acompanha o Canal Saúde é constituído por profissionais de saúde. Quase a totalidade desse contingente busca na programação subsídio para o trabalho e a formação profissional. Paralelamente, conselhos de saúde, escolas, universidades, centros de pesquisa, hospitais, associações, sindicatos e outras entidades também assistem aos programas do Canal Saúde e os gravam e divulgam.

As TIC hoje disponíveis permitem ocupar vários espaços para atingir simultaneamente diversos tipos de interlocutores. Dessa forma, há condições para disseminar o conceito ampliado de Saúde e ao mesmo tempo investir em projetos de inovação tecnológica com a utilização de vídeo digital. Um esforço contínuo é empreendido no Canal Saúde para colocar vídeos digitais de alta qualidade de resolução e que permitam interação entre o usuário e veiculador. Essa pesquisa envolve a busca de inovações tecnológicas e de integração em redes de alta velocidade que permitam acesso de um grande volume de dados a instituições de pesquisa e ensino. As estratégias de exploração dos espaços na Internet e na Internet traçadas pelo Canal Saúde são uma adaptação ao fenômeno da convergência tecnológica. Seguem a linha de encampamento de espaços nas redes de alta velocidade digitais para fazer circular conteúdo sobre saúde. Um exemplo dessa estratégia é a colaboração entre o Canal Saúde e a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) com o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Telecomunicações (CPqD).

O Canal Saúde participou do grupo de pesquisa que resultou no Sistema Brasileiro de TV Digital (SBTVD) e aprimorou, ao longo dos anos 1990, a transmissão de vídeo por Internet. Entre os projetos de TIC, a equipe do Canal montou conteúdo sobre saúde para o Serviço de Apoio ao Professor em Sala de Aula, com o objetivo de transformar uma programação linear e analógica de TV numa proposta assíncrona e digital com interatividade, visando professores com interesse em educação e saúde.

Para isso, foram indexadas revistas Radis (Reunião, Análise e Difusão de Informações sobre Saúde) a um programa nacional de jornalismo em saúde pública, ligado a ENSP. O material virou uma série de verbetes que complementam o vídeo, necessitando que o telespectador interaja, acionando botões do controle remoto (TV) ou do mouse (PC). Utilizou-se uma tecnologia de codificação de vídeo denominada Mpeg4, que originalmente foi concebida para que o mesmo vídeo possa rodar em vários dispositivos e acabou sendo escolhida como padrão para o SBTVD. Foram produzidas 15 horas de programação interativa, que pode ser vista em computadores e TVs com Unidades Receptoras Decodificadoras.

Concluiu-se que existe necessidade de levar em conta as particularidades de uso da TV Digital Interativa (TVDI) para inclusão digital da população, entre elas, o uso simplificado do controle remoto e um manual elaborado por uma equipe multidisciplinar, em que, além da área biomédica, figurem profissionais de pedagogia, com experiência em educação a distância, e de ciência da informação, bibliotecários com vivência na construção de ambientes virtuais.

Outro investimento do Canal Saúde foi a criação do programa Ciência e Letras, em parceria com a Editora Fiocruz, para comentar o lançamento dos livros e promover um debate audiovisual com os autores e possíveis leitores também por meio de um fórum no sítio do canal.

Dados preliminares divulgados pela Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel) indicam que o Brasil terminou o mês de julho de 2008 com 135,3 milhões de celulares e uma densidade de 71 celulares para cada 100 habitantes. Já pensando que a rede estará brevemente mais nas pequenas telas do que nas de alta definição, o Canal Saúde criou uma área no sítio especialmente direcionada a celulares e computadores de mão. O estado da arte da pesquisa tecnológica em saúde já utiliza há tempos dispositivos sofisticados de comunicação a distância (no caso da e-saúde ou telessaúde) e a tríade informação, educação e comunicação em saúde precisa usar esse aparato tecnológico para aperfeiçoar o SUS.

No futuro próximo, o campo da saúde pública terá de incorporar profissionais de TIC não meramente como atividade meio. O Canal Saúde da Fiocruz, que produz, dissemina audiovisual e é um dos principais artífices do SUS, desenvolveu um produto para TVDI, programas de TV para livros e em formato para rodar em celulares. Todas essas ações têm como eixo norteador a propagação do conceito de promoção da saúde, que engloba a universalidade do atendimento de um sistema de saúde público, a informação como direito do usuário-paciente e o conceito ampliado de saúde como qualidade de vida em vários aspectos.

Referências

CASTELLS, M. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

FREITAS, C. M.; CZERESNIA, D. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Fiocruz, 2003.

KOPF, A.W.; HORTALE, V. A. Contribuição dos sistemas de gestão de Carlos Matus para uma gestão comu-

nicativa. *Ciência saúde coletiva* [online]. 2005, v. 10, 2008, 10-14, p. 157-165. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413_81232005000500018&lng=&nrm=iso>.

SANTAELLA, L. *Comunicação e pesquisa*. São Paulo: Hacker editores, 2001.

SANTAELLA, L. *Corpo e comunicação: sintoma da cultura*. São Paulo: Paulus, 2004.

SODRÉ, M. *Antropológica do espelho: uma teoria da comunicação linear e em rede*.

Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

STANTON, M. *Non-commercial networking in Brazil*. *Proceedings do Inet'93*, San Francisco; 1993. Disponível em: <http://www.inf.puc-rio.br/~michael/pubs/inet93.ps> Acesso em: 14 maio 2005.

ESTRATÉGIA: INFORMAR

Ellen Cristie

Não é por acaso que a saúde está entre as áreas que mais recebem a atenção de cientistas, pesquisadores e governos no mundo inteiro. Se antes a expectativa de vida era de 40, 50 anos, hoje a população vive, em média, 72 anos, sendo que muitas pessoas já chegam facilmente aos 100 anos.

Como não poderia deixar de ser, a longevidade também trouxe novos desafios. Problemas que não faziam parte de nossa realidade, a exemplo do mal de Alzheimer e outras enfermidades, próprias da velhice, hoje têm de ser enfrentadas.

No caso das doenças cardiovasculares, essa preocupação tem um peso ainda maior. Afinal, elas lideram o ranking de mortes no Brasil e no mundo, sendo responsáveis por 35% dos óbitos – isso em que pese o temor das pessoas com relação ao câncer, causa de 10% das mortes.

A cardiologia foi a especialidade médica que mais se desenvolveu no último século. Da descoberta do hormônio feminino, passando pela penicilina até chegar aos transplantes de coração, muita coisa mudou para melhor. Com isso, a imprensa se sentiu, a todo momento, estimulada a estampar, em suas páginas, manchetes informando a população sobre as pesquisas científicas nos mais diversos ramos da ciência e da medicina e sobre o enfrentamento de doenças como a poliomielite, a tuberculose, as epidemias de gripe e uma infinidade de outros males.

A partir da década de 1990, as notícias foram incorporando outras questões que não somente a saúde em si, mas a importância da qualidade de vida, da valorização do ser humano e de seu bem-estar, diagnósticos, tratamentos, cirurgias e novos medicamentos. Não passou ou passa em branco diante dos olhos atentos da imprensa brasileira.

Seja nos primeiros cadernos dos grandes jornais, nas páginas de internet, nos programas de rádio ou televisão ou em livros científicos, os jornalistas nunca se furtaram em retratar os anseios da população, suas carências, seus sonhos, seus desejos por um mundo melhor.

Sempre atenta às transformações da sociedade, a imprensa também nunca abandona as campanhas de multivacinação promovidas pelo Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias de saúde municipal e estadual, assim como a divulgação do combate a males como a dengue, a aids, o câncer, a rubéola e a febre amarela.

O mundo mudou, o Brasil mudou e a imprensa acompanhou as transformações sociais

e econômicas que impactaram a sociedade. Com a preocupação crescente em busca de um novo estilo de vida, movimentos como o slow food (alimentar-se sem a correria que marca nossos tempos) e as ecovilas (casas construídas com base no aproveitamento sustentável), o Estado de Minas lançou em 26 de maio de 2002 o caderno Bem Viver, cuja matéria de capa abordava o tema casamento através dos tempos.

Para atender a uma demanda cada vez maior por parte de seus leitores, o EM lançou o primeiro caderno em formato standard, no Estado, com oito páginas, publicado todos os domingos, contemplando temas como saúde, comportamento familiar, alimentação, qualidade de vida, terapias alternativas e entrevistas com autoridades de medicina, psicologia, nutrição, psiquiatria, esporte, fisioterapia, odontologia, entre outros.

O caderno Bem Viver norteou e norteia as principais informações na área médica, levando aos leitores os tratamentos mais recentes e o lançamento de novas drogas para reduzir os índices de enfermidades e mortes no Brasil, bem como mudanças no estilo de vida dos brasileiros.

A família também passou por profundas transformações ao longo dos últimos anos, desde que a mulher deixou o abrigo do lar para disputar um lugar no mercado de trabalho. Novas configurações familiares foram sendo desenhadas, com a participação maior do homem, que foi obrigado a mudar e assumir um novo papel.

Em busca da qualidade de vida, em um mundo cada vez mais caótico, as pessoas querem não somente um remédio para sua dor, mas alternativas que contemplem uma visão holística da saúde. O que antes era considerado marginal passa a ser aceito como medicina complementar, agregando conhecimentos milenares. Assim ocorreu com a homeopatia e a acupuntura, praticamente uma unanimidade entre seus adeptos e defensores.

A ciência hoje vê o ser humano integralmente, como parte do universo. Daí, a demanda crescente dos leitores por matérias sobre qualidade de vida e comportamento, sem deixar de lado o enfoque da medicina tradicional.

A todo momento, o caderno Bem Viver tenta ampliar o espectro, ao debater temas nacionais, como a desospitalização de doentes mentais ou as mudanças sofridas na família, com leis como a da Guarda Compartilhada, cujas matérias publicadas no Estado de Minas tiveram grande contribuição para a aprovação do texto que regulamenta os direitos e deveres dos pais depois da separação.

Não há dúvidas de que o País tem um longo caminho a percorrer, especialmente no que se refere ao atendimento à população, que só tem como recurso a rede pública. Áreas nevrálgicas como a assistência às crianças e aos idosos e os serviços mais imediatos, como os prestados nos pronto-socorros, merecem atenção reforçada das autoridades e dos veículos de comunicação. Perseguir esse objetivo é obrigação de todo jornalista que pensa em seus leitores e nas informações que serão transmitidas a milhares de pessoas.

Leitor é o alvo

Ao longo desses seis anos, desde que o Bem Viver foi lançado, a equipe que produz, entrevista e redige as matérias (são, ao todo, dez pessoas, entre elas diagramador, repórteres, estagiário, editor e subeditor) criou uma série de expectativas quanto à audiência do caderno com a seu público-leitor. Hoje, com um pouco mais de experiência, temos um espectro maior de quem realmente é nosso leitor e a quem pretendemos atingir.

No início, ainda em 2002, optamos literalmente por começar pelo início. Seríamos um caderno de saúde, um manual de como obter qualidade de vida ou um guia de o que fazer para viver até os 100 anos?

Pautas floresceram, mais a partir da experiência de repórteres, experientes ou não, estagiários, editores e do bate-papo em casa, com nossas próprias famílias. O que gostariam de ver em um caderno de qualidade de vida?

Casamento, separação, filhos, gripe, doenças do coração, estresse, a mulher moderna, dengue, corrida, a revolução genética, enfim, uma sorte de assuntos mistos que atendessem à curiosidade dos leitores, pelo menos em um primeiro momento.

Posteriormente, passamos a atender às reivindicações de leitores, seja por telefone (já que não publicamos o contato de nossos entrevistados, justamente no intuito de que o leitor entre em contato com a redação, via telefone, para que a aproximação seja maior), seja por e-mail ou pessoalmente.

Percebemos que à medida que as matérias eram publicadas, como recebemos várias ligações, fomos traçando uma espécie de público-leitor previsível. É claro que predizer quem está do outro lado da informação é um tanto quanto difícil, mas a partir dos telefonemas e de outras formas de contato podemos fazer algumas considerações: independentemente da idade, da cor, do sexo ou da crença, nosso leitor é preocupado com sua saúde, com a qualidade de vida, é curioso com relação às descobertas científicas e busca alternativas que possam reduzir seu sofrimento.

A partir daí, tomamos como princípio oferecer ao leitor toda e qualquer informação referente à saúde que possa ser interessante, até mesmo matérias mais restritivas, como as publicações que envolvem doenças raras e que afetam poucas pessoas.

Descobrimos que muitas famílias e pacientes passaram a nos procurar para divulgar enfermidades desconhecidas da maioria da população. São grupos que precisam do apoio dos jornalistas para que formem associações com vítimas e familiares. A troca de informações, nesses momentos, é extremamente importante. O Bem Viver fez parte da divulgação de várias doenças, contribuindo para que profissionais de saúde e a população estreitassem laços e minimizassem a dor de vários enfermos.

Também temos participado de várias entrevistas coletivas no Brasil e no exterior – a exemplo de matérias feitas em países como Estados Unidos, Inglaterra, França, Colômbia, Dinamarca, Alemanha, etc., tentando trazer para o leitor o que vem sendo discutido em termos de avanços na área de medicina em todo o mundo.

Responsabilidade jornalística

No dia-a-dia de uma redação, alguns fatos nos chocam, outras vezes nos emocionam e outras tantas vezes nos mostram que o ser humano tem imperfeições.

Lembro-me, como se fosse hoje, de uma leitora que me procurou na redação via telefone. Não me recordo mais o nome da senhora, mas isso nunca mais saiu da minha cabeça. A conversa foi mais ou menos assim:

- Boa tarde. Gostaria de falar com a jornalista Ellen Cristie.
- É ela, pois não. Posso te ajudar?
- O que você fez com o meu marido foi um absurdo. Como pôde publicar essa matéria?
- Qual minha senhora? – disse eu, já nervosa...
- Essa que saiu domingo, sobre câncer de pulmão – respondeu a senhora, também nervosa.
- Não entendi. Tem alguma coisa errada?
- Não é que esteja errada. Na entrevista, o médico disse que somente 10% dos pacientes com câncer de pulmão sobrevivem. Você não poderia ter publicado isso, de forma alguma.
- Por que, minha senhora? Foi a estatística que ele me passou...
- Você não entendeu. Meu marido está com câncer de pulmão há pouco menos de um ano.
- Mas ele não vai ao médico, digo, o médico não o informou da gravidade do problema?
- É claro que não! E você acha legal um paciente com câncer de pulmão ler que ele tem somente 10% de chance de viver? Você poderia ter omitido essa informação.

Pedi mil desculpas, mas é claro que meus dias seguintes não foram alegres. Chorei horrores ao chegar em casa, pensando quão insensível fui, sempre com a preocupação de divulgar as estatísticas mais recentes, os malditos números e uma certa ganância por publicar a entrevista do médico na íntegra.

Até hoje, não cheguei à uma conclusão única. Converso isso com médicos, com amigos e alguns deles jornalistas. E as respostas são as mais variadas possíveis: “Você poderia pegar mais leve”, “Você está certa. Quem manda o médico esconder a verdade de seus pacientes?”, “O jornalista deve se ater aos fatos. O médico não lhe disse exatamente o que você escreveu?”.

A resposta à última pergunta é sim, eu publiquei o que me foi dito. Mas e o outro lado da informação? São seres humanos como eu, com suas angústias, alegrias e tristezas. Com família e suas complicações.

Jornalistas não são deuses, não estão acima de tudo e de todos. Especialmente quando o assunto é saúde, é vida e morte. Hoje, penso dez vezes antes de escrever cada uma de minhas matérias. É o mínimo.

COMUNICAÇÃO EM INCLUSÃO: ESCOLA DE GENTE*

Fábio Meireles

Modelo médico e modelo social

Há duas formas distintas entre si de se pensar a deficiência: uma, mais antiga, é baseada no modelo médico; a outra, que representa a tendência atual, no modelo social.

O enfoque de desenvolvimento inclusivo é coerente com o modelo social da deficiência.

A convivência na sociedade de dois modelos antagônicos no modo de entender e lidar com a deficiência – o médico e o social – vem gerando muitos impasses. Nesse processo, tem sido importante destacar que a expressão modelo médico não se refere necessariamente ao modo como o profissional da área de saúde presta atendimento a seus pacientes. É reconhecido o empenho de diversos profissionais da área médica que contribuíram para a conscientização acerca dos direitos humanos de pessoas com deficiência.

Modelo médico

O modelo médico ganhou notoriedade na década de 1960. Sua principal característica é a descontextualização da deficiência, enfocando-a como um incidente isolado e sem qualquer relação com reflexões e decisões de interesse público e relevância econômica, política ou social.

Segundo este modelo, a única origem da exclusão enfrentada por pessoas com deficiência são suas próprias seqüelas e limitações físicas, intelectuais, sensoriais e múltiplas.

No enfoque do modelo médico, o “problema” reside na pessoa, trazendo conseqüências apenas para ela e sua família. Assim, a sociedade está isenta de responsabilidade e compromisso para desconstruir processos de discriminação contra pessoas com deficiência.

No modelo médico, a deficiência é uma experiência do corpo a ser “combatida” com

* Texto retirado do Manual sobre Desenvolvimento Inclusivo para Mídia e Profissionais de Comunicação, elaborado pela Escola de Gente – Comunicação em Inclusão para o Banco Mundial (acesse o Manual na íntegra em <http://www.escoladegente.org.br/mypublish3/VisualizarPublicacao.asp?CodigoDaPublicacao=1071&Visualizar=1&CodigoDoTemplate=1>)

tratamentos.

O modelo médico admite este raciocínio: quanto mais perto de um bom funcionamento estiverem a audição, a visão, o intelecto e o sistema motor de uma pessoa, mais direitos e cidadania ela vai adquirindo.

Como consequência, a cura ou a “quase cura” das limitações e lesões se torna um pressuposto para que pessoas com deficiência tenham acesso a alguns direitos.

Na lógica do modelo médico, uma criança com grave comprometimento intelectual, causado por uma síndrome genética (e, portanto, sem cura), não tem direito à educação de qualidade. Deve, no máximo, “estar” em uma sala ou escola especial, afastada do convívio com outros meninos e meninas de sua geração.

O modelo médico transcendeu as fronteiras da saúde e dominou as áreas da educação, do emprego e do serviço social, entre outras. Por influência desse enfoque, foram criadas políticas voltadas para uma assistência paliativa, segregada e protegida, já que, sob essa ótica, só mesmo a cura da deficiência pode trazer dignidade e felicidade.

Este modelo tem predominado nos programas de desenvolvimento e cooperação internacional, muitas vezes em função da urgência na obtenção de visibilidade e de resultados quantitativos, como a construção de um prédio para adultos com deficiência intelectual trabalharem juntos ou um espaço de lazer específico para adolescentes com deficiência motora.

O modelo médico se manifesta com frequência nas tentativas de se prevenir a deficiência. Geralmente, a mensagem veiculada pelas campanhas de prevenção põe toda ênfase no aspecto devastador de se adquirir uma lesão ou limitação permanente e acaba por construir uma imagem negativa e estigmatizante de pessoas com deficiência. Por isso, é aconselhável que campanhas de prevenção sejam elaboradas sob a ótica do modelo social, para não se tornarem veículos de maior discriminação e exclusão.

Modelo social

O modelo social da deficiência foi criado nos anos 1960 e vem sendo aprimorado desde então. Surgiu no Reino Unido por uma iniciativa de pessoas com deficiência reunidas no Social Disability Movement.

O Social Disability Movement provou que as dificuldades – ou a maior parte das dificuldades – enfrentadas por pessoas com deficiência são resultado da forma pela qual a sociedade lida com as limitações e as seqüelas físicas, intelectuais, sensoriais e múltiplas de cada indivíduo.

De acordo com o modelo social, a deficiência é a soma de duas condições inseparáveis: as seqüelas existentes no corpo e as barreiras físicas, econômicas e sociais impostas pelo ambiente ao indivíduo que tem essas seqüelas. Sob essa ótica, é possível entender a deficiência como uma construção coletiva entre indivíduos (com e sem deficiência) e a sociedade.

Ao mesmo tempo em que as limitações de uma pessoa são uma realidade concreta, já há um entendimento claro de que a deficiência é apenas uma das características daquele

indivíduo, uma parte, que não deve refletir o seu todo.

Para o modelo social, o acesso à saúde é um direito a ser garantido entre tantos outros, igualmente prioritários e simultâneos como educação, emprego, cultura, vida independente, lazer e desenvolvimento socioeconômico. Juntos, esses direitos contribuem para garantir a equiparação de oportunidades às pessoas com deficiência.

Com o enfoque do modelo social, a sociedade começa a absorver mais naturalmente conceitos como equiparação de oportunidades e inclusão. Estes conceitos, embora associados à deficiência, podem e vêm sendo aplicados para dar mais qualidade e dignidade à vida de qualquer cidadão.

Basta que uma mulher em final de gravidez precise subir em um ônibus alto demais, ou um homem com perna quebrada tente chegar ao trabalho em um prédio onde não haja elevador para que as dificuldades de acesso se tornem tangíveis. Naturalmente ocorre identificação temporária dessas pessoas com a deficiência e o impacto social de uma abordagem de desenvolvimento inclusivo imediatamente se generaliza. Quando o entorno físico e social é amigável para alguém com deficiência, certamente oferece melhor qualidade de vida para os demais cidadãos.

Um pedreiro, por exemplo, faz calçadas para serem utilizadas por qualquer pessoa, mas a preocupação com cada detalhe da lisura do cimento ou de outro material colocado nas calçadas irá beneficiar não apenas pedestres cegos ou com limitação visual, mas também evitará que pessoas idosas, desatentas, crianças andando de skate e ciclistas sofram acidentes que possam levá-los a adquirir deficiências.

De acordo com o modelo social, ser uma pessoa com deficiência é uma condição flexível, não necessariamente permanente. Quando todas as barreiras de acesso forem removidas, a relação de desvantagem passará a ser parcial ou completamente anulada. O assunto deficiência não interessa apenas ao indivíduo que tem uma limitação permanente; é de interesse público.

Por expandir e, ao mesmo tempo, dar complexidade ao vocábulo deficiência, o modelo social valoriza as diferenças individuais e traz o assunto para o contexto de diversidade, direitos humanos e sustentabilidade do sistema.

Toda criança deveria ser educada para entender que a diversidade humana e a deficiência fazem parte da vida, aprendendo a tomar decisões inspiradas nessa certeza.

A mídia, a diversidade e as alianças

Atuar no âmbito do desenvolvimento inclusivo exige comprometer-se com a chamada “ética da diversidade”. Essa ética baseia-se na premissa de que para entender a diversidade como um valor e não como um problema é preciso abandonar outras crenças que historicamente privilegiam e saúdam ambientes homogêneos, desvalorizando os heterogêneos e mais

complexos.

A educação regular tradicional sempre optou por preparar professores para trabalhar em classes com alunos que fossem o mais possível parecidos entre si, de alguma forma punindo meninos e meninas que não conseguissem “acompanhar a turma”. Professores formados na concepção de que as classes heterogêneas são problemáticas provavelmente terão dificuldades para se utilizar da “ética da diversidade”.

A “ética da diversidade” combate a homogeneidade e privilegia ambientes heterogêneos, celebrando toda e qualquer diferença entre pessoas e grupos. É, portanto, a base da formação de alianças a favor do desenvolvimento inclusivo e sustentável nas quais cada parceiro contribui com sua expertise e seus próprios recursos em benefício de todos.

Fundamentada na igualdade de direitos, na equiparação de oportunidades e na ratificação das diferenças individuais, a “ética da diversidade” não permite a hierarquização de condições humanas. Sob as “leis” que regem essa ética, pessoas com deficiência não mais representarão “um equívoco” ou “um deslize” da natureza que gerou seres anômalos passíveis apenas de serem “aceitos”, “tolerados” ou “respeitados” em um mundo falsamente de “iguais” onde eles representam “a diferença a ser combatida”.

Estratégias inspiradas na diversidade hoje vêm sendo incorporadas por organizações empresariais, governamentais, não-governamentais – regionais e internacionais – nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, na busca de alianças e ações que gerem programas e políticas públicas inclusivas. Grupos em situação de vulnerabilidade como populações ribeirinhas, indígenas, crianças trabalhadoras, catadores de lixo, pessoas com o vírus HIV, com orientação homossexual ou deficiência certamente se beneficiarão dessas estratégias.

Além do aspecto ético, um dos fatores que impulsionam a maioria dessas alianças é a crescente limitação dos recursos econômicos. Há também a urgência em se potencializar o impacto dos programas a serem desenvolvidos, a necessidade de encontrar novas soluções para problemas antigos e a comprovação de que o trabalho em equipe sempre é mais eficaz.

Para serem bem-sucedidas, as alianças devem ter como princípio a “ética da diversidade”, reforçando nos parceiros a consciência de que cada elemento que forma a coalizão tem o mesmo valor, incluindo o público beneficiário de qualquer ação social.

No que se refere à implementação de políticas de desenvolvimento inclusivo, essa consciência deverá ser sistematicamente trabalhada e incentivada também pela mídia e por profissionais de comunicação.

Ao adotar a perspectiva de desenvolvimento inclusivo, áreas até então “antagônicas” irão trabalhar juntas pelo bem comum.

Questões para mídia e profissionais de comunicação

A comunicação ganha mais impacto sempre que a deficiência deixa de ser abordada

como questão isolada (proposta do modelo médico) e passa a ser inserida transversalmente em assuntos prioritários (proposta do modelo social) como educação, desenvolvimento infantil, redução de conflitos militares, educação para a paz, juventude em situação de risco, HIV/Aids, desemprego e gênero.

A acessibilidade na comunicação é um dos pontos menos contemplados nas políticas de inclusão no Brasil, apesar da importância que tem como instrumento de viabilização dessas políticas em sua plenitude. Exemplos do que vem a ser acessibilidade na comunicação serão apresentados na Parte 3 – Acessibilidade, ajudas técnicas e desenho universal deste Manual.

Por meio de medidas de baixo custo e que envolvem prioritariamente mudança de mentalidade, é possível avançar muito na garantia de mais acessibilidade na comunicação entre pessoas com e sem deficiência. Por exemplo, um palestrante que passa a descrever os gráficos e imagens de sua apresentação possibilita aos participantes cegos uma vivência inédita. Essa experiência, tão simples para videntes, equipara oportunidades e promove qualidade de comunicação entre cidadãos da mesma comunidade.

Todavia, os palestrantes mais experientes organizam suas falas em congressos de modo a não precisar ler o que está escrito em slides, transparências, em power point, por exemplo. Os avanços tecnológicos e o pouco tempo para que as idéias sejam apresentadas parecem ser contraditórios com a proposta de garantir acessibilidade na comunicação para pessoas cegas em um ambiente onde ninguém mais é cego. O processo de inclusão nos ensina justamente o contrário: a incorporação dessas novas preocupações na hora de um palestrante disseminar suas idéias o levará a um aprimoramento natural como comunicador, inserindo-o como agente em um processo inevitável, que é a democratização da informação.

No ambiente corporativo, medidas de acessibilidade de comunicação têm grande impacto durante processos de recrutamento e seleção de funcionários. Também geram mudança nos sistemas de sinalização adotados em espaços públicos e de uso coletivo como shoppings, casas de show e centros de convenções.

Desafio

Partindo do princípio de que os modelos médico e social não se apresentam de forma tão explícita, como aprender a diferenciá-los?

Algumas respostas

- 1) Manter, ao escrever sobre deficiência ou analisar qualquer política pública, o mesmo rigor que caracteriza a abordagem de temas na área de economia, entre outros.
- 2) Desconfiar de qualquer enfoque que rotule pessoas com deficiência como pertencentes a um grupo homogêneo de cidadãos que partilham uma única personalidade como: pessoas com deficiência são trabalhadores responsáveis, crianças com síndrome de

Down têm sempre muito carinho para oferecer ou todo jovem cego é excelente massagista. Tentar homogeneizar a diversidade é uma característica do enfoque médico, pois cada pessoa é única.

- 3) Lembrar que superestimar pessoas com deficiência (transformando-as em super-heroínas) é tão discriminatório quando subestimá-las (coitadinhas), porque ambos os enfoques lhes tiram o direito à individualidade que transcende, sempre, à deficiência. Nesse caso, mais uma vez, é reforçado o modelo médico.
- 4) Aprimorar a visão crítica sobre discursos e documentos que valorizam o contexto de ambientes homogêneos como ideais para o desenvolvimento humano.
- 5) Provocar e/ou reforçar alianças entre profissionais de áreas diferentes, prioritariamente economia e inclusão de pessoas com deficiência.
- 6) Solidificar em suas reflexões e análises diárias as seguintes associações: modelo médico da deficiência/ambiente homogêneo e modelo social da deficiência/ambiente heterogêneo.

O modelo médico tem relação com a homogeneidade porque trata a deficiência como um problema do indivíduo que deve se esforçar ao máximo para se “normalizar” perante os olhos da sociedade. O modelo social relaciona-se com a heterogeneidade porque percebe a situação de deficiência como uma construção coletiva e, portanto, flexível e aberta às diferenças.

Exemplos da Mídia

Exemplo 3

“[...] Existem 315 crianças deficientes em diferentes escolas no distrito de Myagdi. Dessas, 165 são meninos, enquanto o restante é de 150 meninas. De acordo com uma pesquisa recente tornada pública pelo District Education Office (DEO), a maioria das crianças com deficiência, 282, estão no nível primário. Dos outros estudantes deficientes, 25 são cegos, enquanto 95 deles são mentalmente deficientes. Segundo o Tek Bahadur Thapa, oficial responsável pelo DEO, essas crianças estão tendo aulas junto com outras estudantes normais.”

Fonte:	Kathmandu Post-Nepal
Assunto/Seção:	-
País:	Nepal
Data:	2/12/2003
Comentário	

Alguns pontos a serem destacados na matéria:

- 1) O texto evidencia uma herança do modelo médico: procurar amenizar a deficiência. Em português, os exemplos mais comuns dessa tendência são as expressões “deficiente” e “pessoa com necessidades especiais”. Em inglês, a mais conhecida é “physically-challenged”. A letra E em caixa alta, em “deficiente”, traz um problema extra, pois dá a entender que “eficiência” é o contrário de “deficiência”; quando o contrário de “eficiência” é “ineficiência”.

Ainda sobre “necessidades especiais”, essa expressão não se limita às pessoas com deficiência, pois qualquer ser humano, no decorrer da vida, passa por fases em que tem necessidades especiais, como um acompanhante para uma mulher idosa. Pessoas com deficiência preferem ser denominadas como realmente são: surdas, cegas, têm baixa visão, etc., sem jogos semânticos ou metáforas.

- 2) O contrário de “deficiente” não é “normal”. Na última frase, o mais correto seria: “[...] essas crianças estão tendo aulas junto com outros estudantes, sem deficiência”.
- 3) O terceiro ponto tem relação com a expressão “mentalmente deficiente”; o melhor seria “com deficiência intelectual”, porque “mental” traz uma idéia de doença e não de desenvolvimento intelectual mais lento.

Exemplo 4

“[...] Além disto, o ministro observou que a maioria das crianças com deficiência vem de famílias muito pobres, que não têm condições de comprar livros, e por essa razão, as chances dessas crianças terem educação de qualidade se tornam limitadas”.

Fonte:	The East African Standard (Nairobi)
Assunto/Seção:	Educação
País:	Quênia
Data:	04/04/2003

Comentário

O enfoque de desenvolvimento inclusivo é evidente, principalmente porque o texto valoriza o modelo social (direito à educação de qualidade para crianças com deficiência), ressalta a importância de se promover equiparação de oportunidades para aquelas que têm deficiência e são pobres (e que não têm como comprar livros) e reforça o vínculo pobreza-deficiência.

Quadro Resumo

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

Fonte: Manual da Mídia Legal 3 – Comunicadores pela saúde, da ONG Escola de Gente – Comunicação em Inclusão (2005, WVA Editora, com patrocínio da Petrobras)

A CONSTRUÇÃO DA IMAGEM DO CÂNCER NA MÍDIA OU COM TODAS AS LETRAS (DE IMPRENSA)

Maurício Lara

Em uma primeira análise, a imprensa brasileira parece ser generosa ao conceder espaço para tratar do tema “câncer”. Jornais, revistas, rádios, televisão e sites de notícias se ocupam do assunto, tanto no que se refere à conscientização sobre riscos e necessidade de prevenção quanto a informações sobre novas tecnologias, novas drogas e novas abordagens no tratamento dos tumores. Mas a generosidade pára aí. Nem a imprensa, nem de resto a sociedade, aprenderam a lidar com o maior interessado no enfrentamento do câncer: o doente.

As notícias sobre novas experiências, novas drogas, novos tratamentos, novas esperanças são abundantes. Uma experiência feita por algum cientista lá do outro lado do mundo chega aos jornais brasileiros quase tão rapidamente quanto os resultados dos jogos do campeonato espanhol de futebol. Tudo ganha alto de página, e o foco, invariavelmente, são os acenos para a sonhada cura do câncer.

Camundongos de várias nacionalidades ganham seus minutos de fama nas televisões durante as explicações sobre testes com o medicamento ou a parafernália que, um dia, enfim, vai nos libertar da ameaça terrível que os tumores têm representado para todos. Desde os tempos da casca do ipê roxo como remédio infalível para o câncer que ampla publicidade se dá aos avanços ou às especulações sobre o fim do mal que mais anuncia o fim das pessoas.

Tem sido assim e nada há de mal nisso. É bom para a população saber dos progressos que a medicina tem conseguido, e esses avanços são inquestionáveis. As técnicas são permanentemente aprimoradas e tratamentos modernos têm se revelados eficientes no combate ao mal que tanto assusta. Tomara que a imprensa continue anunciando as novidades, sempre bem-vindas e aplaudidas.

A conscientização, por seu lado, avança a passos rápidos. A idéia da prevenção ou da necessidade de diagnóstico precoce é generalizada no País, e a imprensa tem exercido um papel relevante nessas conquistas. O exemplo maior parece ser o câncer de mama. Mais do que isso, está claro que as mulheres entenderam muito mais depressa a necessidade de procurar ajuda quando percebem algum sinal no organismo ou quando têm a chance de fazer exames preventivos.

Diagnósticos cruelmente precoces, como no caso de mulheres na faixa dos 30 anos, são comuns, e isso tem permitido, sem nenhuma dúvida, evitar sofrimento e salvar muitas vidas.

Se mulheres tão jovens “descobrem” o câncer é porque elas estão atentas às possibilidades e, mesmo estando teoricamente fora da faixa maior de risco, identificam o mal a tempo de combatê-lo e, felizmente, de vencê-lo.

Aqui não é o lugar para identificar as razões de a mulher ter avançado muito mais nessa atenção à saúde, mas uma pista reside no fato de ser ela quem, na família, está atenta às doenças que ameaça ela própria, marido e filhos. Ao contrário, os homens ainda agem como se não fosse com eles, e as razões disso ensejariam uma longa discussão.

As campanhas de prevenção atuais são muito mais adequadas do que as de algumas décadas atrás. A idéia de que o câncer é o “caranguejo” que ameaça “pegar” a mulher é muito mais capaz de atemorizar do que conscientizar.

A assistente social Márcia Skaba, chefe do Serviço Social do Instituto Nacional do Câncer (Inca), citada no meu livro *Com todas as letras – o estigma do câncer por quem enfrentou esse inimigo silencioso e cruel* (Editora Record, 2005), explica: “A capa da minha tese de doutorado é um panfleto que era distribuído pelas Pioneiras Sociais no meio da década de 1950. Era uma mulher deitada, com um caranguejo em cima dela, com aqueles tentáculos, com alguém enfiando uma faca nela e escrito assim: ‘Na luta contra o câncer – o câncer tem cura’. Eu jamais iria procurar essa possibilidade de ser aquela mulher que está sendo agarrada por aquele caranguejo.”

Hoje, as campanhas têm mais leveza e lidam com a doença, por mais temível que ela seja, como um fato de vida possível de ser enfrentado. Mesmo assim, é possível identificar deslizos, e eles não são raros. A capa da edição de *O Globo Revista*, de 20 de fevereiro de 2005, tem como chamada “Sutiã eleva o risco de câncer?”. A ilustração exibe uma mulher usando um sutiã de arame farpado. A imagem é assustadora e permite a pergunta: vai ser eficiente?

Mesmo que ainda não tenha sido encontrada uma linguagem totalmente adequada, as campanhas modernas, sem dúvida, contribuem para que o alerta funcione e para que as mulheres não fujam do assunto e do risco. Atitudes de figuras públicas, como a apresentadora de televisão Ana Maria Braga e a atriz Patrícia Pilar, que levaram para diante das câmeras, com a naturalidade possível, a existência da doença nelas próprias e o processo de enfrentamento, também têm contribuído – e muito – nesse processo de conscientização. Mesmo situações sem final feliz, como a do cantor Leandro, parceiro de Leonardo, ajudam a desmitificar a doença.

Mas há problemas. No livro *Vivendo durante um câncer*, a jornalista francesa Maria-Paule Dousset mostra que obter recursos ou apoios para campanhas referentes ao câncer é muito mais difícil do que para a aids. Ela diz ter ouvido a seguinte frase do representante de uma agência de publicidade: “É monstruoso dizer, mas o câncer não é mais uma doença da moda”. Nos grupos de pesquisa qualitativa que embasaram o livro *Com todas as letras*, há frases assim: “O câncer está em segundo plano, porque depois que apareceu a aids, toda a concentração dos governos ficou em cima da aids”; “Esqueceram o câncer por causa da aids”. Então, é triste pensar que uma doença, para ter mídia, precisa estar “na moda”.

De qualquer forma, ao abrir espaço para que experiências como a de Ana Maria Braga e Patrícia Pilar sejam narradas, a mídia está fazendo sua parte, mesmo que não seja da maneira ideal. Infelizmente, o repetido alarde quanto à necessidade de prevenção choca-se com a desfavorável realidade social. Um exemplo: uma faxineira diarista, que ganha somente quando trabalha, não vai perder dias de serviço para procurar precários serviços de saúde ao identificar um caroço suspeito no seio. Se for para a fila do posto médico, não leva comida para casa no final do dia. Mas, se não for à fila do posto médico, leva todos os dias o caroço para casa, até que seja identificado um câncer em estágio avançado e de enfrentamento muito mais difícil.

A realidade da vida de uma trabalhadora assim fala mais alto, e ela vai deixar o caroço esperando, mesmo sabendo que o câncer não pode esperar. Isso é válido até para outras situações do cotidiano brasileiro. Uma mãe de família pobre não vai fazer controle de ingestão de açúcares ou gorduras, porque produtos diet e light custam mais caro e ela não pode diminuir a quantidade de comida na mesa das crianças para comer diet e light. Aí, grita a realidade, vai açúcar e vai gordura, com os riscos para a glicose e o colesterol.

O depoimento de uma mulher pobre nas pesquisas de Com todas as letras dá a dimensão do problema: “Eu estou com 38 anos, meu colesterol é 308. Chego lá no supermercado, o diet e o light custam mais caro. Eu teria que substituir várias coisas, tipo a comida. Deveria comer menos arroz e feijão e mais frutas, verduras e legumes. Cadê? Eu, com três filhos. Eu como e meus meninos não ou vice-versa. Não tem jeito. Com um salário mínimo igual o nosso, todo mundo desempregado, só minha filha trabalhando, vivendo de bolsa-escola. E aí? Eu vou me dar ao luxo de comprar o diet?”

Aí mora o perigo. Com a realidade social brasileira, a precocidade do diagnóstico ainda tem gosto de privilégio, porque há importantes barreiras a serem vencidas pelos cidadãos. Isso prejudica a eficácia de campanhas, mesmo com a boa vontade dos veículos de comunicação. O cidadão pode até saber que precisa tomar providências, mas essas providências não combinam com o cotidiano dele. O exemplo está aí: campanhas falando de dietas adequadas e inadequadas podem esbarrar, simplesmente, na capacidade de compra das pessoas.

No caso dos homens, isso só se agrava. É só olhar o câncer de próstata, por exemplo. Os homens (e a sociedade em geral) têm muito menos informações sobre os riscos do câncer de próstata do que as mulheres quando o assunto é câncer de mama ou de útero. O homem não está ligado nisso e enfrenta pelo menos quatro barreiras até chegar a um tratamento realmente precoce.

A primeira barreira é da informação propriamente dita. Ele precisa saber que deve ir ao médico para examinar a próstata quando atinge a faixa etária de risco e não sabe. Então, não procura o médico. Com os avanços da informação, incluindo-se aí o esforço de empresas que incluem a prevenção ao câncer de próstata em exames periódicos, essa barreira ganha chances de ser vencida; mas vem a próxima, que é o preconceito.

Os homens temem ir ao urologista e levar “a dedada” no exame de próstata. Fazem pia-

da, riem e têm medo do exame. Esse preconceito acaba virando uma barreira importante e perigosa, porque, temendo perder a “virgindade”, arriscam-se a perder a virilidade ou a vida. Mas muitos homens estão conseguindo vencer essa segunda barreira e, entre uma piada e outra, procuram o urologista.

E aí está a terceira barreira. Especialmente na rede pública, não há urologistas disponíveis como há ginecologistas ou pediatras. Nos postos de saúde, o máximo que os homens conseguem é um encaminhamento para uma consulta que pode demorar meses. Se, tradicionalmente, o homem só vai ao médico quando está sentindo alguma coisa, porque ele iria enfrentar dificuldades para chegar diante de um urologista e passar pelo desconforto e pelo constrangimento da “dedada”? A barreira do acesso acaba sendo excludente e mesmo gente esclarecida opta por se contentar com o exame de PSA (Teste antígeno prostático) que, sozinho, não é capaz de garantir um diagnóstico seguro. Urologistas avisam todos os dias que é preciso combinar o exame de sangue com o exame clínico para avaliar o quadro.

Por fim, vem a quarta barreira, também terrível. O imaginário popular associa o câncer de próstata à perda da virilidade. Operou de próstata, fica impotente, imaginam as pessoas. Então, o medo de ficar impotente pode funcionar como outra barreira para o tratamento eficaz e oportuno. Tem gente que prefere não fazer exame, para não ficar diante do dilema de operar ou não.

No livro *Com todas as letras* está demonstrado que, “na hora do pega para capar”, na hora de decidir se entrega “a bolsa ou a vida”, não há alternativa senão lutar pela sobrevivência. Não operar pode significar manter a virilidade mas perder a vida, o que não faz sentido. Aí, o cidadão está perdendo a vida e, logicamente, fica sem a bolsa. Mas, enquanto o dilema não se instala, o medo da operação de próstata funciona como uma barreira real à busca do diagnóstico precoce ou do tratamento.

Também em *Com todas as letras*, a saga do personagem Alvarino Sebastião Almeida, o Vero do Bar, ilustra bem essas quatro barreiras. Vero demorou um ano para saber se tinha ou não câncer de próstata e sofreu muito imaginando o que a doença poderia trazer. Ele venceu as barreiras, uma a uma, mas à custa de angústia e incertezas. A história de Vero é a história do brasileiro comum às voltas com doenças e serviços ruins de saúde pública.

O problema é que a realidade realimenta o medo do câncer. No exemplo da faxineira diarista, se ela não vai atrás de identificar que caroço é aquele que encontrou no seio, pode deixar o tumor avançar e, quando for ao médico, poderá ser tarde demais. No caso do homem, se ele pára em alguma das barreiras, pode chegar ao tratamento quando o câncer já tiver “saído” da próstata e não houver muito mais o que fazer. Ora, isso só reforça o imaginário que determina: câncer mata.

A assistente social Márcia Skaba, em depoimento no livro *Com Todas as Letras*, mostra que o câncer no Brasil tem prognósticos muito ruins e que não há outro jeito. “Num lugar especializado como o Inca a gente tem uma entrada de pacientes matriculados em torno de 70% com doença de estadiamento 3 para cima. São prognósticos muito restritos... E não adianta,

porque doença avançada tem prognóstico limitado mesmo”. Em outras palavras: câncer mata mesmo, por mais que as campanhas mostrem bons resultados no enfrentamento da doença. Sem atendimento adequado e a tempo, o paciente morre. E isso a mídia e as campanhas não podem resolver.

Há uma particularidade do câncer da qual a imprensa (e a sociedade em geral) passa longe. Geralmente, ninguém tem a menor idéia sobre como lidar com o doente. Os profissionais de saúde (como regra, respeitando-se as louváveis exceções) parecem enxergar a doença em vez de ver o doente. Quando, em portas de UTIs, vem alguém informar ao familiar de um doente terminal que ele “está parando”, fica difícil saber a quem estão se referindo. Ao doente, que está “morrendo”, ou ao monitor ligado ao corpo, sinalizando que ele está “parando”? Ou seja, fala-se do ser humano ou da máquina que monitora os batimentos cardíacos e os “movimentos” da vida?

No caso do câncer, quem está no foco do profissional: o doente ou o tumor? Não é preciso radicalizar e dar uma resposta cabal, acusando médicos e outros profissionais de saúde de não enxergar o paciente. Isso é discussão permanente nos fóruns especializados e, claro, uma preocupação de todos. Ademais, para combater um tumor maligno, é necessário que a medicina abra suas baterias contra o inimigo e isso não significa um abandono do paciente na sua condição humana. Ao contrário, é preciso reconhecer que os esforços estão sendo feitos em busca da cura e, portanto, em benefício do paciente.

Na minha condição de jornalista e de ex-paciente de câncer tenho um prisma que é, a um só tempo, privilegiado e denunciador. Privilegiado, por conhecer o ofício do jornalista e a rotina das redações, e denunciador, por ter experimentado a profunda solidão do paciente de câncer durante o processo de enfrentamento da doença.

Um dos maiores retornos de Com todas as letras refere-se à identificação de leitores. Ou seja, o leitor que passou pela doença, ou que acompanhou um ente querido durante o tratamento, constata, muitas vezes com surpresa, que alguém tinha experimentado as mesmas sensações que ele. O assunto câncer é maldito, mas é também “não-dito”, e só quando alguém é apanhado pelo vendaval começa a perceber o que cerca a doença. Como não há trocas habituais, como não há mesas-redondas na televisão falando disso, como os grupos que lidam com esse assunto ainda têm uma abrangência restrita, o paciente fica só, extremamente só, mesmo quando cercado e protegido pela família.

Está aí o estigma da palavra câncer, que até hoje encontra dificuldades para ser pronunciada pela maioria das pessoas. Mas o estigma vai além do nome da doença. As pessoas evitam falar a palavra, como evitam o assunto. Durante todo o processo de minha relação com a doença – e mesmo depois de encerrado esse processo – ninguém fala “câncer” comigo se não receber uma espécie de autorização. A senha é sempre a palavra, ou seja, só depois que eu digo “câncer”, o interlocutor sente-se autorizado a pronunciá-la também.

Uma das principais razões que me levaram a escrever o livro foi justamente a observação de como a doença era devastadora para além do organismo do doente. O efeito da palavra câncer é arrasador, e é raro encontrar alguém que aja e reaja com naturalidade diante de

quem tem a doença. A conclusão é clara: a sociedade não sabe lidar com o câncer e com os doentes de câncer. Por conseqüência, a imprensa também não sabe.

Como jornalista, antes de ter a doença, eu tinha apurado e redigido matérias e realizado entrevistas em que o tema era câncer. Afinal, sempre houve espaço nos veículos para a pauta. Um exemplo é a entrevista que fiz para um programa de televisão com um urologista em que o assunto foi o câncer de próstata. Falou-se de várias nuances da doença, do tratamento e dos riscos, mas a particularidade da solidão, da individualidade, da condição humana ficou de fora, tanto porque o entrevistador nada sabia disso como porque não era de que o especialista se ocupava em seu trabalho cotidiano. A entrevista foi provavelmente interessante e útil para quem a assistiu, mas não abordou aspectos que contribuiriam para ajudar a entender o que circula dentro de um paciente, além das drogas que combatem o tumor.

A imprensa e os jornalistas esforçam-se por atender esse interesse público ligado ao câncer, mas tanto o aspecto “maldito” como o “não-dito” da doença criam barreiras que, até agora, têm sido intransponíveis. Há dificuldades para encontrar personagens para uma reportagem, porque as pessoas se recolhem e não querem se expor. Os homens, por exemplo, não gostam de falar sobre suas experiências com o câncer de próstata. E mesmo mulheres dispostas a contar de seus tumores no seio ou no útero não são a regra, mas a exceção.

Os jornalistas e os veículos não têm culpa, porque agem conforme o sentimento e a prática da própria sociedade. Se o assunto é penoso para o doente, se o tema é espinhoso para a sociedade, por que seria diferente para a imprensa? Então, a imprensa, que se propõe a ajudar na desmitificação do câncer, pára em uma barreira que é imposta exatamente pelo processo de mitificação.

A sociedade não consegue romper essa barreira; a imprensa quer ajudar, mas também não consegue. Pacientes, familiares, profissionais de saúde, psicólogos, jornalistas parecem todos engessados pelas mesmas dificuldades. Então, há campanhas de conscientização, há divulgação dos avanços da medicina, mas há um silêncio a respeito do que vai na alma de quem enfrenta o inimigo.

Uma das questões principais é descobrir como o paciente gostaria de ser tratado. Uma coisa é o tratamento médico, outra é o tratamento cotidiano de quem fica sabendo que “fulano” está com câncer. Como agir? É melhor evitar o assunto ou tentar ser natural? É melhor chegar sério e compenetrado ou contar uma piada? É melhor dar um abraço ou ficar a distância? Na dúvida, muita gente opta por não chegar perto, exatamente por não saber o que fazer, o que só faz aumentar a solidão de quem carrega dentro de si um inimigo que pode levar à morte.

Se é assim com o parente, é assim com o pauteiro, com o repórter e com o editor. O que o paciente e seus familiares esperam de uma boa reportagem sobre o assunto? A primeira dica pode estar justamente nessa pergunta. Talvez a primeira pauta rumo à mudança seja justamente essa: discutir o que vai na alma do indivíduo quando ele carrega no corpo a doença maligna e estigmatizada. Ir além dos efeitos causados no corpo e tentar lidar com os sentimentos que até o doente tem dificuldades para encarar.

Termino com uma afirmação: todo câncer tem metástase. Explico: mesmo que o diagnóstico precoce permita que a medicina controle e cure a doença antes que sejam atingidas outras partes do organismo, ela vai para o cérebro. Por causa de tudo que o cerca, o câncer sempre sobe para a cabeça, mesmo quando parece contido ao órgão em que começou. E essa “metástase” inevitável precisa ser admitida e encarada, sem drogas e sem cirurgias, mas com realismo.

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE PELA CULTURA DE PAZ E NÃO-VIOLÊNCIA

Adriana Santos

Introdução

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a concepção de saúde está para além da ausência de doenças, é um estado de bem-estar físico, mental e social. Essa afirmação está contida na Declaração dos Direitos Humanos, aprovada pela ONU e assinada pelos países membros em 1948. No Brasil, a saúde passou a ser considerada um direito somente a partir da Constituição de 1988, conforme o artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Perspectiva que, aliás, impõe grandes desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS), já que o Brasil é marcado por profundas assimetrias sociais e culturais. Ainda é muito difícil garantir “tudo para todos”, fazendo valer os princípios da universalidade, equidade e integralidade, expressos como direitos de todos os brasileiros e deveres de um Estado democrático.

Nesse sentido, o Sistema Único, como política do Estado brasileiro para a melhoria da qualidade de vida, do ponto de vista da saúde ampliada, deve encontrar mecanismos de aproximação com a mídia e de fortalecimento das relações sociais, por meio de uma comunicação integrada e articulada aos princípios doutrinários e organizativos da assistência à saúde pública.

A universalidade corresponde à tentativa de democratização da comunicação, possibilitando espaços de múltiplas vozes, discursos, idéias, propostas e saberes. A equidade contempla as diferenças socioculturais e econômicas, sobretudo nas políticas de saúde e no acesso à informação e à assistência. A descentralização fomenta a participação local nas decisões políticas, por meio da criação de canais de comunicação regional. A hierarquização implica a participação maior das esferas estaduais e municipais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o poder central assumindo o papel de gerenciador de recursos públicos e de apoio a Estados e municípios, na sua prática comunicativa. A participação cria condições favoráveis

para o empoderamento da sociedade, atuando ativa e positivamente no desenvolvimento das políticas públicas de saúde.

Para Araújo e Cardoso (2007),

Como princípio organizativo do SUS, a participação recomenda que a sociedade seja ativa, preferencialmente através dos conselhos organizados em vários níveis, no planejamento, na implantação e na fiscalização das políticas pública de saúde.

O direito à informação é um dos pilares da política de democratização do SUS. É direito dos cidadãos possuírem informações sobre o funcionamento do sistema de saúde de modo que possam procurar o serviço mais indicado para cada problema. Isso permitirá também um atendimento mais ágil com economia de tempo e recursos, tanto para o cidadão quanto para os gestores. O SUS deve funcionar como uma rede de solidariedade, de cooperação e de informação para que o atendimento não sofra interrupções e para que cada brasileiro seja assistido.

Todavia, vivemos em uma cultura em que prevalece o não-reconhecimento do outro, implicando a exclusão social de uma grande maioria de brasileiros, principalmente com relação aos negros, pobres e deficientes. “As relações humanas que não se baseiam na aceitação do outro como legítimo outro na convivência não são relações sociais” (MATURANA, 2000).

Os planos de comunicação em saúde devem ser contemplados à luz do processo democrático. O acesso à informação e à comunicação, especialmente em questões tão controversas como o efeito estufa, a utilização de organismos geneticamente modificados, a nanotecnologia ou a investigação com células-tronco, é essencial para o empoderamento por parte dos vários públicos, para o exercício pleno da cidadania e para a consciente tomada de posições políticas em temas que envolvem a saúde pública. Uma sociedade bem informada, segura das suas decisões, é base de uma democracia bem estruturada. O acesso à informação não deve ser verticalizado, omissivo ou simplesmente persuasivo. Para Araújo e Cardoso (2007),

Em conseqüência, não pode se limitar a ter a persuasão com estratégia, nem trabalhar apenas com a idéia de divulgação: o objetivo deve ser, minimamente, estabelecer um debate público sobre temas de interesse e garantir às pessoas informações suficientes para a ampliação de sua participação cidadã nas políticas de saúde.

Nessa concepção, o processo de comunicação não se limita à transmissão de conteúdos prontos, mas é compreendido como processo de produção dos sentidos sociais. A polifonia social, ao reconhecer uma multiplicidade de vozes presentes em cada fala, representando interesses e posições diferentes na estrutura social, permite a compreensão dos conflitos sociais

e das relações de poder presentes em todo ato comunicativo.

As estratégias de comunicação e informação e suas articulações com a saúde pública, quando bem inseridas e negociadas no planejamento e na organização das ações institucionais em saúde, são ferramentas essenciais no processo democrático e no controle social, mas não é bem assim que as coisas acontecem. Araújo e Cardoso (2007) afirmam que,

Raramente a comunicação é objeto de planejamento, suas ações são comumente decididas de modo circunstancial, entendidas e tratadas por uma perspectiva instrumental. É justamente nesses espaços feitos de ausências e omissões que as hegemonias se consolidam [...]

O fortalecimento das relações sociais, por meio do acesso à informação clara, objetiva e transparente, é capaz de fomentar mudanças de comportamento e cuidado de si, motivando a prática de ações saudáveis e responsáveis. Além do mais, a informação direta, qualificada e ética favorece a tomada de decisões importantes que afetam o indivíduo e o coletivo, como, por exemplo, em quem votar nas próximas eleições ou aderir ou não aos apelos de promoção à saúde. Para Henriques e Mafra (2006):

Num alargamento da perspectiva, inclui entre suas finalidades não somente a difusão de informações de interesse público, mas também de assegurar as relações sociais (entre Estado e cidadãos), ou seja, uma prática que contribua para alimentar o conhecimento cívico, facilitar a ação pública e garantir o debate público.

O direito à comunicação é instrumento de inserção social, em especial no Brasil e nos demais países da América Latina, onde a taxa de mortalidade por doenças que poderiam ser prevenidas por meio de educação em saúde ainda é muito elevada. As instituições públicas em saúde não podem perder isso de vista. A participação dos cidadãos nos debates públicos é vital para a saúde dos indivíduos e da sociedade. O grau de desenvolvimento de um país está diretamente associado à melhoria de sua qualidade de vida, o que significa pessoas saudáveis, nutridas, felizes, bem-informadas, com capacidade de decidir, avaliar e recriar o mundo que as cercam, promovendo valores, sendo solidárias, críticas e comprometidas com a transformação da realidade social e cultural.

Sendo assim, essa abordagem aumenta a demanda por qualificação dos meios de comunicação, em especial dos eletrônicos, que detêm concessões públicas, ou seja, licenças concedidas pelo governo para uma determinada empresa transmitir conteúdos por canais do espectro eletromagnético. No caso das televisões a validade é de 15 anos e, para as rádios, de 10 anos.

A mídia, em destaque a televisão, tem um papel fundamental no processo de construção do imaginário que a população tem sobre saúde e doença, sendo, portanto, co-responsável

pela divulgação de informações com relação aos agravos à saúde pública e à promoção da saúde.

A televisão se universalizou a partir da década de 1950, transformando-se no mais importante artefato doméstico de transmissão de informação, devido ao seu imenso alcance social e à abrangência de usos. Isso além do seu incontestável poder de transformar espaços públicos e privados e de reproduzir várias dimensões materiais e simbólicas da vida, aproximando pessoas e grupos, familiarizando o cotidiano e seduzindo-as com o reflexo daquilo que parece ou se acredita parecer com elas mesmas.

Estima-se que o aparelho receptor do sinal televisivo esteja presente, hoje, em torno de 92% dos lares brasileiros (MENDES, VIEIRA, 2006). Não há como desconsiderar o efeito de um veículo de comunicação com significativa penetração na vida íntima e social dos brasileiros. As emissoras de TV devem procurar a qualificação profissional dos jornalistas que trabalham com as pautas de saúde, entender os princípios e diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), além de exigir a transparência das informações de caráter público e científico, possibilitando que a população tenha conhecimento das informações que realmente façam diferença.

Não cabe mais compreender a mídia pelo ponto de vista maniqueísta, meramente funcional e demasiadamente desconfiada, principalmente nos estudos midiáticos que envolvem a saúde pública. Os receptores não podem ser mais tratados como consumidores passivos dos meios de comunicação. Segundo Martín-Barbero (1995):

O processo de educação, desde o século XIX, era concebido como um processo de transmissão do conhecimento para quem não conhece. O receptor era tábula rasa, recipiente vazio para se depositar conhecimentos originados ou produzidos em outro lugar.

Os receptores não são “teleguiados”, fantoches ou tábula rasa nas mãos dos grandes aglomerados de comunicação. Pelo contrário, são capazes de atribuir significados e sentidos, muitas vezes contrários aos esperados pela audiência. O discurso dos meios de comunicação é constituído por meio de interações entre emissores e receptores, processo que inclui negociação, resistência, submissão, oposição e cumplicidade. No entanto, cabe à sociedade politizada cobrar posturas éticas no cumprimento das atribuições jornalísticas, e, para tanto, precisamos ampliar os nossos conhecimentos sobre a mídia e “reconhecer que o processo é fundamental e eternamente social – é insistir na mídia como historicamente específica” (SILVERSTONE, 2005).

Nas sociedades modernas do conhecimento, da pluralidade e da duplicidade de informações, entender o papel da mídia na construção e na representação de realidades sociais e culturais é cada vez mais necessário. Assim como a mídia é um processo social que implica disputas simbólicas e de reconhecimento, a saúde também é uma construção histórica, por-

tanto, sujeita aos olhares sociais, culturais, políticos, econômicos e subjetivos.

A comunicação e as voltas com o outro

A comunicação nasce do encontro e da interação com a complexidade do outro, já que “somos seres, simultaneamente, cósmicos, físicos, biológicos, culturais, cerebrais, espirituais...” (MATURANA, 1998). A complexidade humana está no fato de que todo homem social interage com outros indivíduos, tecendo redes de conversação, por meio de um “entrelaçamento do emocional com o racional.

Segundo Maturana, a conversa é fundamental para a produção de conhecimento e para a construção de um universo cultural: “a palavra conversa vem da união de duas raízes latinas, ‘cum’, que significa ‘com’, e ‘versare’, que significa ‘dar voltas’, de maneira que conversar, em sua origem, significa ‘dar voltas com’ outro”.

A conversa constitui-se, assim, em um espaço relacional por excelência na ação comunicativa e constitui uma oportunidade para que as emoções e razões de cada interlocutor se reorganizem, ampliando os espaços de liberdade individual e, em consequência, das possibilidades de aprender a dialogar com o outro e com a própria subjetividade.

A compreensão da comunicação como dialógica é, sem dúvida, um dos modelos mais influentes da comunicação, que remonta à filosofia grega de Platão e Sócrates. É por meio do diálogo que o cidadão conquista a capacidade de intervir nos processos da natureza e de sua historicidade. “O diálogo é a relação verdadeira, opondo-se à violência, à força física, mas também à retórica manipuladora dos sofistas. Procura estabelecer: o que se diz; por que se diz; o que significa aquilo que é dito” (MARCONDES, 1997).

No entanto, é inegável que os avanços tecnológicos e científicos vivenciados, principalmente nas últimas décadas, alteraram as formas de tornar comum a experiência de vida e as “voltas com o outro”, além das reconfigurações de espaço e de tempo, tanto no plano físico quanto no aspecto subjetivo de cada um. Prevalece a era da urgência de informação e de conhecimento. Não é mais possível deixar algo para fazer amanhã, porque há o risco de a ação estar velha demais, ou como disse Bauman (2005), “as condições de ação e as estratégias de reação envelhecem rapidamente e se tornam obsoletas antes de os atores terem uma chance de aprendê-las efetivamente”.

Os artefatos tecnológicos, como celulares, computadores, televisores, enfim, outras tantas possibilidades de mediação de sentidos, fazem parte da existência, como seres humanos sociais, culturais e biológicos. Isto significa dizer que o estar no mundo está cada vez mais mediado pelas tecnologias duras, materializadas em máquinas e instrumentos. Quando o cidadão procura ter mais saúde, vai até o hospital que reúne os equipamentos mais modernos de intervenção médica; quando ele procura novos encontros afetivos, acessa a internet e os sites de relacionamento; quando as instituições públicas querem ser ouvidas, acionam a mídia.

O principal impacto da contemporaneidade na comunicação é uma grande valorização

dos meios e uma pouca reflexão dos usos e das atribuições de sentidos, diante das recentes tecnologias. Um bom exemplo é o discurso sobre a TV digital, que privilegia os aspectos tecnológicos e a convergência digital, enquanto que o debate social para a cidadania fica sufocado em algumas poucas vozes que defendem a democratização das comunicações e a qualidade dos programas oferecidos pelas emissoras de televisão com relação ao bem-estar do cidadão. Novas urgências, novas tecnologias e práticas no cenário de comunicação e saúde exigem novos caminhos para se alcançar melhor prática comunicativa.

Diante de um cenário de valorização excessiva das mediações tecnológicas e das urgências nas relações sociais e interpessoais, a comunicação perde algumas características fundamentais para a mobilização social em saúde, como, por exemplo, a capacidade de ouvir e de aceitar o outro na sua complexidade. Ouvir é a capacidade de construir espaços de convivência, por meio de um processo dialógico, do qual os sujeitos interagem com fins de obter um entendimento e cooperação. Para Maturana (1998), “sem a aceitação do outro na convivência, não há fenômeno social”.

A comunicação a serviço da produção da saúde, em todas as suas complexidades – promoção, proteção e recuperação – só pode ser concretizada na colaboração e no diálogo, mediados por saberes e tecnologias.

O acolhimento, a escuta, o afeto, a cooperação e a conversa são exemplos de tecnologias de relações ou tecnologias leves do trabalho em saúde, que operam criando um modo próprio de governar os processos, de estabelecer espaços de negociação, de promover encontros e de produzir conhecimento.

Entre outros significados, acolhimento, em latim *acolligere*, significa “dar ouvidos a”, o que nos faz refletir sobre uma comunicação mais acolhedora, dialógica, que, necessariamente, precede de uma escuta qualificada, aberta para as diferenças, sem a intenção de subjugar o outro. Para Maturana (2000), “a cooperação ocorre nas relações sociais, não nas relações de dominação e sujeição. As relações sociais implicam confiança mútua e ausência de manipulação ou instrumentalização das relações”.

Comunicação em tempos de guerra

O breve histórico que segue sobre a origem e os avanços das pesquisas de comunicação no período entre e pós-guerras tem o objetivo de nortear algumas reflexões necessárias sobre o uso da linguagem bélica que ainda permeia as iniciativas de promoção da saúde, de prevenção da violência e de estímulo à cultura de paz, além de estar presente nos títulos de reportagens veiculados nas mídias impressas e eletrônicas e até mesmo nos sites governamentais.

Na Comunicação, na modalidade de disciplina e articuladora de práticas e saberes, algumas palavras bélicas foram incorporadas no vocabulário da saúde, desde o início do século XX, quando as necessidades de um Estado em guerra nortearam as primeiras pesquisas em comunicação nos Estados Unidos e foram intensificadas, a partir dos anos 1930-1940.

A teoria das balas mágicas popularizou-se a partir de 1920, e fundava-se no conceito de que o processo de comunicação de massas é equivalente ao que se passa numa galeria de tiro. Bastava atingir o alvo para que este caísse. As balas eram irresistíveis, as pessoas estavam totalmente indefesas. (MIÈGE, 2000)

Os teóricos da “Bala Mágica” ou “Agulha Hipodérmica” acreditavam que bastava “atingir o alvo” e a propaganda teria êxito certo, ou seja, que os meios de comunicação de massa teriam efeitos sobre os receptores como se fossem aplicados em seus organismos uma injeção.

Rodrigues Teixeira (1997) explica que as primeiras pesquisas em comunicação

concentraram-se em duas grandes frentes: a propaganda comercial e a que se intensifica em estreita relação com “crises de superprodução”, buscando influir no comportamento consumidor; e a propaganda política, que se impõe como resposta às repercussões da propaganda nazista, levando a um esforço aliado de contrapropaganda associada à “comunicação de guerra” (a Segunda Grande Guerra foi a primeira a empregar os novos meios de comunicação para a “guerra psicológica”, a primeira a incluir um campo de batalha midiático).

As intenções eram evidentes e tinham sentido certo, como alvos em uma guerra: influenciar o maior número de pessoas possível para o consumo e para o apoio ideológico à guerra, por meio da persuasão.

Os precursores destas pesquisas são: Paul Lazarsfeld, Carl Hovland e Harold Lasswell, que trabalharam em projetos de “propaganda política” e “comunicação de guerra”. Lazarsfeld “empreendeu os primeiros estudos de audiência da imprensa e do rádio e publicou *The Peoples` s Choise*, modelo das pesquisas sobre formação das opiniões durante as campanhas eleitorais” (MIÈGE, 2000)

O psicossociológico Carl Hovland:

[...] ele se interessou pelos fenômenos de persuasão nos pequenos grupos, assim como pelos processos de formação das opiniões individuais; a ele se deve o sleeper effect (os efeitos de uma mensagem podem ser mais fortes ou mais fracos durante a recepção e ao final de um certo tempo).

Harold Lasswell (1902-1978), por exemplo, se interessou, após a Segunda Guerra Mundial, pela propaganda política e pela organização dos meios de comunicação de massa. Ele é o formulador do primeiro modelo emissor-receptor unilinear: Quem?; Diz o quê?; Em que canal?; Para quem?; Com que efeito? – uma referência ao modelo de Retórica de Aristóteles: Quem?; Diz o que?; A quem? Sendo assim, o emissor é o detentor dos sentidos, é aquele que

controla e manipula a recepção. O receptor é aquele que recebe a mensagem, pacificamente, sem nenhuma participação na construção de sentidos da mensagem. O efeito é a reação da mensagem pelo receptor.

Para Lasswell, a propaganda tem quatro objetivos prioritários: 1) mobilizar o ódio contra o inimigo, por meio de histórias de grande atrocidade; 2) manter a amizade dos aliados; 3) preservar a amizade e procurar a cooperação dos que se mantêm neutros; 4) desmoralizar o inimigo. A propaganda, segundo Lasswell, é a técnica de influenciar a ação humana através da manipulação das representações, como símbolos, por meio de rumores, relatos, imagens e outras formas de comunicação social. (TEIXEIRA, 1997)

No Brasil, no início da década de 1920, o sanitarista Carlos Chagas criava o Departamento Nacional de Saúde Pública com o intuito de associar técnicas de propaganda à educação sanitária, de acordo com as premissas propostas por Harold Lasswell para o estudo da comunicação.

Nos anos 1970, começa a ser utilizado o conceito de população-alvo na oferta de serviços de saúde, estendendo-se assim a ideologia do mercado e do consumo para o âmbito da saúde. O objetivo era garantir maior adesão por parte dos públicos. As estratégias educativas e comunicativas, como por exemplo, as campanhas de saúde veiculadas nos meios de comunicação de massa, estavam preocupadas com os modelos provenientes das teorias da propaganda política, das teorias da persuasão, que visavam a efeitos de ordem comportamental mediante o convencimento de seus públicos. Tais iniciativas não levavam em consideração a complexidade dos processos de construção de sentidos aos problemas de saúde pública.

Saúde, guerra, linguagem

Para Maturana (1990), “as palavras que usamos não somente revelam nosso pensar, como também projetam o curso do nosso fazer”. Nesse sentido, as palavras são matérias plásticas de que os escritores, os poetas, os artistas, os cientistas, os comunicadores, os jornalistas se interessam não como fim, mas como meio de expressar e construir sentidos.

As palavras revelam muito mais do que um conjunto de códigos e de símbolos de uma língua. Elas ajudam na construção do fazer e do pensar saúde, articuladas com as questões culturais, sociais e subjetivas de cada um de nós. Talvez a construção do texto sobre saúde, nos moldes adotados, nas estratégias de guerra, esteja imbricada com as urgências da comunicação contemporânea, que prioriza o mercado e os consumidores, em uma disputa que nos lembra os campos de combates. No entanto, não é mais tolerado reduzir a saúde aos espaços do mercado.

Para Maturana (1998), a linguagem promove modificações estruturais porque coordena

organiza e sintetiza os nossos comportamentos e, ao relatá-los, contribui para que eles se modifiquem. Os encontros, por meio das interações, deflagram mudanças nos sistemas vivos: são as coordenações. A linguagem coordena e relata essas coordenações.

As palavras são nós em redes de coordenações de ações que surgem na convivência. Por isso, mudar os significados das palavras implica mudar o modo de conviver. É por isso também é certo que, se não mudam as palavras, não mudam as ações que elas configuram, e não muda o modo de viver.

Para efeito de exemplificação, foram selecionados alguns títulos e manchetes de reportagens que envolvem saúde e adotam uma linguagem bélica para escrever sobre saúde e prevenção.

Em 1971, o governo americano declarou guerra contra o câncer com um arsenal de dólares [...]. (REVISTA ÉPOCA, n. 169, 13 ago. 2001)

Saúde. Inimigo íntimo: A guerra contra o HPV aguarda forte aliado: a vacina que pode evitar 90% das infecções. (VEJA ON LINE, 13 abr. 2005)

Guerra contra o cigarro. A luta contra o cigarro ganhou uma nova e poderosa arma no final de fevereiro, quando entrou em vigor o primeiro tratado internacional com o objetivo de reduzir o tabagismo. (REVISTA GALILEU, Edição 186, Jan. 2007)

Prefeitura do Rio pede ajuda da população no combate à dengue. (O GLOBO ON LINE, 14 mar. 2007)

Guerra de liminares na saúde. “O Ministério da Saúde está em guerra contra liminares que obrigam o governo a fornecer medicamentos que não estão incluídos na lista dos excepcionais, aqueles mais caros, distribuídos de graça para tratamento de doenças graves. (GLOBO ON LINE/JORNAL NACIONAL, 26, out. 2007)

Saúde na mídia: Guerra contra dengue ganha reforço de mais mil agentes em 15 dias. (MINISTÉRIO DA SAÚDE ON LINE, 16, abr 2007)

Em uma guerra há perdedores e vencedores; inimigos e aliados, combates e tréguas, além de muitas armas, munições e destruições. Nas estratégias de guerra, o público-alvo é sempre aquele que se pretende atingir ou persuadir. Com relação à saúde, há organismos que reagem positivamente ao tratamento e outros que reagem negativamente, sem cunho moral ou religioso.

Na saúde, o público não é alvo, porque não há o interesse em atingir ninguém, mas conscientizar as comunidades e as pessoas sobre a importância da prevenção, do tratamento e da recuperação. Quem nunca leu algo parecido como: “A vacinação atingiu todo Estado”; “O público alvo é o idoso acima de 60 anos”; “Remédios que garantem a destruição e eliminação

das gorduras”. Com a dengue, a regra é a mesma: “Combate à dengue”; “Mosquito inimigo”; “Ataque ao inimigo”; “Guerra contra dengue” ou algo semelhante.

Nos casos das informações sobre o câncer, é sempre adequado optar, por “controle do câncer” e não “guerra contra o câncer”. O câncer não é um inimigo a ser combatido, mas uma doença crônica. As pessoas que recebem o diagnóstico necessitam de cuidados, tratamento adequado e envolvimento dos profissionais de saúde e da família.

Esses termos citados nos veículos de imprensa fazem referência à linguagem bélica, presente nas antigas estratégias de comunicação, em tempos de guerra. Com certeza tais palavras não traduzem os sentidos e os sentimentos a favor do bem-estar, do bem comum e da cultura de paz, preconizados no Programa de Promoção à Saúde do Sistema Único de Saúde.

Conclusão

A saúde é uma construção cultural e social, assim como a política, a ética, a linguagem, a comunicação. Comunicar é um passo a mais em direção ao outro, diminuindo as distâncias e possibilitando novos encontros. É, acima de tudo, a capacidade que o homem tem de comungar idéias, sonhos, projetos de vida e convivências sociais e culturais. São conjugações e construções de sentidos, por meio do diálogo, o principal reconhecedor e legitimador do outro na convivência.

Pensar a comunicação em saúde é interagir com a complexidade social, cultural e biológica do outro, por meio do diálogo. Sendo assim, as ações que garantem uma sociedade democrática não são as que priorizam as batalhas ideológicas, mas as que incentivam a cooperação e a construção do conhecimento compartilhado.

Portanto, os planos de comunicação que garantem os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e os interesses de uma sociedade em construção devem estar articulados com o projeto em comum de fazer da saúde pública a extensão do nosso bem-estar. Para tanto, devemos refletir sobre os modos de pensar e de agir a comunicação, o que significa, necessariamente, fortalecer os laços sociais, por meio da linguagem adequada e da qualidade dos encontros.

Bibliografia

ARAÚJO, Inesita Soares; CARDOSO, Janine Miranda. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

BAUMAN, Z. Vida líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

BRASIL. Constituição da Republica Federativa do Brasil, 1998.

Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Ciência e Tecnologia em Saúde – Brasília: CONASS, 2007.

HENRIQUES, M. S.; MAFRA, R.L.M. Mobilização social em saúde: o papel da comunicação estratégica. In: SANTOS, Adriana (Org). Caderno mídia e saúde pública. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/FUNED, 2006.

KUCINSKI, Bernardo. Jornalismo, saúde e cidadania. Interface – Comunicação, Saúde e Educação. São Paulo, Fundação UNI. V.6. p. 181 - 186. Fev, 2000.

MARCONDES, Danilo. Iniciação à História da Filosofia. Rio de Janeiro: Jorge ZAHAR. 1997.

MARTÍN-BARBERO, Jesús. América Latina e os anos recentes: o estudo da recepção em comunicação social. In: SOUZA, Mauro W. (Org.). Sujeito, o lado oculto do receptor. São Paulo: Brasiliense, 1995.

MATURANA, H & REZEPKA, S. N. Formação e Capacitação Humana. Petrópolis: Vozes, 2000

MATURANA, Humberto. Emoções e linguagem na educação e na política. Belo Horizonte, UFMG, 1998. 98p.

MENDES, Karla; VIEIRA, Marta. Tecnologia e conforto nas casas. Diário da Tarde. Belo Horizonte, cad. 1, p. 14, 16 set. 2006.

MERHY, E. E. O Ato de Cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde. São Paulo: DMPS/FCM/UNICAMP, 1999. (Mimeo).

MIÈGE, Bernard. O pensamento comunicacional. Tradução de Guilherme Teixeira. Petrópolis: Vozes, 2000.

MORIN, Edgar. A cabeça bem-feita. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

MORIN, Edgar. Meus Demônios. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1997, p. 44.

RODRIGUES TEXEIRA, Ricardo. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo: Fundação UNI, N. 1, p. 4-40. Agosto 1997.

SANTOS, J. R. O que é comunicação. Lisboa: Difusão Cultural, 1992, p. 18.

SILVERSTONE, Roger. Por que estudar a mídia? São Paulo: Edições Loyola, 2002.

A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA COMO OBSTÁCULO À FRUIÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES

Stela Cavalcanti

Introdução

O Direito Internacional dos Direitos Humanos é recente na história contemporânea. Surgiu no Pós-Guerra como resposta às atrocidades cometidas durante o nazismo. É naquele cenário que se desenvolve o esforço de reconstrução dos direitos humanos como paradigma e referencial ético a orientar a ordem internacional contemporânea. Uma das principais preocupações desse movimento foi converter os direitos humanos em tema de legítimo interesse da comunidade internacional. Diante da crescente consolidação do positivismo concernente aos direitos humanos, podemos afirmar que os tratados internacionais de proteção aos direitos humanos invocam, sobretudo, a consciência ética contemporânea compartilhada pelos Estados, na medida em que celebram o consenso internacional acerca de temas centrais à dignidade humana.

O processo de universalização dos direitos humanos propiciou a formação de um sistema normativo internacional de proteção, fundado no valor da primazia da pessoa humana. Esse sistema interage com o sistema nacional de proteção, a fim de proporcionar a maior efetividade possível na tutela e proteção de direitos fundamentais.

Não vislumbramos distinção entre esses conceitos em razão de se completarem, assim optamos por considerá-los sinônimos como preferem vários autores, a exemplo de Manoel Gonçalves Ferreira Filho, A. Moraes, George Sarmento, entre outros. Diante de tantas nomenclaturas, entendemos que a denominação mais apropriada para essa classe normativa é direitos humanos fundamentais. Desta forma, os direitos fundamentais cumprem, conforme expõe Canotilho, a função de defesa dos cidadãos sob uma dupla perspectiva: (a) num plano jurídico objetivo, implicam normas de competência negativa para poderes públicos, proibindo fundamentalmente as ingerências desses na esfera jurídica individual e, (b) num plano jurídico-subjectivo, constituem o poder de exercer positivamente direitos fundamentais (liberdade positiva) e de exigir omissões dos poderes públicos, de forma a evitar agressões lesivas por parte dos mesmos (liberdade negativa). Os direitos humanos fundamentais visam a resguardar os valores mais preciosos da pessoa humana, ou seja, a vida, a igualdade, a liberdade e a dignidade humana.¹

As normas de direitos fundamentais afirmam valores que se propagam sobre o ordenamento jurídico e servem para iluminar as tarefas dos órgãos judiciários, legislativos e executivos. Implicam, portanto, uma valoração de ordem objetiva. O valor contido nessas normas, revelado de modo objetivo, espalha-se necessariamente sobre a compreensão e a atuação do ordenamento jurídico. Quando se afirma a dupla dimensão dos direitos fundamentais – subjetiva e objetiva –, deseja-se realçar que as normas que estabelecem direitos fundamentais não apenas garantem direitos subjetivos, mas também fundam princípios objetivos orientadores do ordenamento jurídico. Uma das mais importantes consequências da dimensão objetiva dos direitos fundamentais consiste no dever do Estado de lhes assegurar proteção ampla e irrestrita.

A Constituição de 1988 conferiu dignidade e proteção especiais aos direitos fundamentais, sendo considerada um verdadeiro marco histórico nessa seara. As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata (art. 5º, §1º), permitindo inclusive a conclusão de que os direitos fundamentais estão protegidos não apenas diante do legislador ordinário, mas também contra o poder constituinte reformador, por integrarem o rol das denominadas cláusulas de irredutibilidade ou mínimas (art. 60). O art. 5º, § 2º, estabelece que os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ele adotados ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte. Essa norma possibilita que outros direitos, ainda não expressamente previstos na Constituição, sejam considerados direitos fundamentais.

Importante ressaltar a inclusão, pela Emenda nº 45, dos § 3º e 4º ao art. 5º da Constituição Federal Brasileira, que dispõem, respectivamente, o seguinte: (a) “Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais”. Essa modificação foi bastante salutar por possibilitar que os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos, após aprovação por quorum qualificado do Congresso Nacional, sejam considerados normas constitucionais, a quem as leis ordinárias e complementares deverão total obediência, além de dar uma maior credibilidade e força à observância dos tratados de direitos humanos pelos operadores do direito no Brasil; (b) “O Brasil se submete à jurisdição de Tribunal Penal Internacional a cuja criação tenha manifestado adesão”.

Modernamente, a doutrina apresenta-nos a classificação de direitos fundamentais de primeira, segunda e terceira gerações ou dimensões, baseando-se na ordem histórica cronológica em que passaram a ser constitucionalmente reconhecidos. Assim, os direitos fundamentais de primeira dimensão são os direitos e garantias individuais e políticos clássicos – liberdades públicas. Andreas Krell² enfatiza que no Estado Moderno, os direitos fundamentais clássicos – os de primeira geração – estão cada vez mais fortemente dependentes do poder público, deste reclamando prestações materiais sem as quais o indivíduo sofre sérias ameaças em sua

¹ SARMENTO, George. Op. cit. p. 31. FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. Direitos humanos fundamentais. São Paulo: Saraiva, 1996. MORAES, A. Direitos Humanos e Fundamentais. São Paulo: Atlas, 1998, p. 21.

² KRELL, Andreas Joachim. Direitos Sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha: os (des)caminhos de um

liberdade. Especialmente na área dos direitos básicos da vida e da integridade física, as prestações positivas do Estado não podem ficar na dependência de viabilidade orçamentária.

Os direitos fundamentais de segunda dimensão são os direitos sociais, econômicos e culturais. Assim, os direitos sociais, típicos direitos de segunda geração, devem ser considerados também como instrumentos de viabilização das próprias liberdades públicas, cujo gozo pressupõe o direito de acesso aos meios de existência³. Por fim, a Constituição positivou os direitos de terceira dimensão, considerados direitos de solidariedade ou fraternidade, por englobarem a qualidade de vida digna, o meio ambiente equilibrado, o progresso, a paz, a autodeterminação dos povos e outros direitos difusos e coletivos. Manoel Gonçalves conclui que “a primeira geração seria a dos direitos de liberdade, a segunda, dos direitos de igualdade, a terceira, assim, completaria o lema da Revolução Francesa: liberdade, igualdade e fraternidade”⁴. Importante ressaltar que alguns autores, a exemplo de Paulo Bonavides e Ingo Sarlet, já consideram a existência de uma quarta dimensão dos direitos fundamentais, que ainda aguarda sua consagração na esfera do direito internacional e das ordens constitucionais internas que corresponderia ao direito à democracia, à informação e ao pluralismo. Dirley da Cunha⁵ enfatiza que:

[...] já se fala tranqüilamente em direitos de quarta geração ou dimensão. E isso é natural, porque a essência do ser humano é evolutiva, uma vez que a personalidade de cada indivíduo é sempre, na duração de sua vida, algo incompleto e inacabado, uma realidade em contínua transformação.

Assim, os direitos humanos fundamentais podem ser entendidos como o conjunto de direitos e garantias do ser humano que tem por finalidade básica o respeito à sua dignidade, por meio de proteção contra o arbítrio do poder estatal e o estabelecimento de condições mínimas de vida e desenvolvimento da personalidade humana. Segundo Thomas Marshall a ordem cronológica de conquista de direitos pela humanidade seria a seguinte. No século XVII teríamos assistido ao reconhecimento dos direitos civis – dos direitos perante a lei – e estamos a incluir aqui, vale a pena lembrar, a liberdade de fixar residência, de expressão, de pensamento e de religião, o direito à propriedade, à celebração de contratos, o direito do exercício da profissão escolhida, o direito à justiça e à não-discriminação. No século XIX,

direito constitucional “comparado”. Porto Alegre: Sérgio Fabris, 2002, p. 47. 23.

³ ROCHA, Cármen Lúcia Antunes. O constitucionalismo contemporâneo e a instrumentalização para a eficácia dos direitos fundamentais. Revista Trimestral de Direito Público, n. 16, p. 39-58, 1996, p. 57.

⁴ FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. Direitos humanos fundamentais. Op. cit. p 57. Violência doméstica. 25 nov. 2007.

⁵ CUNHA JÚNIOR, Dirley da. Controle judicial das omissões do poder público: em busca de uma dogmática constitucional transformadora à luz do direito fundamental à efetivação da constituição. São Paulo: Saraiva, 2004, p. 197.

⁶ Segundo o livro de recordes do Guinness, a Declaração Universal dos Direitos Humanos é o documento traduzido no maior número de línguas, cerca de 330. Formada por 30 artigos, a Declaração Universal dos Direitos Humanos representa um conjunto de aspirações proclamadas como ideal comum de todos os povos. A Declaração considera o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e os seus direitos iguais e

teriam sido consolidados os chamados direitos políticos, que dizem respeito, basicamente, à capacidade de eleger e ser eleito e, finalmente, no século XX, haveria que assinalar o grande marco constituído pela aquisição dos direitos sociais: o direito à assistência social, o direito a um salário mínimo, o direito à educação, à habitação, etc. Seriam os chamados direitos sociais, econômicos e culturais. Analisada a construção e a evolução dos direitos humanos fundamentais na ordem jurídica internacional e no direito constitucional brasileiro, indicaremos os mecanismos supra-estatais de proteção desses direitos, em razão da necessidade de distinguir o sistema americano (geral), do sistema interamericano (especial) de proteção.

Os mecanismos supra-estatais de proteção dos direitos humanos: o sistema americano e interamericano

Conceito e características

O conjunto dos direitos humanos fundamentais visa a garantir ao ser humano, entre outros, o respeito ao seu direito à vida, à liberdade, à igualdade e à dignidade; bem como ao pleno desenvolvimento da sua personalidade. Eles garantem a não ingerência do Estado na esfera individual, e consagram a dignidade humana. Sua proteção deve ser reconhecida positivamente pelos ordenamentos jurídicos nacionais e internacionais.

As principais características dos direitos fundamentais são:

- a) Imprescritibilidade: os direitos humanos fundamentais não se perdem pelo decurso de prazo. Eles são permanentes. Inalienabilidade: não se transferem de uma para outra pessoa os direitos fundamentais, seja gratuitamente, seja mediante pagamento. Irrenunciabilidade: os direitos humanos fundamentais não são renunciáveis. Não se pode exigir de ninguém que renuncie à vida (não se pode pedir a um doente terminal que aceite a eutanásia, por exemplo) ou à liberdade (não se pode pedir a alguém que vá para a prisão no lugar de outro) em favor de outra pessoa.
- b) Inviolabilidade: nenhuma lei infraconstitucional nem nenhuma autoridade pode desrespeitar os direitos fundamentais de outrem, sob pena de responsabilização civil, administrativa e criminal;
- c) Universalidade: os direitos fundamentais aplicam-se a todos os indivíduos, independentemente de sua nacionalidade, sexo, raça, credo ou convicção político-filosófica;
- d) Efetividade: o Poder Público deve atuar de modo a garantir a efetivação dos direitos e garantias fundamentais, usando inclusive mecanismos coercitivos quando necessário, porque esses direitos não se satisfazem com o simples reconhecimento abstrato. Interdependência: as várias previsões constitucionais e infraconstitucionais não podem se

chocar com os direitos fundamentais; antes, devem se relacionar de modo a atingirem suas finalidades. Complementaridade: os direitos humanos fundamentais não devem ser interpretados isoladamente, mas sim de forma conjunta, com a finalidade da sua plena realização.

O que são Direitos Humanos?

Os direitos humanos foram construídos e afirmados através dos tempos. O surgimento da idéia de que toda pessoa humana possui direitos básicos e inalienáveis é bem antiga, com registros a partir do século XVIII. A Declaração Americana de 1776 e a Declaração Francesa de 1789 foram os primeiros documentos que afirmavam expressamente o direito à liberdade e à igualdade dos seres humanos, à vida e à independência dos povos.

Após o término da II Guerra Mundial, os direitos humanos assumiram ainda maior importância. A humanidade se encontrava escandalizada com o horror que foi o genocídio e a ação dos países nazistas e totalitários que vitimaram mais de 45 milhões de pessoas. Numa tentativa de pôr fim a todas essas atrocidades, a comunidade internacional passou a propugnar pela criação da Organização das Nações Unidas (ONU) como um referencial ético para a humanidade.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948)⁶, marco absoluto da democracia moderna, não é coercitiva, mas os países que a integram aderem a um direito costumeiro e abdicam de uma parcela de sua soberania reconhecendo o direito da comunidade internacional de observar suas ações e opinar sobre seu comportamento interno. É o documento pré-constitucional que vincula os Estados à obrigação de positivizar em suas Constituições um conjunto de direitos fundamentais proclamados pelas Nações Unidas. Em termos de direitos políticos para as mulheres, foi o primeiro instrumento legal internacional que reconheceu e protegeu esses direitos em qualquer parte do mundo. Esse documento consagrou os direitos civis, políticos, sociais, culturais e econômicos e afirmou que esses são direitos universais,

inalienáveis como constitutivos do fundamento da liberdade, da justiça e da paz, sendo essencial que os direitos do homem sejam protegidos para que ele não se veja levado ao supremo recurso da revolta contra a tirania e a opressão. Descreve, nos seus artigos, um elenco de direitos subjetivos, relativos à vida, à liberdade e à segurança individual. Direito à inviolabilidade da pessoa, punida a escravidão e a tortura; liberdade de expressão, de fé religiosa e de associação; inviolabilidade do lar e da correspondência; igualdade perante a lei, vedada qualquer discriminação; ninguém será culpado por ação ou omissão que, no momento, não constituam delito perante o direito nacional ou o internacional, nem submetido à pena mais forte do que aquela que, no momento da prática do delito, era aplicável ao ato delituoso; direito à locomoção, à nacionalidade, à emigração, ao asilo, exceto em caso de crimes de Direito comum ou por atos contrários aos objetivos e princípios das Nações Unidas; direito

ao matrimônio e à constituição da família; direito à propriedade; direito a participar do governo e a ter acesso aos serviços públicos; direito à segurança social e à realização, pelo esforço nacional, pela cooperação internacional e de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à dignidade e livre desenvolvimento da personalidade; direito ao trabalho, em condições justas, direito à escolha do emprego e à proteção contra o desemprego, a doença, invalidez, viuvez e velhice; assistência especial à maternidade e à infância; direito à instrução e à livre participação na vida cultural.

indivisíveis e interdependentes. A partir desse paradigma, uma violação aos direitos humanos que aconteça a uma pessoa em qualquer lugar do mundo afeta a todos e enseja a atuação de órgãos e instâncias de defesa. Direitos humanos passaram então a transcender as fronteiras dos Estados e Nações.

Os direitos civis englobam os direitos mais fundamentais de todos, pois compreendem o direito à vida, à liberdade e à igualdade. Os direitos políticos são aqueles que compreendem o direito de votar, ser eleito, influenciar na administração pública, etc. Já os direitos sociais são o direito à educação, à moradia, à saúde, à alimentação, etc. Os econômicos dizem respeito ao direito das pessoas terem uma renda e condições mínimas para a sobrevivência. Os direitos culturais compreendem os direitos ao lazer, manifestação cultural e acesso à cultura. São os direitos que devem ter uma “realização progressiva” por parte do Estado ao lado da exigibilidade imediata dos direitos civil e políticos.

A noção de cidadania está ligada à nacionalidade. Toda a pessoa que nasce em solo brasileiro tem cidadania e passa a ter direitos garantidos pelo Estado como o direito do consumidor, usuário de serviços públicos entre outros. Trata-se de direitos importantes, previstos na legislação vigente e que valorizam fundamentalmente a dignidade humana.

A internacionalização dos direitos humanos estabeleceu órgãos e instâncias voltadas à proteção dos direitos humanos. Na prática é como se fosse uma “jurisdição” internacional destinada a proteger os direitos fundamentais da pessoa humana. Se um determinado país não adotar providências a fim de garantir os direitos humanos, poderá ser pressionado ou obrigado pelas instâncias internacionais.

Atualmente, coexistem dois sistemas internacionais de proteção dos direitos humanos, o sistema universal, de que fazem parte os Estados integrantes das Nações Unidas (ONU) e o sistema regional, a que são associados vários países. São eles: o sistema europeu (no Conselho da Europa), o sistema americano (na Organização dos Estados Americanos (OEA), o sistema africano (na Organização para a Unidade Africana) e o sistema árabe (na Liga dos Estados Árabes). Somente os países asiáticos encontram-se desprovidos de uma convenção regional de direitos humanos. Tais sistemas agrupam países que se relacionam entre si política, econômica e culturalmente ou que compartilham uma mesma declaração de princípios. Cada sistema é autônomo em relação aos demais, embora se estructurem, com base nos princípios instituídos pela Declaração Universal e pelos Pactos Internacionais das Nações Unidas⁷.

Principais instrumentos internacionais ratificados pelo Brasil:

⁷ PRONER, Carol. Os direitos humanos e seus paradoxos: análise do sistema americano de proteção. Porto Alegre: Sergio Fabris, 2002, p. 78.

⁸ O termo acordo é usado, geralmente, para caracterizar negociações bilaterais de natureza política, econômica, comercial, cultural, científica e técnica. Acordos podem ser firmados entre países ou entre um país e uma organização internacional. Tratados são atos bilaterais ou multilaterais aos quais se deseja atribuir especial relevância política. A palavra convenção costuma ser empregada para designar atos multilaterais, oriundos de conferências internacionais e que abordem assunto de interesse geral. Protocolo designa acordos menos formais que os tratados. O termo é utilizado, ainda, para designar a ata final de uma conferência internacional. Resoluções são deliberações, seja no

Sistema Universal da ONU

- Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948);
- Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial (1965). Ratificação: 08/12/1969;
- Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979). Ratificação: 30/03/1984 (com reservas) fim das reservas: 13/09/2002;
- Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984). Ratificação: 15/02/1991;
- Convenção sobre os Direitos da Criança (1989). Ratificação: 21/11/1991;
- Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos (1966). Ratificação: 06/07/1992;
- Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966). Ratificação: 06/07/1992;
- Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional (1998). Ratificação: 25/09/2002;
- Comitê Internacional para Eliminação da Discriminação Racial (CERD) Reconhecimento da competência receber denúncias individuais;
- Comitê contra a Tortura (CAT). Reconhecimento da competência receber denúncias individuais.

Sistema Americano da OEA

- Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem (1948);
- Convenção Interamericana de Direitos Humanos (Pacto de São Jose) (1969). Ratificação (06/11/1992);
- Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura (1985). Ratificação: (09/11/89);
- Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará). Ratificação: (01/08/1996);
- Protocolo de San Salvador (protocolo adicional Convenção Americana sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais) (1998). Ratificação: 30/12/1999.

Todos esses instrumentos possuem plena vigência no direito interno. Isso significa que devem produzir efeitos, devendo o Estado brasileiro adotar políticas, ações, programas e projetos destinados a garanti-los na prática. Para o nosso estudo sobre a violência doméstica como violação dos direitos humanos no Brasil, interessam apenas a análise dos mais importantes tratados editados no século XX pelo sistema universal (da ONU) e americano (da OEA)

âmbito nacional ou internacional. Estatuto é um tipo de leis que expressa os princípios que regem a organização de um Estado, sociedade ou associação. Fonte: Ministério das Relações Exteriores. Disponível em: <<http://www.onu-brasil.org.br/documentos.php>>. Acesso em: 10 out. 2008.

de proteção dos direitos humanos das mulheres, o que faremos na próxima seção.

Instrumentos internacionais de proteções dos direitos humanos das mulheres

Como dissemos, a partir da Declaração Universal de 1948, começa a se desenvolver o Direito Internacional dos Direitos Humanos, mediante a adoção de inúmeros tratados, acordos, pactos, estatutos, protocolos e convenções internacionais voltados à proteção dos direitos e liberdades fundamentais⁹. Forma-se o sistema normativo global de proteção dos direitos humanos fundamentais, no âmbito das Nações Unidas. Esse sistema normativo é integrado por instrumentos de alcance geral (como os pactos internacionais de direitos civis e políticos) e por instrumentos de alcance específico, como as Convenções internacionais que buscam responder a determinadas violações de direitos humanos (como a tortura, a discriminação contra a mulher e em razão da raça, contra as crianças, entre outras).

Instituiu-se, assim, no âmbito do sistema global, a coexistência dos sistemas geral e especial de proteção dos direitos dos seres humanos como sistemas de proteção complementares. Esse sistema especial de proteção dos direitos humanos realça o processo de especificação do sujeito de direito, no qual esse passa a ser visto em todas suas peculiaridades. Nessa ótica, determinados indivíduos ou determinadas violações de direitos, exigem uma resposta mais específica. Já o sistema geral de proteção tem por finalidade a salvaguarda dos direitos de toda e qualquer pessoa, concebida em sua abstração e generalidades. Constatadas empiricamente a situação de hipossuficiência e a discriminação sofrida pelas mulheres em várias partes do globo terrestre, foi necessário elaborar um sistema especial de proteção dos seus direitos humanos, por meio de convenções e pactos internacionais. Em seqüência, serão apresentadas e discutidas a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a mulher; a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher “Convenção de Belém do Pará”; a Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial da Mulher “Beijing”, que constituem alguns dos mais relevantes instrumentos voltados à proteção dos direitos humanos da mulher na ordem jurídica internacional.

⁹ Foi o primeiro tratado ratificado pelo Brasil, já em 1984. Promulgado pelo Decreto nº. 4.377, de 13 de setembro de 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/DA377.htm>. Acesso em: 19 jul. 2006.

¹⁰ Instrumentos Internacionais de Proteção aos Direitos Humanos. Os direitos das mulheres são direitos humanos. Rio de Janeiro, v. 1, Cepia, 2001, p. 39.

¹¹ O protocolo facultativo é um documento aprovado pela Assembléia das Nações Unidas que reforça a Convenção, ampliando os compromissos assumidos pelos Estados Membros. Os Estados Membros podem aderir ou não a esse Protocolo, que, por isso, é considerado opcional. O governo brasileiro assinou em 2001.

¹² PIOVESAN, Flávia. Temas de Direitos Humanos. Op. cit. p. 214.

¹³ PIOVESAN, Flávia. Temas de Direitos Humanos. 2. ed. São Paulo: Max Limonad, 2003, p. 214. Promulgada no Brasil pelo Decreto nº. 1.973 de 1º. de agosto de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm>. Acesso em: 19 de jul. de 2006.

Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher

Em 1975, foi realizada, no México, a I Conferência Mundial sobre a Mulher que teve como resultado a elaboração da Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres. Essa Convenção (CEDAW – Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women) foi aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas por meio da Resolução 34/180, em 18 de dezembro de 1979. Foi assinada pelo Brasil, com reservas na parte relativa à família, em 31 de março de 1981, e ratificada com a manutenção das reservas, em 1º de fevereiro de 1984. Ela entrou em vigor em 02.03.1984.

Em 22 de junho de 1994, tendo em vista o reconhecimento pela Constituição Federal brasileira de 1988 da igualdade entre homens e mulheres na vida pública e privada, em particular na relação conjugal, o governo brasileiro retirou as reservas, ratificando plenamente toda a Convenção. No Brasil, essa Convenção tem força de lei ordinária, conforme o disposto no § 2º do artigo 5º da Constituição Federal vigente.⁹

Qual o perfil da CEDAW e quais os seus objetivos principais? Essa Convenção foi elaborada com um duplo fundamento: (a) a obrigação de promover a igualdade formal e material entre os gêneros e (b) fomentar a não discriminação contra a mulher. Foi o primeiro instrumento internacional de direitos humanos, especificamente voltado para a proteção das mulheres. Entre suas previsões, a Convenção propõe a erradicação de todas as formas de discriminação contra as mulheres, com a finalidade de garantir o pleno exercício de seus direitos civis e políticos, como também de seus direitos sociais, econômicos e culturais. A exemplo da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial, essa Convenção também prevê a adoção de medidas especiais temporárias (ações afirmativas), com vistas a promover a equidade entre os gêneros. Desse modo, a Convenção objetiva erradicar a discriminação contra a mulher e suas causas, bem como estimular estratégias de promoção da igualdade.

A Convenção define a expressão “discriminação contra a mulher” como:

[...] toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer campo.¹⁰

Depreendemos desse conceito que a discriminação significa toda distinção, exclusão,

¹⁴ HENKIN, Louis et ali. International law: cases and materials. 3. ed. Minnesota: West Publishing, 1993, p. 101.

¹⁵ Existem, todavia, determinados requisitos de admissibilidade das petições. O principal deles é o chamado “esgotamento prévio dos recursos internos”. Isto é, para recorrer à Comissão é necessário ter esgotado todas as vias nacionais existentes, comprovando a ineficácia desses recursos. Os instrumentos internacionais têm caráter subsidiário, já que só podem ser utilizados quando as instituições nacionais se mostrarem falhas ou omissas no dever

restrição ou preferência que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício, em igualdade de condições, dos direitos humanos e liberdades fundamentais, nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo. Por esse instrumento legal, a Assembléia Geral das Nações Unidas reconheceu que a discriminação contra a mulher viola os princípios da igualdade de direitos e do respeito à dignidade humana, constituindo-se obstáculo ao aumento do bem-estar da sociedade e da família, além de dificultar o desenvolvimento das potencialidades da mulher.

Em 12 de março de 1999, a 43ª Sessão da Comissão do Status da Mulher da ONU adotou o Protocolo Facultativo à Convenção. O Protocolo institui dois mecanismos de monitoramento: (a) o mecanismo de petição para encaminhamento de denúncias e (b) um procedimento investigativo que habilita o Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher a investigar a existência de grave violação aos direitos humanos das mulheres.¹¹

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres apresenta, no entanto, uma lacuna: não explicitou em seu texto uma referência à violência doméstica e sexual contra as mulheres. Por isso, esse importante instrumento de promoção dos direitos humanos precisa ser complementado, incorporando a Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra a Mulher, de 1993, e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – “Convenção de Belém do Pará”, de 1994.

Nesse sentido, já existe uma expressiva atuação do movimento internacional de mulheres no Comitê das Nações Unidas sobre a Eliminação da Discriminação Contra a Mulher para que um Protocolo Opcional à Convenção seja adotado, preenchendo o vazio existente sobre a violência de contra a mulher. A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, ocorrida em 1993, proclamou que os direitos da mulher e da menina são parte inalienável, integrante e indivisível dos direitos humanos universais. Constatou que uma das faces mais cruéis do desrespeito aos direitos humanos das mulheres são a violência física, psicológica e sexual ocorrida no ambiente familiar. Essa Conferência ensejou a elaboração, em dezembro desse mesmo ano, da Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra a Mulher.

Em 1994, a Organização dos Estados Americanos (OEA) ampliou a proteção aos direitos humanos das mulheres com a edição da Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – “Convenção de Belém do Pará”.

Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência

de proteger os direitos fundamentais. Nesse caso, a comunidade internacional buscará responsabilizar o Estado, de forma a adotar medidas que restaurem ou reparem os direitos violados. PIOVESAN, Flávia. *Temas de Direitos Humanos*. Op. cit. p. 216.

¹⁶ Em novembro de 1998 a CEJIL-Brasil (Centro para a Justiça e o Direito Internacional) e CLADEM Brasil (Comitê Latino-americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher) submeteram à apreciação da Comissão Interamericana da OEA o caso de Maria da Penha. Em 1983 ela foi vítima de uma tentativa de homicídio por seu

contra a Mulher – “Convenção de Belém do Pará”

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher foi outro grande avanço na proteção internacional dos direitos humanos das mulheres, aprovada pela Assembléia Geral da OEA, em 6 de junho de 1995.¹²

Essa importante Convenção ratificou e ampliou a Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, e representa o esforço do movimento feminista internacional para dar visibilidade à existência da violência contra a mulher e exigir seu repúdio pelos Estados membros da OEA.

A partir da Convenção de Belém do Pará surgem valiosas estratégias para a proteção internacional dos direitos humanos das mulheres, merecendo destaque o mecanismo das petições à Comissão Interamericana de Direitos Humanos.

Essa Convenção é o primeiro tratado internacional de proteção dos direitos humanos a reconhecer, de forma enfática, a violência contra a mulher como um fenômeno generalizado, que alcança, sem distinção de raça, classe, religião, idade ou qualquer outra condição, um elevado número de mulheres em todo o mundo.

Define em nível regional a violência contra a mulher como:

[...] qualquer ato de violência baseado no gênero que resulte, ou possa resultar, em dano físico, sexual ou psicológico ou em sofrimento para a mulher, inclusive as ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, podendo ocorrer na esfera pública ou na esfera privada.¹³

Disciplina os tipos de violência contra a mulher da seguinte forma: (a) ocorrida no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, em que o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual; (b) ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, o abuso sexual, a tortura, o tráfico de mulheres, a prostituição forçada, o seqüestro e o assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local, e (c) perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra. “Toda mulher tem direito a uma vida livre de violência, tanto na esfera pública como na esfera privada” (art. 3º) e a que todos os seus direitos e liberdades fundamentais sejam protegidos e respeitados (arts. 4º, 5º).

É importante mencionar que o direito de toda mulher a uma vida livre de violência inclui o direito “de ser livre de todas as formas de discriminação” e “a ser valorizada e educada marido que atirou em suas costas, deixando-a paraplégica. Apesar de ter sido condenado pelos tribunais nacionais, ele nunca foi preso em razão dos sucessivos recursos de apelação contra as decisões do Tribunal do Júri. Após 18 anos da prática do crime, a comissão condenou o Estado brasileiro por negligência e omissão em relação à violação doméstica e recomendou, entre outras medidas, o pagamento de uma indenização à vítima. PIOVESAN, Flávia. Op. cit. p. 217. Em 1998, o Brasil reconhecer a jurisdição dessa Corte, o que ampliou extraordinariamente as instâncias de defesa da cidadania. PIOVESAN, Flávia. Op. cit. p. 218.

livre de padrões estereotipados e costumes sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade ou subordinação” (art. 6º). A Convenção declara que a violência contra a mulher constitui grave violação aos direitos humanos fundamentais e ofensa à dignidade humana, sendo manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens, limitando total ou parcialmente à mulher o reconhecimento, gozo e exercício de direitos e liberdades.

Os Estados-Partes da Convenção de Belém do Pará convieram em adotar, “sem demora”, políticas destinadas a prevenir e erradicar a violência contra a mulher (art. 7º). Isso significa que as Partes estão obrigadas a assegurar que os agentes do Estado respeitem o direito da mulher a uma vida livre de violência e a agir com o devido zelo “para prevenir, investigar e punir a violência contra a mulher” (tanto na esfera pública como na privada), e que todas as vítimas da violência tenham acesso a procedimentos jurídicos justos e eficazes. Além de que as leis ou práticas jurídicas que “respaldem a persistência e a tolerância da violência contra a mulher” devem ser abolidas¹⁴.

Nos termos do art. 12 da Convenção, qualquer pessoa, ou grupo de pessoas, ou entidade não-governamental pode apresentar à Comissão Interamericana de Direitos Humanos petições que contenham denúncias de violência perpetrada contra a mulher¹⁵. A simples possibilidade de submeter casos de violações de direitos das mulheres ao conhecimento da comunidade internacional já impõe ao Estado violador uma condenação política e moral. A visibilidade e a publicidade das violações trazem o risco de constrangimento político e moral do Estado violador, que será compelido a apresentar justificativas de sua prática no fórum da opinião internacional. Além do constrangimento do Estado, a Comissão Interamericana poderá condená-lo pela afronta a direitos fundamentais assegurados às mulheres, determinando a adoção de medidas cabíveis, como por exemplo, a investigação e a punição dos agentes perpetradores da violência, a fixação de indenização aos familiares da vítima, etc¹⁶. A Comissão Interamericana, contudo, não é órgão judicial. Suas decisões não apresentam natureza jurídica normativa. A Corte Interamericana de Direitos Humanos é que constitui o órgão jurisdicional no plano da OEA, tendo suas decisões força normativa obrigatória e vinculante.

O catálogo internacional dos direitos humanos das mulheres foi reforçado em 1994, pela Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, e em 1995, pela

¹⁷ Disponível em: <<http://www.portugues.iwhc.org/politicaglobal/nacoesunidas/conferencias/cipd.cfm>>. Acesso em: 16 jul. 2006.

¹⁸ Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/agencia/verNoticia.aspx?codNoticia=76072>>. Acesso em: 20 set. 2008.

¹⁹ CINTRA, Flávia. Artigo 6 – Mulheres Com Deficiência. In: RESENDE, Ana Paula; PAIVA, Flavia Maria de. (Coord.). A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência Comentada. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008, p.38-40.

²⁰ BIANCARELLI, Aureliano. Assassinatos de Mulheres em Pernambuco: violência e resistência em um contexto de desigualdade, injustiça e machismo. São Paulo: Publisher Brasil: Instituto Patrícia Galvão, 2006, p. 19.

IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, China, em que as Nações Unidas reafirmaram seu compromisso com os direitos humanos das mulheres, já explicitado, em 1993, na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, como veremos a seguir.

Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento Cairo” e Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher “Beijing”

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento convocada sob os auspícios das Nações Unidas, foi realizada no Cairo, Egito, de 5 a 13 de setembro de 1994. Reuniu representantes de mais de 180 governos e 1.254 organizações não-governamentais. Essa conferência afirmou a existência de quatro plataformas para qualquer programa de população e desenvolvimento: (a) igualdade entre os sexos; (b) empoderamento da mulher; (c) proteção dos direitos sexuais e reprodutivos e (d) eliminação de toda violência contra a mulher. O seu programa de ação declarou que o empoderamento da mulher e o investimento na melhoria da sua qualidade de vida são fins importantes e essenciais para que o desenvolvimento sustentável obtenha o êxito desejado.

Para lograr esses fins, a conferência fez três recomendações básicas aos Estados participantes: (a) que se estabeleçam mecanismos para que a mulher tenha igual participação e representação em todos os níveis do processo político e da vida pública; (b) que sejam envidados esforços para promover a educação, o trabalho e a capacitação da mulher e (c) que seja eliminada toda prática discriminatória, incluindo aquelas que ocorrem no local do trabalho, afetam seu acesso ao crédito, ao controle da propriedade e à seguridade social. Essa Conferência foi importantíssima, já que, pela primeira vez, a saúde reprodutiva e sexual e os direitos da mulher tornaram-se o elemento central de um acordo internacional sobre população e desenvolvimento¹⁷.

A IV Conferência Mundial da Mulher, realizada pelas Nações Unidas, em Beijing, China, em 1995, aprovou uma Declaração e uma Plataforma de Ação com a finalidade de fazer avançar os objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz para todas as mulheres. A Declaração e Plataforma de Ação de Beijing, é acima de tudo, relativa à questão da violência doméstica,

²¹ Conforme pesquisa de campo realizada pelo Laboratório de direitos humanos da Ufal em 2006, quando foram entrevistados os profissionais que realizam atendimento às vítimas da violência doméstica em Maceió, dentre eles as Delegadas da Mulher. Pesquisa Ibope/Themis (Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero) revelou que 68% da população brasileira conhece a lei, dos quais 82% reconhecem sua eficácia no enfrentamento à violência doméstica e familiar. A consulta foi realizada entre 17 e 21 de julho, com 2.002 entrevistados em 142 municípios brasileiros. Disponível em: <<http://1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u430760>>. Acesso em: 17 ago. 2008.

²² Disponível em:<<http://www1.folha.uol.com.br> Acesso em: 17 ago. 2008.

prevendo que são necessárias, além das medidas punitivas, ações que estejam voltadas para a prevenção e, ainda medidas de apoio que permitam, por um lado, à vítima e à sua família ter assistência social, psicológica e jurídica necessárias à recomposição após a violência sofrida e, por outro, que proporcionem a possibilidade de reabilitação dos agressores.

Última conferência mundial do século XX, sua realização foi precedida pelas Conferências Mundiais da Mulher realizadas em 1975 e em 1985, respectivamente, no México e em Nai-róbi. Passados cinco anos da Conferência de Beijing, a Assembléia Geral das Nações Unidas convocou um período extraordinário de sessões sobre “A mulher no ano 2000: igualdade entre gêneros, desenvolvimento e paz para o século XXI”, chamadas “Beijing +5”, realizadas em Nova York, em junho de 2000, permitindo renovar os compromissos sobre a igualdade entre os gêneros e servindo como fórum de discussão sobre as experiências e medidas positivas obtidas nos últimos cinco anos.

Com esses dois documentos a comunidade internacional consolidou sua adesão a um programa comum de desenvolvimento em que a igualdade formal e material entre os gêneros é um princípio básico. A elaboração de todo esse catálogo de direitos fundamentais de proteção às mulheres constituiu grande avanço tanto por fomentar a discussão dos problemas existentes em todo o mundo relacionados às mulheres como por cobrar dos países signatários medidas de promoção da equidade entre os gêneros e de proteção dos direitos humanos das mulheres. Contudo, apesar de existirem todos esses tratados, convenções e pactos de direitos humanos das mulheres, diariamente são praticados em todo o planeta violações a esses direitos, por meio, principalmente, das várias formas de violência contra a mulher, notadamente a violência doméstica. Nesse contexto o sistema jurídico de prevenção e repressão à violência doméstica constitui importante ferramenta de proteção dos direitos humanos das mulheres.

Cumprе salientar que a OEA ainda não editou uma convenção interamericana de proteção das mulheres contra a violência doméstica. Como vimos, na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher fez-se menção à violência doméstica, porém ainda não houve a elaboração, pelo sistema regional de proteção dos direitos humanos das mulheres, de um documento específico sobre o tema. Apenas a ONU, por meio da Conferência de Beijing, possui mecanismos internacionais visando à erradicação da violência doméstica nos Estados-Partes. Outrossim, é imprescindível que o sistema interamericano de proteção dos direitos humanos fundamentais elabore documento com essa finalidade de suprir a lacuna existente, tendo em vista a importância e atualidade do tema da violência doméstica para todos os Estados americanos. Verificaremos, adiante, aspectos relevantes sobre o catálogo de direitos fundamentais constantes na Constituição Brasileira, oportunidade em que relacionaremos algumas normas específicas de promoção da igualdade entre os gêneros.

A Convenção da Organização das Nações Unidas

sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

Importante ressaltar que recentemente, em junho de 2008, essa Convenção foi o primeiro tratado internacional com status constitucional da História do Brasil. Construída com a participação de organizações de deficientes de todo o mundo, a convenção é a primeira do século XXI e obteve a ratificação pelo Congresso Nacional. A ratificação da convenção, que tramitou no Congresso na forma de projeto de decreto legislativo (PDS 90/08), tem força de emenda constitucional e, após a aprovação na Comissão de Relações Exteriores (CRE), foi votada em Plenário, com quorum qualificado, sendo necessários três quintos dos votos dos senadores para sua aprovação – 49 votos.¹⁸

Desde 10 de dezembro de 1948, os governos reconhecem na Declaração Universal dos Direitos Humanos que toda e qualquer pessoa é detentora de direitos humanos, sem distinção. As mulheres com deficiência são titulares do conjunto de direitos civis, culturais, econômicos, políticos e sociais em igualdade com todas as outras pessoas.

A discriminação e exclusão social das pessoas com deficiência também são práticas historicamente cristalizadas, interpretadas com naturalidade e aceitas socialmente. Em todas as partes do mundo, as pessoas com deficiência estão entre os mais pobres dos pobres. A elas são negados o acesso à educação, à informação, à independência, a oportunidades de trabalho e o controle sobre a própria vida.

Quando a deficiência se agrega à condição feminina como mais um fator de discriminação, as situações de exclusão, segregação e violência se potencializam. Do Ocidente ao Oriente, as mulheres com deficiência têm sido sistematicamente expostas à violação de seus direitos mais básicos. A discriminação e a violência contra a mulher com deficiência também acontecem no âmbito institucional, ou seja, quando os serviços públicos são prestados em condições inadequadas, provocando danos físicos e psicológicos para a mulher, como longas esperas para receber atendimento médico, maus tratos verbais, intimidação, ameaças e falta de medicamentos.

A Convenção da Organização das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência teve como propósito promover, proteger e assegurar o exercício pleno e eqüitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente. Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Os princípios da presente Convenção são (art. 3º):

a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas; b) A não-discriminação; c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade; d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade; e) A igualdade de oportunidades; f) A acessibilidade; g) A igualdade entre o homem e a mulher; h) O respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com deficiência de preservar sua identidade.

No tocante às mulheres com deficiência, estabelece a Convenção que os Estados-Partes reconhecem que as mulheres e meninas com deficiência estão sujeitas a múltiplas formas de discriminação e, portanto, tomarão medidas para assegurar-lhes o pleno e igual exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.

A mulher com deficiência, que sempre lutou pela igualdade, por vezes no anonimato, hoje conta com um novo e importante instrumento internacional para fazer valer seus direitos. Na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, os Estados reconhecem que mulheres e meninas com deficiência estão sujeitas a múltiplas formas de discriminação e, a esse respeito, se comprometem a adotar medidas para assegurar-lhes o pleno e igual desfrute de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais. Os Estados-Partes se comprometem a tomar todas as medidas apropriadas para assegurar o pleno desenvolvimento, o avanço e o empoderamento das mulheres, a fim de garantir-lhes o exercício e o gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais estabelecidos em seu texto.

Esse instrumento, ao lado da Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, significa o reconhecimento da necessidade de que se promovam medidas de proteção a esse grupo que vive em um contexto singular de discriminação e desvantagem no que se refere ao exercício de seus direitos fundamentais.

Dessa forma, o artigo 6º da Convenção que explicita a vulnerabilidade da mulher com deficiência e prevê a adoção de medidas que assegurem sua proteção, pode e deve ser trabalhado como uma referência positiva nas estratégias de inclusão das pessoas com deficiência que vierem a ser construídas daqui por diante, reforçando a necessidade de atendimento das demandas específicas das mulheres com deficiência no planejamento, desenvolvimento e monitoramento das políticas públicas nas esferas locais, regionais, nacionais e internacionais¹⁹.

Vale ressaltar que esse é mais um importante mecanismo de proteção aos direitos humanos que deve ser aplicado em benefício das mulheres brasileiras portadoras de deficiência e que, como afirmamos, possui status de Lei Constitucional em virtude da sua ratificação pelo Congresso Nacional.

A Constituição Federal de 1988 e os direitos fundamentais

No que se refere à posição do Brasil em relação ao sistema internacional de proteção aos direitos humanos, observa-se que somente a partir do processo de democratização do País é

que o Estado brasileiro passou a ratificar relevantes tratados internacionais de direitos humanos. O primeiro passo no processo de incorporação de tratados internacionais de direitos humanos pelo Direito brasileiro foi a ratificação, em 1984, da Convenção sobre a eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. A partir dessa ratificação, inúmeros outros importantes instrumentos internacionais de proteção aos direitos fundamentais foram também incorporados pelo Direito brasileiro, sob a égide da Constituição Federal de 1988.

No Brasil as concepções de Estado Democrático de Direito, governo do povo e limitação do poder político estão indissolúvelmente ligadas. Ao escolher seus representantes, o povo delega poderes para agirem como mandatários e decidirem os destinos do País. Porém, o poder delegado pelo povo não é absoluto. Encontra limitações na Constituição, inclusive com a previsão de direito e garantias individuais e coletivos do cidadão contra atos dos demais cidadãos e do próprio Estado.

Rompendo com a ordem jurídica anterior, marcada pelo autoritarismo advindo do regime militar, que perdurou no Brasil de 1964 a 1985, a Constituição Brasileira de 1988, no propósito de instaurar a democracia no País e de institucionalizar os direitos humanos, faz uma verdadeira revolução na ordem jurídica nacional, passando a ser o marco fundamental da abertura do Estado brasileiro ao regime democrático e à normatividade internacional de proteção dos direitos humanos.

Como marco fundamental do processo de institucionalização dos direitos humanos no Brasil, a Carta de 1988, logo em seu primeiro artigo, erigiu a dignidade humana a princípio fundamental (art. 1º, III), instituindo, com esse princípio, um novo valor que confere suporte axiológico a todo o sistema jurídico e que deve ser sempre levado em conta quando se trata de interpretar qualquer das normas constantes do ordenamento nacional.

Os instrumentos internacionais de direitos humanos (declarações, pactos e convenções) constituem um conjunto de recursos para a proteção dos direitos humanos. Eles são o marco referencial normativo e os acordos construídos em cada momento histórico pela comunidade das nações, sob a coordenação das Nações Unidas (ONU), em nível global, e da Organização dos Estados Americanos (OEA), em nível regional. Expressam o reconhecimento dos direitos humanos pelos Estados-Partes e constituem a base do sistema internacional de garantias que gera condições de monitoramento e exigibilidade. Cada Estado que acolher a um desses sistemas de proteção passa a aceitar o monitoramento internacional no que se refere ao modo pelos quais os direitos fundamentais são respeitados em seu território. O Estado passa a consentir no controle e na fiscalização da comunidade internacional quando, em casos de violação a esses direitos fundamentais, a resposta das instituições nacionais se mostra falha ou omissa.

Esses instrumentos ganham força jurídica em nível nacional por meio de sua ratificação, que significa sua incorporação ao ordenamento jurídico do País. O Brasil incorporou a maior parte dos instrumentos internacionais, estando, por isso, comprometido a responder à comunidade internacional sobre o seu cumprimento.

A nova Constituição, além disso, seguindo a tendência do constitucionalismo contemporâneo, deu um grande passo rumo à abertura do sistema jurídico brasileiro ao sistema internacional de proteção de direitos, quando, no § 2º do seu art. 5º, deixou estatuído que “os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte”.

Assim, as normas de direitos humanos constantes nos tratados ratificados pelo Brasil têm atualmente status de lei federal e devem ser respeitados e aplicados em sua integralidade pelo Estado brasileiro. Em síntese há quatro correntes acerca da hierarquia dos tratados de proteção dos direitos humanos, que sustentam: (a) a hierarquia supraconstitucional dos tratados⁴⁵; (b) a hierarquia constitucional⁴⁶; (c) a hierarquia infraconstitucional, mas supralegal e (d) a paridade hierárquica entre tratado e lei federal, corrente na qual nos filiamos.

Com a publicação da Emenda Constitucional nº 45/2004, como dissemos anteriormente, possibilitou-se a inclusão dos tratados e convenções de direitos humanos no texto constitucional por meio da aprovação por quorum qualificado, atribuindo a esses tratados aprovados o status de emenda constitucional (hierarquia constitucional). Esse ato merece aplausos, já que denota a grande preocupação do Estado brasileiro com a proteção dos direitos humanos fundamentais, bem como ressalta a sua adesão ao catálogo internacional.

O preâmbulo da Constituição Federal Brasileira afirma que o Estado Democrático é destinado a “assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos”. Sem entrar no mérito da sua eventual força normativa, o texto preambular constitui-se num forte conteúdo determinador da interpretação constitucional. Ao receber a função de assegurar um rol de direitos fundamentais, a doutrina moderna afirma que o Estado já não pode mais assumir a mesma postura neutra (edificada pela cartilha liberal dos séculos XVII e XVIII) presente nas Cartas anteriores.

A Constituição Federal, no art. 1º, inciso III, inclui como fundamento da República Federativa do Brasil a dignidade humana. Estatui também, no art. 3º, III e IV, como um dos objetivos fundamentais do País reduzir as desigualdades sociais e regionais e promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. No art. 4º, II, dispõe que nas suas relações internacionais o Brasil rege-se pela prevalência dos direitos humanos.

No Título II, art. 5º, trata dos direitos e garantias fundamentais, estabelecendo no caput que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade,

à igualdade, à segurança e à propriedade”.

Como dissemos anteriormente, o valor da dignidade humana – ineditamente elevado a princípio fundamental da Carta, nos termos do artigo 1º, III – impõe-se como núcleo básico e informador do ordenamento jurídico brasileiro, como critério e parâmetro de valoração a orientar a interpretação e compreensão do sistema constitucional instaurado em 1988. A dignidade humana e os direitos fundamentais vêm a constituir os princípios constitucionais que incorporam as exigências de justiça e dos valores éticos, conferindo suporte axiológico a todo o sistema jurídico brasileiro.

É com esse espírito que a igualdade elencada no art. 5º caput da Constituição Federal ganha um novo vigor, ultrapassando a barreira meramente formal e adquirindo um caráter substancial, ligado à idéia de igualdade de oportunidades. A ingerência do Estado torna-se de suma relevância nesse processo porque a aplicação estática do princípio da igualdade, à luz da ótica liberal oitocentista, não conseguiu reverter na prática as desigualdades oriundas dos processos históricos. A concepção de uma igualdade puramente formal, assente no princípio geral da igualdade perante a lei, começou a ser questionada, quando se constatou que a igualdade de direitos não era, por si só, suficiente para tornar acessíveis a quem era socialmente desfavorecido as oportunidades de que gozavam os indivíduos socialmente privilegiados. Importaria, pois, colocar os primeiros ao mesmo nível de partida. Em vez de igualdade de oportunidades, importava falar em igualdade de condições.

Além disso, o artigo 3º da Constituição Federal define que constituem objetivos fundamentais da República “construir uma sociedade livre, justa e solidária; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”. Não se pode olvidar também que o princípio da igualdade está diretamente ligado ao valor fundamental da dignidade humana, constante no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal. A igualdade interpretada de modo substancial, como um mecanismo de equiparação e redução de desigualdades, tem intrinsecamente uma busca do bem-estar do homem. Nesse sentido, é importante enfatizar que a tutela fundamental não é mais a propriedade privada, e sim a dignidade humana como centro invariável da esfera da autonomia individual que se procura garantir por meio da limitação jurídica do Estado.

Exige-se agora do Estado uma intervenção positiva, para criar as condições de uma real vivência e desenvolvimento da liberdade e personalidade individuais. Pode-se dizer, que às vésperas do século XXI, nosso País não só assinou todos os documentos relativos ao reconhecimento e às proteções aos direitos humanos das mulheres, como apresenta um quadro legislativo bastante avançado no que se refere à igualdade de direitos entre homens e mulheres. Um passo importante para a garantia dos direitos da mulher brasileira foi dado recentemente, em 2002, com a publicação do 1º Relatório Nacional Brasileiro ao Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW). Esse relatório cumpre uma formalidade assumida quando da assinatura da CEDAW, em 1983, e de sua ratificação, em 1984. Lembra que o Brasil inicialmente ratificou a Convenção com reservas aos artigos 15

e 16, por serem contrários à legislação vigente. Em 2001 foi assinado o Protocolo Opcional, com aceitação total da Convenção, sendo aprovado pelo Congresso Nacional em 6 de junho de 2002. Esse relatório é um marco histórico, pois apresenta as medidas legislativas, judiciárias e administrativas adotadas pelo Estado brasileiro, em cumprimento aos direitos internacionalmente enunciados pela Convenção. O relatório é um diagnóstico da situação da mulher no Brasil entre 1985 e 2002, com histórias e fragmentos de injustiças contra a mulher e sobre os quais o Estado reconhece a necessidade de mudanças e correções.

A despeito das muitas conquistas alcançadas no século XX, as mulheres continuam vitimadas pelas mais variadas formas de violência praticadas em razão do preconceito e da discriminação, por tradições culturais, guerras, exploração econômica, prostituição, abuso sexual e, sobretudo, pela violência doméstica.

A violência doméstica é, em razão da sua grande incidência e repercussão negativa para a qualidade de vida das vítimas, um dos problemas sociais de maior dimensão e preocupação da sociedade contemporânea em razão de sua magnitude tanto quantitativa como qualitativa. É um problema vivido por milhares de mulheres, crianças, adolescentes e idosos em todo o mundo. Ademais, constitui grave violação dos direitos humanos das vítimas. Infelizmente em razão da ausência de dados estatísticos oficiais, a questão da violência doméstica ainda não está suficientemente dimensionada e só agora começa a se tornar mais visível.

Não se conhece a incidência desse fenômeno no Brasil, principalmente pela falta de dados absolutos que forneçam um número mínimo de variáveis necessárias à descrição analítica do fenômeno. Um dos objetivos deste trabalho é demonstrar que a violência doméstica viola os direitos humanos das mulheres e que o Brasil precisa criar mecanismos eficientes para conter o avanço desse fenômeno, em razão de ter entre seus objetivos fundamentais a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, redução das desigualdades sociais, promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, e reger-se nas suas relações internacionais, entre outros, pelo princípio da prevalência dos direitos humanos, sob pena de sofrer sanções econômicas e políticas por parte das organizações internacionais (artigo. 3º, da Constituição).

A edição 11.340/06, que instituiu mecanismos de proteção e repressão a esse tipo de crime, constituiu um grande avanço para a proteção dos direitos fundamentais das vítimas da violência doméstica e familiar no Brasil, porém suas diretrizes necessitam ser implementadas com rapidez e eficiência, a fim de que as mulheres sejam realmente protegidas contra a violência, como veremos a seguir.

A violência doméstica como violação dos direitos humanos das mulheres

A violência doméstica é um problema que atinge, indiscriminadamente, mulheres, crianças, adolescentes e idosos em todo o mundo. Decorre, na maioria dos casos, da desigualdade nas

relações de poder entre homens e mulheres, bem como da discriminação de gênero ainda presente tanto na sociedade como na família.

Dentre todos os tipos de violência contra a mulher, sustentamos que a praticada no ambiente familiar é uma das mais cruéis e perversas. O lar, identificado como local acolhedor e de conforto, passa a ser, nesses casos, um ambiente de perigo contínuo. Envoltos no emaranhado de emoções e relações afetivas, a violência doméstica contra a mulher se manifesta como criminalidade oculta, envolvida no véu do silêncio, do medo e da impunidade.

A violência doméstica decorre da desigualdade nas relações de poder entre homens e mulheres, bem como da discriminação de gênero ainda presente tanto na sociedade como na família¹. Embora os direitos fundamentais possuam um caráter universal, as mulheres ainda são um grupo vulnerável a todas as formas de violência. Os meios de comunicação denunciam diariamente agressões, ameaças, espancamentos e assassinatos praticados no ambiente familiar. As estatísticas provam que as mulheres são alvo permanente de agressões físicas e morais tanto no espaço público quanto no privado, em virtude, principalmente, do preconceito e da discriminação.

Por essa razão, os constitucionalistas têm tratado o direito das mulheres como uma especialização dos direitos humanos fundamentais. Tal postura se justifica pela constatação empírica de que as mulheres encontram-se em situação de hipossuficiência nas relações sociais e políticas.

Desde meados da década de 70, os movimentos de mulheres têm lutado em defesa da igualdade de direitos entre homens e mulheres, dos ideais de direitos humanos, defendendo a eliminação de todas as formas de discriminação, tanto nas leis como nas práticas sociais. A ação organizada do movimento feminista foi decisiva para a especialização e supra-estatização dos direitos humanos das mulheres. Nesse contexto, várias convenções e pactos de direitos humanos foram editados pelas Nações Unidas e pela Organização dos Estados Americanos com o objetivo de compelir os países signatários a tomar medidas legislativas e administrativas de promoção da igualdade de gênero e combate à violência contra a mulher.

O sistema de repressão e prevenção à violência doméstica é recente no Brasil. Teve início em 1988, quando a Constituição Federal proclamou a igualdade entre homens e mulheres em direitos e obrigações, art. 5º, inciso I. Evidencia-se também, no parágrafo 8º do art. 226, que impõe ao Estado o dever de coibir a violência no âmbito da família. Essas normas constitucionais foram ponto de partida para que o legislador ordinário ampliasse a proteção dos direitos das mulheres contra a discriminação e a violência.

Contudo, essas medidas não foram capazes de diminuir as desigualdades de gênero e os índices das agressões contra as mulheres, especialmente a violência doméstica. Pesquisas realizadas por organizações não-governamentais e institutos de opinião pública apontam altos índices da violência doméstica no Brasil. Uma pesquisa realizada pelo Instituto Patrícia Galvão no Estado de Pernambuco em 2006, concluiu que 60% dos casos de homicídio de mulheres foram considerados de proximidade, ou seja, foram praticados por parentes, companheiros

ou ex-companheiros das vítimas.²⁰ Pesquisas realizadas por organizações não-governamentais e institutos de opinião pública apontam altos índices da violência doméstica no País. Uma pesquisa organizada pelo Movimento Nacional de Direitos Humanos, em 1998, constatou que 66,3% dos casos de homicídios contra mulheres foram praticados por seus parceiros; outra pesquisa realizada em 2001 pela Fundação Perseu Abramo mostra que, no Brasil, uma mulher é vítima da violência doméstica a cada 15 segundos. Vários fatores contribuem para isso, entre eles: a ineficiência do atendimento prestado às vítimas nas delegacias de polícia; o fato de o crime ter sido considerado até bem pouco tempo atrás de menor potencial ofensivo; a existência de falhas no procedimento adotado pela Lei nº. 9.099/95; a insuficiência das políticas públicas de assistência às vítimas; a inexistência de programas sociais voltados ao tratamento dos agressores.

Diante dessas constatações e em cumprimento aos Tratados Internacionais ratificados pelo Brasil sobre os direitos humanos das mulheres, a violência doméstica recebeu roupagem típica própria no Código Penal Brasileiro com a Lei nº. 10.886/04. Foram retirados do Código Penal os crimes de adultério e sedução, com a publicação, em 2005, da Lei nº. 11.106/05. Mais recentemente, a Lei nº. 11.340/06, conhecida como Lei Maria da Penha, veio satisfazer as expectativas das entidades de defesa dos direitos das mulheres, criando mecanismos para coibir a violência contra a mulher.

Após quase dois anos de vigência da Lei Maria da Penha constatamos que os índices da violência doméstica permanecem altos. Observamos, porém, que houve uma diminuição considerável na reincidência, o que já é um grande avanço.²¹ Contudo, ainda precisamos lutar pela divulgação da Lei nos mais longínquos rincões brasileiros, bem como pela qualificação dos operadores do direito nas questões de gênero, a fim de aplicar todos os dispositivos da Lei n. 11.340/06 em benefício das vítimas, pois verificamos que o atendimento prestado às vítimas nas delegacias de polícias não é o ideal, falta uniformidade na aplicação da Lei Maria da Penha e as políticas públicas de assistência às vítimas e tratamento dos agressores ainda são insuficientes.

O grande desafio que se coloca é como atuar para que o reconhecimento dos direitos humanos seja capaz de gerar políticas públicas e ações eficazes que concretamente contribuam para a plena fruição desses direitos por parte das mulheres, proporcionando-lhes uma vida livre da violência.

O Brasil vive uma verdadeira crise de efetividade dos direitos fundamentais, uma vez que a Constituição Federal de 1988 foi bastante pródiga na proteção de direitos, garantias e liberdades. Também existem inúmeras leis ordinárias com a mesma finalidade no País. Porém, verificamos que o gozo e fruição dos direitos humanos fundamentais são negados a milhares

de cidadãos pelas várias formas de violência praticadas na sociedade. No tocante às mulheres essa realidade é ainda mais dramática, em virtude dos altos índices da violência doméstica.

A Lei Maria da Penha

Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do §8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal e dá outras providências.

Consagra um novo microsistema jurídico de enfrentamento da violência doméstica e familiar. Embora se trate de diploma recente, muito já foi feito por sua efetivação. Pesquisas recentes apontam que 68% da população brasileira conhece a lei, dos quais 83% reconhecem sua eficácia no enfrentamento à violência doméstica e proteção da unidade familiar²².

ANTES E DEPOIS DA NOVA LEI

1. Não existia lei específica sobre a violência doméstica.
2. Só era criminalizada a violência doméstica – lesão corporal. Hoje, os tipos de violência doméstica são: física, sexual, moral, patrimonial e psicológica.
3. Não havia menção sobre as relações homoafetivas, agora qualquer relação afetiva está amparada.
4. A competência para processar e julgar o fato delituoso era dos Juizados Especiais Criminais para os delitos apenas até dois anos; atualmente é dos Juizados de Violência doméstica e familiar.
5. Permitia a aplicação de penas alternativas como cestas básicas e multa, o que agora é vedado.
6. A ação penal era pública condicionada à representação na violência doméstica “leve”, agora é pública incondicionada, ou seja, qualquer pessoa do povo pode e deve denunciar os fatos à polícia.
7. Os Juizados Especiais Criminais tratavam somente do crime, mas para a mulher

vítima de violência doméstica resolver as questões de família (separação, pensão, guarda de filhos) teria de ingressar com outro processo na Vara de Família. Após a nova lei o juiz criminal é competente para essas questões.

8. A autoridade policial efetuava um resumo dos fatos, por meio do TCO (Termo Circunstanciado de Ocorrência); agora é feito por meio de Inquérito Policial, mais completo.
9. Era a mulher quem, muitas vezes, entregava a intimação para o agressor comparecer em audiência. A nova lei vedou essa prática.
10. Não previa a prisão preventiva para os crimes de violência doméstica.
11. A mulher vítima de violência doméstica não era informada quanto ao andamento dos atos processuais.
12. A mulher vítima de violência doméstica, em geral, comparecia desacompanhada de advogado ou defensor público às audiências.
13. A pena para o crime de violência doméstica era de seis meses a um ano, portanto, considerado crime de menor potencial ofensivo, atualmente é de seis meses a três anos.
15. Não havia a previsão do comparecimento do agressor a programas de recuperação e reeducação.

Conclusão

A idéia de pesquisar o fenômeno da violência doméstica contra a mulher surgiu da constatação empírica de que milhares de mulheres, em todo o mundo, são vítimas das mais diversas formas de violência e de discriminação no ambiente familiar. As estatísticas são estarrecedoras. Assassinatos, lesões corporais, mutilações, estupros e ameaças acontecem diariamente no País, de forma silenciosa, impiedosa e impune.

O mais grave é que a violência doméstica ainda é uma criminalidade oculta, isto é, as estatísticas extraídas de inquéritos policiais e ações penais são incapazes de definir a real dimensão do problema. Na maioria dos casos as vítimas se calam, movidas pelo medo, insegurança, dependência econômica, pela preservação da família ou mesmo pela desaprovção social.

A situação é tão grave que instituições multilaterais como a ONU e a OEA têm elaborado diversos documentos (Convenções, Pactos e Tratados) exigindo soluções para a prevenção e repressão deste delito.

Diante da necessidade de cumprir os tratados assinados e ratificados pelo Brasil em âmbito internacional, foi elaborada e publicada a Lei n. 11.340/06, chamada “Maria da Penha”, que trouxe profundas modificações no cenário jurídico brasileiro ao proibir a aplicação de cestas básicas para os delitos de violência doméstica, vedar a aplicação da Lei dos Juizados Especiais Criminais, incluir medidas protetivas de urgência em benefício das vítimas e contra o agressor, instituir políticas públicas em favor das vítimas, recomendar a criação de Juizados de Violência doméstica e ampliar a atuação do Ministério Público.

A Lei nº. 11.340/06 apesar de não ser perfeita, apresenta uma estrutura adequada e específica para atender à complexidade do fenômeno da violência doméstica e familiar contra a mulher ao prever mecanismos de prevenção, assistência às vítimas, políticas públicas e punição mais rigorosa para os agressores.

O desafio que se impõe atualmente é como implementar todos os mecanismos de proteção constantes na Lei Maria da Penha no Brasil? O primeiro passo já foi dado nesse sentido com a criação, em praticamente todos os Estados brasileiros, dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar. Contudo, eles ainda necessitam ser mais bem aparelhados a fim de possibilitar um atendimento humanizado e eficiente para vítimas, familiares e também para os agressores.

A COMUNICAÇÃO SOCIAL NA FUNDAÇÃO HEMOMINAS: PREMISSAS E RESULTADOS

Regina Célia de Vasconcelos Silva

A Fundação Hemominas vai completar 24 anos em 10 de janeiro de 2009. Como instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), é responsável pela política estadual de sangue e segue as diretrizes técnicas e legais do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Vinculada à Secretaria de Estado de Saúde, é hoje uma rede de 23 unidades distribuídas no Estado: sete hemocentros, nove núcleos, três postos de coleta, três agências transfusionais e uma unidade administrativa, definidas assim pelo grau de complexidade e pela natureza dos serviços de cada uma.

Além da hemoterapia, cujas facetas mais conhecidas são a doação de sangue e o cadastro de doadores de medula óssea, a Hemominas trabalha em hematologia, oferecendo tratamento especializado e multidisciplinar para pacientes com deficiências genéticas que comprometem o desempenho das hemácias (hemoglobinopatias) e do sistema de coagulação sanguínea (coagulopatias). Entre as patologias mais conhecidas estão a doença falciforme e a hemofilia, tratadas nos ambulatórios da Fundação Hemominas.

Ampliando ainda mais sua área de atuação, a Hemominas terá, em 2010, outra unidade singular. O Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais (Cetebio) será uma unidade da Fundação Hemominas especializada no processamento e conservação de vários tipos de tecidos humanos para utilização em transplantes ou enxertos. Vai disponibilizar, prioritariamente para o SUS, tecidos humanos e materiais biológicos seguros – tecidos musculoesqueléticos, pele, sangue de cordão umbilical e placentário, além de concentrado de hemácias raras –, com alta qualidade técnica. O Cetebio será o primeiro banco integrado público de tecidos da América do Sul e está sendo implantado pelo Governo de Minas Gerais em parceria com o Governo Federal.

A Hemominas trabalha com norteadores definidos coletivamente em sua gestão estratégica. Missão: atuar em hematologia e hemoterapia com excelência e responsabilidade social. Visão de futuro: ser reconhecida nacional e internacionalmente como organização pública de excelência em hematologia e hemoterapia. Valores institucionais: comprometimento com a melhoria contínua; conduta orientada pela ética; ações com responsabilidade social e respeito e valorização pelo ser humano.

Para que a Hemominas cumpra seu papel de intermediar tecnicamente as relações entre

doadores e pacientes, oferecendo hemocomponentes seguros, realiza permanente trabalho de mobilização social. Não existem, ainda, produtos sintéticos que substituam o sangue e a medula óssea humanos. Para que os insumos (sangue e medula) cheguem ao destinatário (paciente), a Hemominas busca entender a base da solidariedade e cidadania – adesão social – que nossa sociedade desenvolveu para estimular a doação voluntária e não-remunerada, em conformidade com a legislação nacional sobre o assunto.

Os tempos atuais são de mudanças em todos os sentidos – econômicas, comerciais, nas relações interpessoais e de trabalho, na estrutura dos grupos sociais, nas necessidades informacionais, tecnológicas, na gestão administrativa, etc. A natureza da adesão social tem se alterado, e isso pode ser verificado, com mais objetividade, no mundo do trabalho. Para se ter uma idéia, segundo especialistas, a geração internauta, que está entrando no mercado de trabalho no século 21, tem características bastante distintas em sua relação com a carreira profissional. A fidelidade, antes assegurada às empresas e organizações como um valor maior, está voltada para os relacionamentos pessoais na profissão. O desejo de crescimento individual profissional leva a pessoa a migrar e buscar, em curtos períodos, novas formas de atuação. E esse é só um exemplo das mudanças sociais de nosso tempo, em que a exigência de qualidade e respeito por parte dos cidadãos se evidencia na consolidação da Constituição Federal de 1988, do Código do Consumidor, dos diferentes estatutos sociais de idosos e crianças e impacta a oferta de produtos e serviços, tanto na esfera privada quanto pública. Na área da Saúde, a absorção dessas mudanças é um desafio.

Qual é, portanto, a contribuição da Comunicação Social nesse ambiente múltiplo e complexo? Dois princípios devem orientar a Comunicação Social em organizações públicas: a obrigação constitucional de prestação de contas de seu trabalho e da aplicação dos recursos públicos e a qualidade da informação como um direito do cidadão. Além disso, as instituições públicas existem para prestar serviço ao cidadão e, sendo assim, a informação é também um serviço que precisa ser bem feito, alinhado às diretrizes institucionais e aos preceitos de probidade pública. O viés político, um dos elementos constitutivos de toda organização pública, deve ser também tratado em sua condição mais eficaz, como um elemento que pode responder às expectativas da sociedade brasileira, cada vez mais exigente.

A credibilidade da informação pública é construída no dia-a-dia, no âmbito das rotinas de todas as ações desenvolvidas pela instituição. Por isso, a Assessoria de Comunicação Social da Fundação Hemominas prefere divulgar os fatos e não somente as intenções, pois o fato é um bem com valor social. Na área de assessoria de imprensa, o trabalho primordial é devolver à sociedade as ações realizadas pela Hemominas em forma de notícia pela TV, pelo rádio ou pelos jornais e revistas.

Todas as instituições – públicas e privadas – têm uma lógica própria para atingir seus objetivos. No caso de empresas de comunicação, uma das metas comuns é garantir os índices de audiência e o número de leitores. Para isso, cada emissora de rádio e de TV ou jornal e revista tem sua lógica própria, sua linha editorial, que norteia o trabalho de jornalistas e repórteres para

atingir determinado resultado final de seu produto – a notícia. Os departamentos comerciais das empresas de comunicação seguem também um estilo administrativo próprio. Afinal, a empresa somente se mantém no mercado se sua administração corresponde ao produto final apresentado à sociedade. Nesse contexto, as empresas de comunicação buscam a afirmação comercial e editorial no mercado.

Considerando essa realidade, a Assessoria de Comunicação Social, no atendimento à imprensa, cumpre aqui um papel importante de acesso à instituição pública. Abrindo as portas da Hemominas, por meio da troca de idéias, de argumentações, das análises das possibilidades de olhar o mesmo fato por ângulos diferentes de abordagem, a assessoria é parceira dos veículos de comunicação – resguardados os limites éticos de atuação gerencial desses atores sobre a notícia – no que se refere a oferecer fontes, discutir pautas e auxiliar na produção de notícias. Desenvolvendo e mantendo essa postura ética no trato com os diferentes veículos de comunicação, é possível estabelecer um diálogo permanente de argumentações e atender ao princípio constitucional de publicidade dos atos administrativos.

Esse tratamento diferenciado e atento à imprensa proporciona o acesso do cidadão às ações e informações técnicas, que, muitas vezes, têm difícil tradução para uma linguagem muito simplificada. Nas áreas especializadas, como da Saúde, o que não falta são termos de difícil compreensão e que precisam de um exercício de reflexão contextualizada para que possam ser traduzidos ao cidadão, que tem outros interesses informacionais por sua área de atuação profissional ou formação instrucional.

Para que as informações especializadas da Saúde cheguem ao cidadão, é imprescindível que a equipe da assessoria de imprensa tenha, além de formação acadêmica própria que lhe confira segurança técnica, disposição para o diálogo permanente, a fim de reiteradas vezes discutir um mesmo assunto até que se chegue a um denominador comum: que a notícia contenha informações íntegras, seja “redonda”, aborde os diferentes ângulos de uma mesma situação, acrescentando ao cidadão a possibilidade de reflexão madura, tratando-o com respeito.

Dito assim, parece que tudo são flores... Ledo engano... O feedback no tratamento da notícia é um fator que eleva a discussão e a argumentação ao nível editorial, das linhas específicas de comprometimento com a notícia, tanto da organização pública quanto da empresa de comunicação. Em momentos críticos, é possível evocar o Direito e buscar o respaldo jurídico para obter o conhecido “direito de resposta”.

Esse recurso muda radicalmente o patamar das argumentações. Na argumentação de discussão de pauta ou editorial do resultado publicado, o diálogo ainda mantém uma distância ética dos interesses comerciais e políticos das empresas de comunicação e instituições ou pessoas, possibilitando que se chegue a uma compreensão daquele fenômeno de distorção da função esclarecedora da informação. Quando se chega “às vias de fato” da representação jurídica do direito de resposta, a notícia deixa de ser tratada como interesse de todos, da sociedade, e passa a ser tratada como interesse privado, da empresa de comunicação, da instituição ou das pessoas a que se refere. Os resultados dessa relação jurídica com a notícia

são, em geral, insatisfatórios para ambas as partes envolvidas. Não há relato conhecido em que as publicações resultantes do “direito de resposta” tenham alcançado, em termos de valor social, o correspondente aos danos financeiros, morais e de reputação pessoal de uma notícia inverídica e sua repercussão jornalística inapropriada. O bom senso sugere manter a discussão da notícia como um bem social e não como um bem privativo, fortalecendo as relações respeitadas entre assessorias e veículos de Comunicação Social.

Para que esse trabalho constante de negociação de pautas, sejam elas originadas na Hemominas ou nos veículos de comunicação, possa ter resultados eficientes e eficazes, o desenvolvimento das habilidades dos técnicos da área de Saúde para se tornarem fontes de informação para a imprensa é fundamental. Ninguém nasce sabendo andar. Primeiro a pessoa engatinha e depois se levanta e anda. As pernas e o equilíbrio precisam se fortalecer. A partir da visão ontológica, de que as pessoas são capazes de desenvolver habilidades e amadurecer decisões, há o melhor aproveitamento do potencial de cada pessoa no tratamento de muitos assuntos, inclusive da notícia.

O treinamento de fontes de informação – media training – não deve ser realizado de maneira instrumental, com objetivo único de padronizar a linguagem institucional para a imprensa. Ele deve ampliar as possibilidades reflexivas do cidadão que trabalha em uma instituição pública para se comunicar com o cidadão de fora da instituição. A compreensão dos processos comunicacionais – interpessoal, corporativo-gerencial e social – deve ser o objetivo. A melhoria da qualidade da informação prestada aos órgãos de imprensa e aos cidadãos torna-se resultado da compreensão, por parte dos técnicos e servidores públicos, desses processos e de sua própria importância na realização da comunicação.

Estabelecer também os fluxos da Comunicação Interna e Gerencial é importante para a melhoria contínua dos processos comunicacionais, inclusive externos. A padronização de veículos internos de comunicação deve ser feita levando em consideração a cultura regional em que se insere a unidade da Hemominas e consolidando, com a regularidade das inserções, a utilização desses veículos. A credibilidade da informação veiculada internamente depende da adequação da linguagem e da regularidade criteriosa de sua renovação, pois a relação entre redundância, que cumpre um papel de fortalecimento do padrão, e a novidade, que introduz a mudança, precisa de equilíbrio. O equilíbrio permite que o interesse do servidor na busca por informações seja estimulado.

É preciso, por exemplo, que uma mesma informação de âmbito de rede – que alcance todas as unidades da Hemominas – seja trabalhada em diversas linguagens e veículos internos, não necessariamente no mesmo momento: intranet, quadros temáticos, quadros de aviso, jornais murais, mensagens eletrônicas e jornal interno. As necessidades informacionais e o trabalho cotidiano dos diversos profissionais da rede – de serviços gerais, médicos, enfermeiros, pedagogos, psicólogos, assistentes sociais e administrativos, pesquisadores, gestores, etc. – exigem veículos e linguagens apropriadas, pois a natureza do trabalho de cada um define também o acesso que o profissional tem a meios tecnológicos e a informações.

Estabelecido o padrão conceitual dos veículos internos, cada unidade pode utilizar seu potencial cultural no desenvolvimento dos conteúdos para atender às demandas por informações de seu público interno: o servidor sempre saberá onde buscar determinada informação que deseja, seja ela gerencial, de cunho informativo, seja noticiosa ou de entretenimento. Em termos de Comunicação Interna, também o desenvolvimento das habilidades pessoais é importante. A capacitação dos servidores da rede em qualquer área de atuação – técnica e administrativa – para a comunicação e a compreensão de conceitos como o endomarketing, por exemplo, fortalece valores institucionais como a busca da melhoria contínua, o respeito e a valorização do ser humano. A base da capacitação inclui o Código de Ética dos Servidores da Fundação Hemominas.

Outra expressão muito importante em Comunicação Social é a realização de eventos institucionais e a representação oficial em eventos externos. Eventos são formas diferenciadas de Comunicação Social. Os protocolos do cerimonial, regidos principalmente pelo Decreto 70.274 de 9 de março de 1972, permitem a justa democracia na participação representativa, em que o cargo oficial está revestido de autoridade independente das simpatias pessoais. O respeito à autoridade e a demonstração de cortesia são atributos apreciados nas relações institucionais. Além disso, a realização de eventos – políticos, técnicos ou administrativos – enxerta novas idéias na organização pública pela troca de experiências. São oportunidades de desenvolvimento, aprimoramento e amadurecimento institucional, em especial na área da Saúde.

Uma vez que as instituições públicas estão a serviço do cidadão e não têm, em si mesmas, a finalidade de sua existência, outra faceta importante de contribuição da Comunicação Social está na governança eletrônica de serviços sociais. Do ponto de vista da Comunicação, as estruturas rígidas das organizações públicas – em primeira instância decorrentes da necessidade de controle da coisa pública regida por densa legislação e de prestação de contas aos cidadãos – ainda se ressentem no contato com a agilidade e o imediatismo dos serviços eletrônicos hoje possíveis. Esses serviços oferecidos via Internet precisam migrar do foco da necessidade de reconhecimento burocrático para o foco das necessidades dos cidadãos. Para isso, é preciso consistência na segurança das informações digitais, na interdisciplinaridade e na interinstitucionalidade da prestação dos serviços públicos. Daí a importância de, na Hemominas, ter sido criado o Grupo Gestor do Portal, com representantes das diretorias de Atuação Estratégica; Técnico-Científica; de Planejamento, Gestão e Finanças, além do Gabinete e da Assessoria de Comunicação Social. A interdisciplinaridade faculta ao grupo diversidade de análises e um resultado mais próximo do desejado. Além disso, os representantes de cada uma das unidades, hoje em período de treinamento na aplicação da ferramenta OpenCMS, customizam seus conteúdos, tornando-os mais disponíveis ao usuário.

Ainda falta um longo caminho a ser trilhado, tanto tecnológico quanto legal, para que os serviços públicos, em especial os da Saúde, possam atingir este patamar ideal de serviços online. Hoje, atendendo à legislação mineira sobre portais, os serviços são basicamente de informação, onde a Comunicação Social encontra aqui um amplo espectro de atuação.

A inclusão social e a disponibilidade dos serviços online dependem do aprimoramento de alternativas conceituais e tecnológicas mediante diagnóstico das necessidades dos usuários e de decisões dos gestores voltadas para esse sentido. Os portais de serviços públicos hoje enfrentam enormes desafios também na viabilização administrativo-financeira, para que possa ser traçada uma linha conseqüente de melhoria contínua para a governança eletrônica.

O trabalho desenvolvido pela Assessoria de Comunicação Social da Fundação Hemominas tem sido reconhecido por seu público interno e externo. Os indicadores da área para subsidiar decisões estratégicas têm sido aprimorados e, agora, o grande salto será o de incluir análises qualitativas das notícias para que a instituição receba a contribuição da Comunicação Social para além do ponto de vista da imagem institucional, da consolidação da identidade organizacional de seu público interno.

A contratação de uma agência de publicidade que profissionalizará diagnósticos e soluções para campanhas sintonizadas, em especial, com as demandas regionais de manutenção de estoques e fidelização de doadores é o próximo passo. E como a doação voluntária e não remunerada é um ato de cidadania e solidariedade, a Comunicação Social, com a utilização de ferramentas e tecnologias próprias, pode desempenhar relevante papel na consolidação do Sistema Único de Saúde, um dos melhores – senão o melhor – sistemas de atenção à Saúde já implementados.

Ações desenvolvidas na Assessoria de Comunicação Social da Fundação Hemominas nos últimos cinco anos:

Curso de técnica vocal e expressão corporal para falar em público – Foram realizados seis cursos, com participação 120 servidores, colaboradores e gestores, em Belo Horizonte. Está sendo estudada a viabilidade técnica e financeira para levar o treinamento para as unidades no interior. Metodologia desenvolvida e aplicada por Maria Clara Silva em cursos de férias da Faculdade Estácio de Sá. Maria Clara Silva é servidora estadual com formação em Relações Públicas e Artes Cênicas, especialista em Comunicação Empresarial.

Workshop de Comunicação – Módulos teórico e oficina de TV; visita às redações de jornais, rádios e TV. Foram realizadas oficinas em 16 unidades da rede Hemominas no Estado, com participação de 480 pessoas, entre gestores, servidores e colaboradores. Metodologia desenvolvida por Regina Célia de Vasconcelos Silva, jornalista, assessora de Comunicação Social e especialista em Gestão de Pessoas.

Encontro da Rede Hemominas de Comunicação Interna – Realizado em abril de 2008, em Belo Horizonte, com participação de 68 servidores, que são referência para ações de Comunicação Interna na rede Hemominas. Conteúdo programático desenvolvido pela equipe da ACS Hemominas.

Participação da ACS em comissões internas multidisciplinares – Núcleo Ambiental (Lúcia Naves e Dayse Braga); Gerenciamento Matricial de Despesas (Dayse Braga e Regina Vasconce-

los); Indicadores de Gestão Estratégica (Regina Vasconcelos, Fábio Meireles, Isabela Muradas e Débora Jácome); Comissão Executiva de Eventos Institucionais (Clara Silva, Débora Jácome e Regina Vasconcelos); Comissão de Patrocínio (Dayse Braga); Desenvolvimento do Projeto de Relações Institucionais (Débora Jácome, Clara Silva e Regina Vasconcelos); Comissão Especial de Licitação para Contratação de Agência Publicitária (Monique Xavier; Marina Costa, Dayse Braga e Regina Vasconcelos); Grupo Gestor do Portal (Regina Vasconcelos, Marina Costa, Fábio Meireles e Débora Jácome).

Gincana do Planejamento Estratégico – Atividade desenvolvida com os servidores para divulgação do planejamento estratégico com participação ativa da Presidência e das diretorias. Apoio direto de Clara Silva e Regina Vasconcelos.

Organização de eventos, cerimonial e assessoria de imprensa temática – Organização de eventos locais, regionais, estaduais, nacionais e internacionais. Destacam-se os simpósios internacionais sobre o vírus HTLV e o encontro internacional dos membros da Fundação Eisenhower Fellowships; a diplomação, em âmbito estadual, de doadores fidelizados em comemoração ao Dia Nacional do Doador Voluntário de Sangue – 25 de Novembro; a divulgação das atividades referentes ao Dia do Paciente Hemominas – 24 de Junho; o apoio ao evento interno “Café com a Presidência” e aos eventos de rede para a Gestão Estratégica, ao Residual (encontro sobre responsabilidade ambiental) e outros encontros promovidos pelas diretorias. Participa a equipe da Assessoria de Comunicação Social, de acordo com a necessidade de atuação em cada evento.

Projeto “Relações Institucionais” – Em desenvolvimento pelo Gabinete e pela Assessoria de Comunicação Social para sistematizar acolhimento a visitantes e registro de reuniões, encontros temáticos e parcerias institucionais estabelecidas pela Hemominas em função da missão, da visão de futuro e dos valores da Fundação.

Produtos Oferecidos pela ACS aos públicos interno e externo:

Fator Positivo – Jornal interno bimestral, com conselho editorial virtual composto por representantes de todas as unidades da rede Hemominas. Editoria e coordenação do conselho: Marina Costa, jornalista.

Jornal Hemominas – Jornal externo trimestral, com distribuição nacional e internacional. Editoria: Isabela Muradas, jornalista.

Assessoria de Imprensa – Atendimento, acompanhamento de produção de reportagens, coberturas e monitoramento dos resultados publicados. Coordenação: Rita Fontanez, jornalista.

Jornal Mural (JM) – Da Administração Central e coordenação de implantação, acompanhamento, monitoramento dos JM das unidades. Coordenação: RP – Débora Jácome e Clara Silva.

Fluxos de Comunicação Interna e disseminação da informação – Também por endereço eletrônico, com abrangência de rede e na sede da Administração Central. Coordenação: Débora Jácome e Clara Silva – RP.

Campanhas internas – desenvolvidas em toda a rede. Produção, coordenação e execução: Monique Xavier, publicitária e Débora Jácome, RP, e Clara Silva.

Enquetes – Aferição dos resultados de campanhas internas – Débora Jácome, RP.

Fale conosco portal Hemominas (item ‘outros’) e portal Minas On-line – Fábio Meireles, jornalista.

Peças gráficas, campanhas publicitárias – Coordenação: Monique Xavier, publicitária, e Regina Vasconcelos, jornalista.

Agenda mensal da Fundação Hemominas – Os meios de comunicação devem receber informações claras, precisas e periódicas para atuarem como interlocutores entre a Hemominas e a população. A ACS recebe, mensalmente, a atualização das ações de cada uma das diretorias, unidades e gabinete e repassa para todos o compilado único da agenda mensal para o mês seguinte. Coordenação: Rita Fontanez, jornalista.

Conteúdo noticioso do Portal Hemominas (Internet e intranet) – Equipe de Jornalismo.

Conteúdo de eventos e Comunicação interna do Portal Hemominas (Internet e intranet) – Equipe de RP.

Estágio acadêmico – Oferta de vagas em Jornalismo e Relações Públicas. Estamos buscando a ampliação para estudantes de Publicidade e Propaganda. O estágio tem supervisão mensal, seguindo o modelo do Plano de Gestão de Desempenho Individual dos servidores públicos estaduais, e relatórios com registro e acompanhamento pelo Serviço de Ensino da Diretoria Técnico-Científica da Fundação Hemominas.

Desafios permanentes para o desenvolvimento eficiente das ações em Comunicação Social

Gestores – Os gestores precisam se comprometer com as mudanças internas e externas associadas à proposta não somente instrumental da Comunicação Social. Sem o comprometimento reiterado dos principais responsáveis pela instituição, não é possível implementar as mudanças conceituais necessárias para obtenção de resultados. Na Hemominas, a sensibilidade da Direção Superior para o diálogo e a exposição de argumentos permitiu a mudança dos rumos da Comunicação Interna e da abordagem à imprensa, profissionalizando ainda mais essas relações.

Equipe de profissionais – Os profissionais devem ter formação acadêmica adequada, ser tecnicamente preparados para sua atuação específica e capacitados para a interação. A Assessoria de Comunicação Social da Fundação Hemominas é composta, hoje, por sete bacharéis em Comunicação Social – cinco com habilitação em Jornalismo, uma em Rela-

ções Públicas e uma em Publicidade e Propaganda – e três administrativos, com formação em Ensino Superior – uma em Serviço Social, uma em Relações Públicas e uma em Gestão Ambiental. A maioria possui pós-graduação. Essa equipe responde hoje por todas as ações internas, externas, de eventos de rede e do conteúdo noticioso do portal da Fundação Hemominas. A necessidade atual é de adequação profissional para a linguagem web – webwriters (para adequação do conteúdo informacional técnico na intranet e na internet) e webdesigners (melhorias no portal e Newsletter).

Infra-estrutura – Computadores em rede interna e externa, adequados tecnicamente e com funcionalidade eficaz; automóveis para as atividades externas; equipamentos fotográficos adequados às demandas atuais da rede. As dificuldades têm diminuído. Acontecem em decorrência das inúmeras atividades institucionais simultâneas, principalmente quanto ao deslocamento para coberturas e acompanhamento de reportagens.

Disponibilidade de fontes internas – Para entrevistas, é preciso tentar compatibilizar as conveniências da fonte interna e dos veículos de comunicação. Isso nem sempre é possível. Portanto é preciso que os técnicos e profissionais da Hemominas entendam a importância de sua participação na matéria, sem os quais não se obtém êxito na produção de notícias. A disponibilidade de fontes internas é um fator determinante na diversidade de pautas oferecidas à imprensa.

ACESSO A TRATAMENTO PARA VOLUNTÁRIOS DE PESQUISA CLÍNICA: DIREITO INQUESTIONÁVEL COM A PERSPECTIVA DE EXPANDIR PARA A SAÚDE PÚBLICA O ACESSO AOS PRODUTOS DESENVOLVIDOS*

Dirceu B. Greco

Resumo

A expansão do número de ensaios clínicos randomizados (RCT) em países em desenvolvimento trouxe várias controvérsias éticas, pois em diversas situações esses têm sido associados com acesso diferente e menor aos cuidados médicos disponibilizados aos voluntários quando comparados àquelas realizadas em países desenvolvidos.

Este artigo defende que os voluntários devem ter acesso aos mesmos cuidados e aos mesmos requisitos éticos independentemente de seu poder econômico, raça ou país onde o ensaio esteja sendo desenvolvido.

Aqui também argumento que a discussão sobre a obrigatoriedade de acesso a cuidados de saúde no ensaio clínico já está ultrapassada pois há percepção crescente em todo o mundo que saúde é um direito e que as pessoas devem ter acesso, nos serviços de saúde pública, aos produtos que se mostrarem eficazes e não apenas no ambiente controlado de um RCT. Concluo com a perspectiva de envolvimento de todos, incluindo pesquisadores, profissionais de saúde, sociedade civil, governos para definir a priori como os benefícios desses ensaios tornar-se-ão disponíveis para todos que deles necessitarem. Além disso, que um conjunto de diretrizes éticas para a saúde seja desenvolvida sob a liderança de organizações internacionais, como a OMS e UNESCO, tendo entre seus objetivos mostrar para o mundo que saúde não pode ser tratada como assunto comercial e que os progressos alcançados na pesquisa clínica sejam acessíveis a todos.

* Artigo publicado no Minas Faz Ciência (FAPEMIG 2008).

Introdução

As últimas décadas mostraram expansão intensa dos ensaios clínicos, originados de países desenvolvidos, mas com grande participação de voluntários de países em desenvolvimento. Essa expansão ocorreu não só devido à globalização da indústria farmacêutica, mas também pela necessidade de cumprir as regras para a realização de grandes ensaios clínicos randomizados (RCT), para os quais são recrutados milhares de voluntários para estudos de eficácia (fase III).

Além disso, existe maior facilidade de recrutar voluntários entre os mais pobres e menos conscientes de seus direitos e que podem ver o ensaio clínico como a única maneira de ter acesso a cuidados de saúde, em países com grande incidência de certas patologias e, muitas vezes, com requisitos éticos menos estritos. Por outro lado, as regras mais rígidas nos países de origem, protegendo os direitos dos voluntários, fazem parte do mesmo quadro, ou seja, dificultam a aprovação de certos ensaios nos países desenvolvidos.

Não deve também ser esquecido que a divulgação pública nos Estados Unidos no início dos anos 1970 do inaceitável experimento de Tuskegee (1932-1972), em que afrodescendentes infectados pelo *T. pallidum* foram acompanhados sem tratamento por 40 anos (10) e o subsequente Relatório Belmont (3), definindo regras estritas de proteção a seres humanos em ensaios clínicos (1979) pode também ter contribuído para a migração de certos tipos de ensaios para outros países. Cumpre acentuar que outros ensaios não éticos ainda foram conduzidos nos EUA (2) no período pós-Segunda Guerra Mundial, ou seja, mesmo depois da existência do Código de Nuremberg (1947) (10) e da Declaração de Helsinki (1964) (8).

Duplo standard em pesquisa clínica

A migração de ensaios randomizados para os países em desenvolvimento levou ao risco de diminuição dos requisitos éticos, e isso realmente aconteceu com relativa frequência. Aqui não há a intenção de demonizar a indústria farmacêutica, que tem um papel significativo no desenvolvimento de vários produtos importantes, responsabilizando-os sozinhos por ensaios não-éticos, já que tais ensaios foram também realizados com o aval e financiamento de agências nacionais e internacionais, com a colaboração de pesquisadores locais e/ou internacionais (18).

Uma das razões para aumentar a preocupação ética em relação a vários desses ensaios foi a epidemia da aids na qual, diferentemente de outras doenças infecciosas, o vírus causador não respeita fronteira nacional. Nessa epidemia, não somente a necessidade de melhor conhecimento epidemiológico, mas especialmente a percebida urgência para se desenvolver e testar a eficácia de drogas anti-retrovirais, levou a aumento exponencial do número de ensaios clínicos multicentricos internacionais. Nesse quadro, os países em desenvolvimento se mostram como cenário ideal: mesmo vírus, mesma doença, alta prevalência e incidência da infecção e, como já mencionado, voluntários, autoridades e até pesquisadores menos exigentes.

É praticamente impossível apontar as causas para o início das discussões acaloradas sobre os requisitos éticos para a realização de ensaios clínicos, mas vale mencionar um dos catalisadores desta verdadeira batalha ética. Em 1997, um editorial incisivo escrito pela Dra. Márcia Angell (1) – editora à época do *New England Journal of Medicine*– criticou a ética de estudos financiados pelos Institutos Nacionais de Saúde dos EUA (NIH) sobre a prevenção da transmissão materno-fetal do HIV realizados em países da África, na República Dominicana e na Tailândia. Esses foram realizados quando já se sabia pelos resultados do estudo ACTG 076 (4,5), da diminuição substancial do risco de transmissão do HIV quando a zidovudina era administrada oralmente durante a gravidez, endovenosamente (EV) durante o parto e oralmente para o neonato. Nos ensaios realizados naqueles países em desenvolvimento foi administrado AZT por tempo menor durante a gravidez e foi eliminada a dose EV em comparação com um grupo controle que recebeu apenas placebo. A Dra. Angell escreveu que a utilização de placebo nesse estudo lembrava aquele realizado em Tuskegee (1932-1972). Este editorial e outros artigos relacionados (12,15,19), trouxeram intensa discussão e subsequente pressão de agências reguladoras e pesquisadores norte-americanos (13), propondo a modificação dos requisitos éticos definidos pela Declaração de Helsinque (1996). A intenção era modificar os itens relacionados à obrigação de prover a todos os voluntários o acesso aos melhores cuidados de saúde (item 30) em ensaios clínicos realizados em qualquer lugar do mundo e às restrições ao uso de placebo quando há tratamento eficaz.

Utilizando argumentos falaciosos (13), uma proposta da Associação Médica Americana foi encaminhada à Associação Médica Mundial (AMM), na qual os itens acima listados foram grosseiramente alterados permitindo o uso de placebo quando não existisse tratamento eficaz disponível no país onde o ensaio estivesse sendo realizado, e que o acesso aos melhores cuidados de saúde fosse modificado para acesso ao melhor tratamento localmente disponível. (Quadro I).

Essa proposta foi rejeitada, e a 52ª Assembléia Geral da AMM (Edimburgo 2000) manteve as restrições ao uso de placebo (item 29) e adicionou o requisito de obrigatoriedade de prover acesso pós-estudo aos melhores cuidados de saúde demonstrados pela pesquisa (item 30). As pressões, tanto das agências reguladoras quanto da indústria farmacêutica, foram muito intensas, e a AMM acabou por acrescentar (2002-2004) duas notas de esclarecimento a esses itens. Essas tornaram possível escapar da obrigatoriedade de tratar todos os voluntários com igual respeito e garantias, estabelecendo um duplo-standard ético na pesquisa clínica.

Naquela mesma ocasião (2004), a Administração de Drogas e Alimentos (FDA), responsável pela aprovação e registro de medicamentos nos EUA, propôs que os projetos de pesquisa clínica realizados em outros países e não conduzidos sob uma aplicação para uma Nova Medicação Experimental (Investigational New Drug – IND) não precisariam mais estar de acordo com os requisitos da Declaração de Helsinque. Essa decisão afetou as normas para pesquisas com medicamentos realizadas fora dos EUA que não solicitaram a FDA o registro como IND. Originalmente a FDA determinava que os estudos submetidos para uma

nova medicação experimental (NDA) fossem realizados de acordo com as normas que mais proteção oferecessem ao voluntário, seja a Declaração de Helsinque ou as leis locais. Essa nova proposta exige apenas que as pesquisas estejam de acordo com as Diretrizes de Boas Práticas Clínicas (Good Clinical Practices – GCP) da Conferência Internacional sobre Harmonização (International Harmonization Conference – ICH). As GCP tratam principalmente dos procedimentos, e não dos aspectos éticos. Por exemplo, as GCP não abordam o tema de conflitos de interesses, a necessidade de publicar os resultados ou o acesso dos voluntários após o estudo aos tratamentos que se mostrarem eficazes, conforme preconiza a DH. A FDA afirmou estar preocupada em “assegurar a qualidade dos dados” e, por isso, as diretrizes de GCP seriam necessárias. Seria então mais lógico exigir que esses ensaios clínicos cumprissem tanto as Diretrizes de GCP quanto os requisitos de a DH. Afirmava ainda que havia preocupação com a possibilidade da DH ser modificada “independentemente da autoridade da FDA”. Ironicamente, a FDA desconsiderava a versão vigente dessa declaração (EDIMBURGO, 2000), referindo-se à versão de 1989, a qual já havia sido automaticamente cancelada com a aprovação da versão 2000.

A FDA e membros de outras agências norte-americanas (4), juntamente com o Departamento de Serviços de Saúde e Humanos – DHHS (equivalente ao Ministério da Saúde brasileiro) e a indústria farmacêutica dos EUA têm estado na linha de frente contra várias melhorias em diversos documentos da ética internacional. Seus esforços nesse sentido não lograram atingir completamente a Declaração de Helsinque, o que pode ser uma das explicações para a proposta.

As preocupações da FDA estão localizadas em duas áreas convenientemente ausentes das Diretrizes de GCP. Sobre o placebo, reclamava que a DH de 2000 impedia sua utilização para doenças simples, menos graves. A FDA participou do movimento para a introdução na DH (artigo 29) de nota de esclarecimento que permite esse uso. E apóia também o uso de placebo em países em desenvolvimento em ensaios clínicos de voluntários com doenças graves mesmo quando existe tratamento eficaz, estudos também não autorizados pelas normas da Declaração de Helsinque.

Além disso, o DHHS e a FDA argumentam fortemente contra o requisito de que os medicamentos que se mostrem eficazes sejam fornecidos a todos os participantes do estudo no final da pesquisa (DH- artigo 30). Esse requisito é particularmente crítico nos países em desenvolvimento onde os que recebem a medicação do estudo podem ter seu tratamento interrompido abruptamente e os do grupo controle podem ter negado o acesso aos tratamentos cuja eficácia eles mesmos ajudaram a comprovar.

Apesar de diversas críticas feitas diretamente na página da FDA e na literatura científica (16) essa decisão de substituição foi oficialmente tomada pela agência em 2008 (11,20).

Novas propostas de modificação na Declaração de Helsinque

Em maio de 2007, a AMM estabeleceu novo grupo de trabalho, com membros do Brasil, Alemanha, Japão, África do Sul e Suécia para rever a Declaração de Helsinque com os objetivos de: “a) identificar falhas no conteúdo, mas evitando uma completa reabertura do documento para modificação; b) Utilizar o processo de revisão para promover a Declaração de Helsinque”¹. Segundo a coordenadora do Comitê de Ética da AMM, Dra. Eva Bagenholm, “embora muitas das modificações propostas sejam pequenas, há modificações significativas sendo sugeridas particularmente para reforçar a proteção e benefício dos voluntários em projetos de pesquisa e novos itens relacionados ao registro de dados e consentimento para pesquisa que utiliza tecido humano”.

Os pontos mais polêmicos dessa nova proposta são também os relacionados ao uso do placebo e ao acesso pós-estudo aos medicamentos que se mostraram eficazes – a proposta disponibilizada pela AMM (QUADRO II) suprime as notas de esclarecimento, mas mantém o seu conteúdo dentro dos itens respectivos, ou seja, mantém os riscos de utilização do placebo quando existe tratamento eficaz e reduz a obrigatoriedade de estabelecer o acesso pós-estudo. Esse último fica particularmente enfraquecido quando estabelece que “O protocolo deve descrever os acordos para o acesso pós-estudo por parte dos sujeitos de estudo a métodos identificados como benéficos no estudo ou acesso a outros cuidados ou benefícios apropriados”, o que pode ser interpretado como ser suficiente descrever no projeto o que vai ser oferecido (que pode ser nada) para que seja eticamente aceitável.

Em agosto de 2008 a Associação Médica Brasileira (AMB) organizou um seminário em São Paulo, juntamente com o Conselho Federal de Medicina e a AMM, para ampliar essa discussão, seguida de reunião do Comitê de Ética da AMM e representantes nacionais do grupo de trabalho já citado anteriormente. Nesse evento seminal e exemplar, esses dois polêmicos assuntos foram debatidos sem que se atingisse consenso. A AMB, por meio de seu grupo de trabalho levará a posição do Brasil à Assembléia Geral que se realizará em outubro de 2008 em Seul, Coréia do Sul.

A Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e o Ministério da Saúde (representado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia) são pela manutenção das restrições ao uso de placebo e que os voluntários tenham acesso garantido ao que se mostrar eficaz no ensaio de pesquisa e que acordo nesse sentido deve ser estabelecido antes do início do ensaio. (QUADRO II)

Resistência

As normas brasileiras sobre pesquisa envolvendo seres humanos e as

¹ www.wma.net/e/ethicsunit/helsinki.htm

propostas de modificação na Declaração de Helsinque

O Brasil possui invejável e respeitado arcabouço ético para proteção de voluntários de pesquisa, representado pelas diretrizes originárias do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (6), com a resolução 196/96 e complementares e o estabelecimento do sistema CEP/CONEP. Os pontos da Declaração relacionados a acesso e ao uso de placebo aprovados em Edimburgo 2000 estão de acordo com o que preconizam estas nossas resoluções e o CNS em setembro de 2008 aprovou a resolução (404/2008) apoiando a manutenção destes pontos na Declaração de Helsinque (9).

Uma nova diretriz internacional estabelece requisitos éticos adequados para a proteção dos voluntários:

Em 2007, a OMS/UNAIDS publicaram as Considerações Éticas em Pesquisa Biomédica sobre prevenção do HIV (Ethical Considerations in Biomedical HIV Prevention) (21) que sucede, atualiza e expande outro documento aprovado em 2000: Considerações Éticas em pesquisa com vacinas preventivas anti-HIV. Esse novo documento explicita que voluntários que se infectam pelo HIV “durante a realização de ensaio biomédico preventivo sobre o HIV devem receber acesso aos tratamentos entre os internacionalmente reconhecidos como ótimos” (Diretriz 14). E em relação à utilização de placebo, restringe-o a situações em que não existe comparador eficaz. Esse documento é muito importante, pois o de 2000, no qual esses dois requisitos eram semelhantes ao preconizado nas notas de esclarecimento da DH, atualmente está em vigor. Deve ser enfatizada a importância desta nova diretriz que se origina de um organismo internacional que, de direito, representa todos os países.

Acesso universal a cuidados adequados de saúde pública

Pode ser aqui argumentado se o questionamento de que os voluntários devem ter acesso a cuidados de saúde adequados independentemente de sua capacidade econômica ou país de origem é uma discussão ultrapassada. É ultrapassada porque durante esse período (1999-2008) a discussão sobre acesso extrapolou o ambiente controlado do ensaio clínico e realmente alcançou a expectativa muito mais ampla de acesso aos produtos das pesquisas para todos que deles necessitem. E nesse cenário muito mais complexo a pergunta se foi substituída por como e quando.

Assim, a verdadeira discussão deveria ser não o ensaio clínico controlado e geralmente financiado com milhões de dólares pela indústria farmacêutica, mas sim a mais importante e mais difícil busca pela aplicação dos resultados em saúde pública em ambientes com recursos financeiros escasso.

Conclusão

Saúde pública como um direito e não como uma “commodity”

Dois exemplos seminais, ambos coincidentemente relacionados à epidemia de aids:

- Em 1996, o Brasil define em lei a obrigação do Estado prover acesso universal sem custo adicional a terapia anti-retroviral para todos que dela necessitassem. Essa decisão era contrária ao senso comum, que afirmava que países em desenvolvimento deveriam focalizar nos esforços de prevenção para combater a AIDS, pois a complexidade dos esquemas terapêuticos dificultaria a aderência dos pacientes aumentando o risco de disseminação de vírus resistentes. De 1996 a 2002, o investimento total do governo brasileiro com esse tratamento atingiu cerca de 1,6 bilhão de dólares e, além do inestimável impacto social ao diminuir a mortalidade, a diminuição da morbidade, das hospitalizações, dos afastamentos e das aposentadorias (17), levaram a economia estimada em quase dois bilhões de dólares. Hoje os bons resultados desse programa são reconhecidos internacionalmente. Ao prover acesso universal aos ARVs e a cuidados de saúde adequados na aids, ficou demonstrado ser possível para um país em desenvolvimento, mesmo com tantas iniquidades, tratar as pessoas de maneira igual independentemente de raça, gênero ou poder econômico. Aqui está se falando não da controlada e autolimitada situação existente em um ensaio clínico, em que os custos de prover tais cuidados para os voluntários é apenas uma fração dos milhões de dólares gastos não somente com o próprio ensaio, mas com uma parte substantiva empregada em marketing.

Esse enfoque já foi adotado por muitas outras nações em desenvolvimento, com o apoio da OMS, sendo a Iniciativa 3 by 5 (23), com o objetivo par tornar os medicamentos anti-retrovirais (ARV) disponíveis para três milhões de pessoas em países de desenvolvimento até o ano 2005, um dos exemplos, mobilizando esforços de todo o mundo, com diversas fontes de financiamento para este fim.

Estes exemplos reforçam a argumentação que a discussão sobre SE é um requisito ético que os voluntários tenham acesso aos melhores cuidados de saúde nos ensaios clínicos deve ser substituído para COMO trabalhar em conjunto para prover universalmente os muito necessários produtos que se mostrarem eficazes além de cuidados decentes de saúde para todos.

Perspectivas

- Ética nos ensaios clínicos: será necessária ação concertada de governos, agências internacionais, pesquisadores, ativistas, grupos de pacientes, com o envolvimento também da industria farmacêutica, para juntos estabelecerem uma agenda para decidir onde ensaios clínicos relevantes devem ser realizados e como preparar os centros de pesquisa para tal. Também para informar os voluntários prospectivos de maneira que eles possam autonomamente decidir a participar e, tão importante quanto, assegurar acesso pós-ensaio aos produtos que se mostrarem eficazes.

A epidemia da aids pode ser utilizada como um exemplo internacional, multidisciplinar e multifatorial de envolvimento de pessoas, sejam elas do governo, cientistas e ativistas. É

necessário expandir essa discussão e os bons resultados do enfrentamento dessa epidemia para outras doenças órfãs, com muito menos visibilidade, mas que são tão importantes e disseminadas. Entre elas, e citando apenas as infecto-parasitárias, a leishmaniose, a tuberculose, a malária, a esquistossomose, a hanseníase e a tripanosomíase. Nessas será novamente necessária a ação conjunta de ativistas, pesquisadores, profissionais de saúde, sociedade civil, pessoas afetadas por elas e governos.

- Estabelecimento de diretrizes éticas baseadas em direitos humanos, visando acesso universal a cuidados de saúde decentes

Diretrizes éticas inclusivas e harmonizadas devem ser desenvolvidas, idealmente sob a égide da OMS e UNESCO, esta última já tendo aprovado em 2005 a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (22), a qual inclui uma visão social sobre os direitos de progresso científico para todos. Estas instituições mundialmente representativas poderiam estabelecer equipe de trabalho multinacional e multidisciplinar para elaborar e abrir para discussão um documento de requisitos éticos baseados na equidade. Tal documento, na parte relacionada à ética em pesquisa, poderá ser baseado na Declaração de Helsinque, mas deverá ser amplo o suficiente para englobar um projeto mundial para o provimento de acesso universal aos produtos que tenham se mostrados eficazes e efetivos.

- Investimento em Pesquisa

Aumentar o financiamento de pesquisas, incluindo aquelas que visam o desenvolvimento de novas moléculas e de insumos.

- Produção local de insumos e medicamentos

Aumentar o investimento em laboratórios públicos (e também privados nacionais) para a produção local a preços compatíveis e também para a produção dos insumos e equipamentos. Buscar acordos de transferência de tecnologia e, se necessário, utilizar a flexibilização prevista no acordo TRIPs (7), por exemplo, em situações de risco para a saúde pública, para emitir licença compulsória de medicamentos.

Atingir esses objetivos provavelmente não será suficiente para tornar éticas e relevantes as pesquisas e nem para o objetivo maior de acesso a cuidados de saúde adequados para todos. Entretanto, serão passos inequivocamente válidos para buscar convencer o mundo que o ser humano deve ser tratado com equidade, que a saúde pública não é um bem comercial e que os produtos do desenvolvimento devem ser disponibilizados para todos, para que nós sobrevivamos como uma verdadeira civilização.

Referências

Angell M. The ethics of clinical research in the third world. *N Engl J Med* 197;337:847-9.

Beecher, HK. Ethics and Clinical Research. *NEJM* 1966;274 (24): 1354-1360

The Belmont Report(- Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research - The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research(

- April 18, 1979 (ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html)
- Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994;331:1173-1180.
- CDC. Recommendations of the U.S. Public Health service task force on the use of Zidovudine to reduce perinatal transmission of HIV. *MMWR* 1994; 43 (no RR-11).
- Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 1996.
- Declaration on the TRIPS agreement and public health. DOHA WTO Ministerial 2001 (www.wto.org)
- Declaration of Helsinki, World Medical Association, Edinburgh 2000 (www.wma.net).
- Diário Oficial da União. Resolução 404/2008. No. 186, pg. 45 de 25/09/2008
- Fairchild, AL, Bayer, R. Uses and abuses of Tuskegee. *Science* 1999; 284: 919-921
- Federal Register /Vol. 73, No. 82/Monday, April 28, 2008/Rules and regulations (edocket.access.gpo.gov/2008/pdf/E8-9200.pdf)
- Greco, DB. Revising the Declaration of Helsinki: Ethics vs. economics or the fallacy of urgency. *Can HIV/AIDS Pol Law Rev* 2000; 5(4): 94-97
- Levine, RJ The need to revise the Declaration of Helsinki. *Bull Med Eth* 1999;150:29-33
- Lie RK, Emanuel E, Grady C, Wendler D. The standard of care debate: the Declaration of Helsinki versus the international consensus opinion. *J Med Ethics* 2004;30:190-3.
- Lurie, P, Wolfe, SM. Unethical trials of interventions to reduce perinatal transmission of HIV in developing countries. *NEJM* 1997;337: 1003-1005
- Lurie, P, Greco, DB. US exceptionalism comes to research ethics *The Lancet* pg 1117-1119, 26 March 2005
- Marins, JRP, Jamal, LF, Chen, SY et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS* 2003; 17: 1675-1682
- Rothman, DJ. The shame of medical research. *The New York Review* November 3, 2000: 60-64
- Schüklenk, U. Unethical perinatal HIV transmission trials establish bad precedent. *Bioethics* 1998; 12 (4):312-319
- Trials on Trial: The FDA should rethink its rejection of the Declaration of Helsinki (Editorial). *Nature* v. 453, n. 7194, p. 427-428, 2008
- UNAIDS/WHO Ethical Considerations in Biomedical HIV Prevention. Geneva 2007- data.unaids.org/pub/Report/2007/jc1399-ethicalconsiderations_en.pdf
- UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, 2005 (www.unesco.org/shs/ethics)
- WHO 3by5 Initiative - www.who.int/3by5 [<http://www.who.int/whosis/database/>].

QUADRO I

Declaração de Helsinque: O texto de 1996,
modificações propostas e versão aprovada em Edimburgo (2000)

Versao 1996	Proposta (1999)	Aprovada 2000
Acesso a cuidados de saúde		
<p>II.3. Em qualquer estudo médico, todos os pacientes – incluindo aqueles do grupo controle, se houver – devem ter assegurados o melhor método comprovado de diagnóstico e terapêutica.</p>	<p>&18. Em qualquer protocolo bio-médico de pesquisa todo paciente-sujeito, incluindo aqueles do grupo controle, se houver, deve ser assegurado que ele ou ela não terá negado o acesso ao melhor método diagnóstico, profilático ou terapêutico que em qualquer outra situação estaria disponível para ele ou ela.</p>	<p>30. No final do estudo, todos os pacientes participantes devem ter assegurados o acesso aos melhores métodos comprovados profiláticos, diagnósticos e terapêuticos <u>identificados pelo estudo</u>.</p>
Uso de placebo		
<p>Seção II.3: Isso não exclui o uso de placebo inerte em estudos onde métodos diagnósticos ou terapêuticos não existam.</p>	<p>&19:Quando a medida do efeito (end point) não for morte ou incapacidade, placebo ou outros controles sem tratamento poderão ser justificados baseados em sua eficiência.</p>	<p>29. Os benefícios, riscos, dificuldades e efetividade de um novo método devem ser testados comparando-os com os melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos atuais. Isso não exclui o uso de placebo ou nenhum tratamento em estudos nos quais não existam métodos provados de profilaxia, diagnóstico ou tratamento.</p>

QUADRO II

Declaração de Helsinque: Proposta da AMM para a Assembléia Geral de 2008 (Seul, Coréia do Sul) e posição defendida pela AMB e CFM

Item	Proposta da AMM 2008	Proposta brasileira defendida pela AMB e pelo CFM na Assembléia Geral da AMM – Seul, 18 de outubro de 2008
Acesso a cuidados médicos		
14	<p>O projeto e a realização de cada estudo de pesquisa envolvendo seres humanos devem ser descritos com clareza em um protocolo experimental. O protocolo deve conter uma declaração das considerações éticas envolvidas e deve indicar como devem ser abordados os princípios desta Declaração. O protocolo deve incluir informações quanto ao financiamento, patrocinadores, afiliações institucionais, outros potenciais conflitos de interesse, incentivos aos sujeitos e cláusulas para tratar e/ou compensar os sujeitos que sofrem danos como consequência da participação no estudo da pesquisa. O protocolo deve descrever os acordos para o acesso pós-estudo por parte dos sujeitos de estudo a métodos identificados como benéficos no estudo ou acesso a outros cuidados ou benefícios apropriados.</p>	<p>Sugestão que este assunto seja destacado como item 33 na nova proposta: Todos os pacientes que entram em um estudo devem ter assegurados acesso aos melhores métodos provados profiláticos, diagnósticos e terapêuticos identificados pelo estudo. Antes do início do ensaio, todos os responsáveis pela pesquisa devem concordar através de processos participatórios nos mecanismos para prover e sustentar tais cuidados e tratamentos.</p>
Uso de placebo		
32	<p>Os benefícios, os riscos, o ônus e a eficácia de um novo método devem ser testados contra àqueles dos melhores métodos comprovados de uso corrente, exceto nas seguintes circunstâncias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O uso do placebo ou a ausência de tratamento é aceitável em estudos em que não haja nenhum método comprovado de uso corrente; ou • Quando, por razões metodológicas convincentes e cientificamente sólidas, for necessário o uso de placebo a fim de determinar a eficácia ou segurança de um método e os pacientes que receberem o placebo ou não receberem nenhum tratamento não estejam sujeitos a qualquer risco adicional de danos graves ou irreversíveis. 	<p>Os benefícios, os riscos, o ônus e a efetividade de um novo método deve ser testados em comparação aos melhores cuidados comprovados, exceto nas seguintes circunstâncias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O uso do placebo ou de nenhum tratamento é aceitável em estudos nos quais não existe um método eficaz comprovado;

VIGILÂNCIA SANITÁRIA: CONTEMPORANEIDADE E DESAFIOS, ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Daniella Guimarães de Araújo

Introdução

Nos cabelos, escova progressiva, na pele autobronzeamento, nos dentes branqueamento, no corpo, auto-hemoterapia, na alma antidepressivo, nos músculos ácido linolêico conjugado, no rosto toxina botulínica, no sexo estimulantes, nos excessos, nas gorduras, cirurgias... Nos serviços de saúde, alta tecnologia. Nos ambientes, concreto sobre os rios. Nas baladas, ecstasy. Na fome de ser do sujeito, mais mercado, menos valor, menos ideologia. Antiinflamatórios não-esteroidais, nanotecnologia, enzimocosmético, células tronco, midiatrogenia... temas que nos guiam ou nos embriagam? Muitos riscos para um país informado de mais, informado de menos. Paradoxos e provocações que devem nos colocar atentos como cidadãos, como profissionais de saúde.

Mais do que nunca, hoje convivemos inevitavelmente com riscos e adversidades que nos espreitam em ações comuns, e cotidianas e em outras não tão comuns mas que em determinado momento da vida estarão presentes.

Convivemos, também de forma nunca vista na história, com um quantitativo enorme de informações veiculadas na mídia em formatos diversificados.

Uma produção incessante de tecnologia e circulação vertiginosa de novidades, chega por variadas fontes, multiplicando-se nas propagandas e nas ameaças à subjetividade.

Hoje o não fazer e o não ter, do que é ditado pela mídia, corresponde ao não ser.

Um corpo perfeito e magro é considerado padrão. Ao mesmo tempo todos os sabores e as delícias estão em exposição, numa vitrine de oferta para os sentidos.

Alimenta-se indevidamente e tem-se uma enorme quantidade de anorexígenos à disposição no País, que é um dos maiores consumidores do mundo. São mais de 60 mil drogarias e farmácias. Algumas centenas com traições ao sentido legal da missão. Muitas vezes, o medicamento deixa de ser remédio em nosso meio, numa distorção de significado.

“Um mundo de acidentes possíveis, de dificuldades e de infidelidades diante de nós”. A contemporaneidade é apelativa. E estamos todos vulneráveis (CAPONI, 2003).

De acordo com Santos (2000), empresas hegemônicas “produzem o consumidor antes

mesmo de produzir o produto”, e o comércio de todo produto e serviço é composto por publicidade insistente e muitas vezes enganosa, ordenadora da produção. O autor ressalta que a produção contemporânea revela, entre outras coisas, três tendências:

- uma produção acelerada e artificial de necessidades;
- uma incorporação ilimitada de modos de vida ditos racionais;
- uma produção ilimitada de carência e escassez.

Diante desse contexto, a Vigilância Sanitária deve estar capacitada, através de um reordenamento de seu processo de trabalho para lidar com uma soma de interesses que muitas vezes divergem e contradizem seus propósitos.

Desafios

Uma questão que se coloca como norteadora de reflexão para a Vigilância Sanitária, de autoria de Kuttner (1998), é: Como saber quando nos encontramos em domínios em que os mercados produzem alguma eficiência e alguma justiça, versus esferas em que eles dão lugar a calamidades evitáveis?

De uma Vigilância Sanitária relacionada ao saneamento e às epidemias, somos hoje uma área para a qual converge uma multiplicidade de problemas: aqueles relacionados à precariedade da existência, condições insalubres e iniquidades no acesso aos bens básicos e aqueles relacionados aos riscos aos quais estamos expostos na contemporaneidade. Novos problemas transitam em sobreposição aos problemas históricos, no cotidiano dos profissionais das Vigilâncias Sanitárias, no cotidiano das populações. Somos um País ainda com graves questões socioeconômicas e culturais para resolver, e estão dentro delas as iniquidades em saúde. E aí, a questão: se os recursos monetários destinados à medicalização da sociedade e à tecnização da saúde não foram suficientes para a reversão das desigualdades em saúde no País, quais seriam então os recursos que deveriam ser priorizados? Segundo o sanitarista italiano Giovanni Berlinguer (1993), seriam os recursos da prevenção, da transformação, do trabalho, do meio ambiente, da educação, da participação e da cidadania.

A menção à cidadania, tão teorizada em nossos meios e pouco desenvolvida na prática, deveria ser ponto de partida para reflexões que considerem suas vias de operacionalização. Conforme o que afirma Cunha, se a saúde consegue reunir em si uma força conceitual e um vigor coletivo de construção, ela abre ainda um flanco fundamental quando se fala em cidadania, que é a relação entre sociedade e Estado, entre políticas regulatórias e participação social, entre mercado e direitos. Diante desse aspecto, como tornar uma palavra bonita em atitude política, concretização de experiências no cotidiano assoberbado de demandas dos técnicos?

A complexidade atual requer uma regulação competente, oriunda de políticas públicas eticamente responsáveis, principalmente naqueles domínios onde o mercado extrapola. Afinal, como observa Kuttner, a finalidade das políticas públicas não é apenas oferecer passivamente

compensações para as imperfeições do mercado, mas ratificar valores públicos e estimular o aprendizado social. Sabemos que o mercado pode produzir resultados eficientes ou ineficientes quando submetidos à regulação.

Na contemporaneidade, conseqüentemente, não apenas o poder de polícia deve constituir o complexo de ações da Vigilância Sanitária. A fiscalização sanitária, que é o seu núcleo ontológico, deve ser incorporadas atitudes estratégicas ante os determinantes, e os grandes desafios.

Diante de cenários e conceitos contemporâneos acerca do risco, onde “saúde não é apenas segurança contra riscos, mas também a capacidade de superação das condições e capacidades iniciais,” torna-se urgente a discussão de conceitos e tendências, na busca de processos de trabalho com mais resultados sanitários. Desafios que devem fazer valer o princípio da equidade e que apontam para todos os territórios, as pequenas cidades, os morros e favelas, os sítios indígenas, os assentamentos, os grandes aglomerados urbanos.

Diante deles, que modelo de intervenção em Vigilância Sanitária pode dar conta dos problemas?

Como construir o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária calcado nos princípios e diretrizes do SUS?

Como impulsionar o processo de descentralização para pautar a Vigilância Sanitária (VISA) nas agendas das cidades?

Como democratizar as escolhas, as estratégias e o monitoramento permitindo a representatividade de diversos sujeitos sociais?

Como manter viva a alma da Vigilância Sanitária, seus valores e ideologia, articulada ao corpo doutrinário constituído?

Como tornar os pressupostos de uma Vigilância Sanitária contemporânea - capaz de enfrentar os riscos e expandir os benefícios – conhecidos e apropriados pela população?

Um percurso: a construção do estímulo ao aprendizado social

Construir estímulos ao aprendizado social significa a promoção do aprendizado que direciona as diferentes culturas para o conhecimento e a compreensão dos fatores de risco e agravos para viabilizar o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias, individuais e coletivas, que permitam seu enfrentamento e superação e conseqüentemente melhoria da qualidade de vida nas comunidades.

Para iniciar uma discussão, a Vigilância Sanitária, em seu lugar privilegiado entre os interesses econômicos e a população, precisa dizer a que veio. Esse dizer precisa ser mais claro de acordo com os diversos sujeitos com os quais se relaciona. Há um dizer aos gestores, um dizer aos regulados, um dizer aos diferentes públicos, um dizer à população, um dizer aos conselheiros de saúde. Há que se ter uma coragem no dizer e um respeito no ouvir (questão

não muito simples para os técnicos da área, acostumados a posturas não muito dialógicas).

A formação por meio de diversas escolas e múltiplos setores, de cidadãos conscientes ante as questões de saúde, a circulação de novos produtos e serviços e o desenvolvimento de tecnologias é fundamental para o exercício do controle das finalidades e para desenvolvimento da autonomia dos cidadãos, avaliando riscos e benefícios à saúde.

Educação e Comunicação Social como enfoque fundamental às ações de vigilância não significa modelar sujeitos e ater-se ao paradigma comportamentalista. Significa construir com eles a apropriação do que faz sentido. Portanto, não só palestras, discursos, cartilhas, percursos tradicionais, mas o planejamento conjunto de ações criativas a partir do público, seu entorno, suas características culturais. A consideração de alternativas como o planejamento estratégico e participativo, o conhecimento dos territórios onde se pretende trabalhar, a hierarquização dos riscos nele encontrados, o aprofundamento da discussão sobre o processo saúde-doença em cada comunidade permitem ultrapassar uma visão utilitarista para uma prática contextualizada e significativa.

Considerar o técnico como um ser político, articulado com instituições acadêmicas, políticos regionais, o Ministério Público e outras instituições é fundamental ao desenvolvimento das ações, à formação de redes, numa dimensão integradora tanto em aspectos macro relacionados às políticas como em aspectos relacionados às articulações internas.

Saber que não podemos estar/ser sozinhos dentro do Sistema Único de Saúde mas de mãos dadas com trabalhadores da assistência, da epidemiologia, do Programa de Saúde da Família e do Planejamento, na construção e avaliação de estratégias direcionadas às prioridades no controle de riscos e agravos. Compreender que o risco deve ser debatido entre diversos atores para não correr o risco de atrelar-se à concepções elitistas e pouco democráticas. O PDVISA (Plano Diretor de Vigilância Sanitária) pode ser um bom instrumento para essa finalidade por meio da discussão e implementação dos seus cinco eixos:

- I. Organização e gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no âmbito do SUS.
- II. Ação regulatória: vigilância de produtos, serviços e de ambientes.
- III. A Vigilância sanitária no contexto da atenção integral à saúde.
- IV. Produção do conhecimento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico.
- V. Construção da consciência sanitária: mobilização, participação e controle social.

É importante compreender, portanto, que não é o mercado que deve ditar o modelo de vigilância a ser construído, mas sim a fragilidade a que estão expostos seus “súditos”.

A operacionalização do modo de intervenção denominado “Vigilância em Saúde” como reorientação das práticas, com inclusão de novos sujeitos e objetos, meios e relações de trabalho, vislumbra possibilidades de efetividade com manutenção das especificidades das vigilâncias nos municípios de pequeno porte, grande maioria deste País. (TEIXEIRA; PAIM; VILAS BOAS, 1998).

A mudança de cultura institucional com o desenvolvimento de um novo processo de

trabalho é um exercício de reflexão compartilhada, de avaliação de objetivos e metas, de introdução de inovações, de aproximação dialógica entre diversos atores.

A formação de uma rede de mobilização que permita a integração de técnicos, gestores, população e setores afins, a identificação, o apoio e a divulgação de experiências exitosas, a realização de seminários temáticos itinerantes podem conformar um pacto em defesa da VISA e conseqüentemente em defesa do SUS, considerando a vigilância sanitária como um conjunto de ações capazes de transformar contextos sanitários e estimular a busca do direito à saúde entre diversos sujeitos. Uma rede de mobilização que contribua para viabilizar a competência coletiva no discernimento sobre as questões que afetam sua saúde e qualidade de vida.

Todas as considerações acima, já debatidas na I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em seminários temáticos, nos fóruns regionais, nos Simpósio Nacional de Vigilância Sanitária (SIMBRAVISA) e em diversos textos, sinalizam um novo processo de trabalho no qual a normatização e a fiscalização são acrescentados outros sujeitos e meios, tecnologias mais abrangentes, que, se desenvolvidos, com certeza contribuirão para amenizar a sensação de que somos poucos e frágeis.

Conclusões

Aos profissionais de saúde, gestores e principalmente aos técnicos da VISA, que representam o poder de intervenção do Estado, espera-se que não ocupem um lugar subordinado e submetam-se aos interesses econômicos (VAN STRALEN, 2000).

Espera-se que os consumidores também se considerem como agentes reguladores na promoção de bens e serviços de saúde. O mercado, espera-se o compromisso ético de sua responsabilidade social. Os Conselhos de Saúde e instâncias de pactuação, o reconhecimento das questões de VISA como fundamento para a consolidação da cidadania.

De uma considerável parcela da população que não possui acesso a bens e serviços é esperado que se constituam em voz e luta pela dignidade e se reforcem na organização da sociedade para dar embasamento social ao político e conseqüentemente democratizar o poder (CARVALHO, 2001).

Enfim, é preciso uma significativa audácia dos técnicos e gestores para manter viva a alma da reforma sanitária brasileira, a alma da Vigilância Sanitária com a qual sonhamos e que são condutoras de algumas transformações inequívocas dos cenários vertiginosos da contemporaneidade.

Questões que pressupõem a utopia e a paixão. A indignação de atores que constituem as Vigilâncias Sanitárias deste País, diante dos cenários que vivemos. O exercício do pensamento estratégico. A capacidade de rompermos com o trefismo e de buscarmos respostas significativas aos problemas de saúde. Educar para a inclusão e emancipação em meio a desafios emergentes que o século XXI traz para a Vigilância Sanitária é um passo ético e solidário em contraposição à vulnerabilidade contemporânea.

Agradecimento

Ao Prof. Dr André L. Gemal (INCQS/FIOCRUZ), pela leitura e cumplicidade com o tema.

Referências

- BERLINGUER, G. Questões de vida: ética, ciência, saúde. Salvador: APCE; São Paulo: HUCITEC, 1993.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. PDVISA: Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Versão 2.1. Brasília, fevereiro de 2007.
- CARVALHO, J. M. Cidadania no Brasil, o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- KUTTNER, R. Tudo à venda: as virtudes e os limites do mercado. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- SANTOS, M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. 6 ed. São Paulo: Record, 2001.
- GONZÁLES-PÉREZ, J., CRIADO, M. J. Psicología de la educación para una enseñanza práctica. Madrid: Editorial CCS, 2003.
- VAN STRALEN, C. J. Controle social sobre ações de recuperação, proteção e defesa da saúde In: CAMPOS, F. E. de; WERNECK, G. A. F.; TONON, L. M. (Orgs) Vigilância sanitária. Belo Horizonte Coopmed, 2001. (Cadernos de saúde ;4)
- CUNHA, J. P. Comunicação em Vigilância Sanitária. In: CAMPOS, F. E.; WERNECK, G. A. F.; TONON, L. M. (Orgs.) Vigilância sanitária. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. (Cadernos de saúde; 4).
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da saúde. IESUS, VII (2), p. 7-28, 1998.

AUTORES

Adriana Santos

Jornalista pela Faculdade de Filosofia e Letras de Belo Horizonte (FAFI-BH). Especialista em Comunicação e Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/Fiocruz) e em Comunicação: Imagens e Culturas Midiáticas. É assessora de Comunicação Social da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais e organizadora do Caderno Mídia Pública e do Caderno de Especialização em Gestão Hospitalar para o Pro-Hosp. Atua como editora-chefe das publicações impressas e virtuais da ESP-MG.

Angélica Baptista Silva

Coordenadora de Inovações Tecnológicas do Canal Saúde/Fiocruz. Jornalista, especialista em Internet, Interface e Multimídia pela Universidade Federal Fluminense e mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). É membro da Comissão Intersetorial de Informação e Comunicação em Saúde do Conselho Nacional de Saúde (CICIS/CNS), representando a Fundação Oswaldo Cruz, e coordenadora da Rede Universitária de Telemedicina na Fiocruz (Rute/Fiocruz).

Daniella Guimarães de Araújo

Farmacêutica formada pela UFJF em 1985, especialista em Saúde Pública e em Vigilância Sanitária pela ESP/MG. Atuou como gestora, coordenadora de cursos e projetos de comunicação e mobilização social na área de Vigilância Sanitária. Atualmente coordena uma pesquisa-ação na ESP/MG em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Sete Lagoas na área de Vigilância Sanitária.

Dirceu Bartolomeu Greco

Graduado em Medicina (1969) e doutor em Medicina Tropical (1980) pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Imunologia Clínica pela Universidade Estadual de

Nova York (Buffalo) e pela Universidade de Londres. É professor titular do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG e membro da Comissão Nacional de Aids e da Comissão de Vacinas anti-HIV do Ministério da Saúde. Foi eleito para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – mandato 2007-2001. Bolsista de Desenvolvimento Tecnológico Industrial do CNPq - (nível 1C), atua na área de medicina com ênfase em doenças infecciosas e parasitárias, imunologia clínica e ética.

Ellen Cristie Gonçalves da Silva Mendes

Jornalista pela PUC Minas (1994), com pós-graduação em Jornalismo: Práticas Contemporâneas (2005) e mestranda em Comunicação Social pela mesma universidade. Foi professora da disciplina Redação Jornalística do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNI-BH) e do minicurso da PUC Minas sobre Jornalismo Impresso. Estuda a mídia juvenil e a sobrevivência do jornalismo impresso ante as mídias digitais. Trabalha no jornal Estado de Minas há 14 anos, onde ingressou como trainee. Atualmente é subeditora do Núcleo de Suplementos, cuja equipe é responsável pelos cadernos Bem Viver, Trabalho e formação profissional, Negócios e oportunidades, Gurilândia e Imóveis.

Fábio Meirelles

Jornalista da Escola de Gente e pós-graduando em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais. Membro do Conselho Nacional de Juventude e representante da Escola de Gente nos Conselhos Nacional e Estadual de Juventude, Fórum de Juventudes do Estado do Rio de Janeiro, entre outros. Já participou de diversos congressos e fóruns no Paraguai, no Uruguai, na Argentina, na Colômbia e na Espanha. Durante o II Encontro da Mídia Legal, tornou-se um Agente da Educação.

Francisco Batista Júnior

Graduado em Farmácia com especialização em Indústria Farmacêutica pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte e pós-graduado em Farmácia pela Universidade Federal de Pernambuco. É farmacêutico hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Norte, diretor da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da Central Única dos Trabalhadores e conselheiro nacional de saúde, representando a Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social. Foi conselheiro municipal de Saúde de Natal e conselheiro estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, além de presidente da Central Única dos Trabalhadores desse mesmo Estado.

Juliana Braga Machado

Jornalista pela Facha (Faculdades Integradas Hélio Alonso – Rio de Janeiro) e pós-graduada em História das Relações Internacionais pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro

(2004). Atua na Médicos Sem Fronteiras desde 2006. Trabalhou como editora na Globo.com, como repórter no Globo Online, no Jornal O Dia e na Agência de Notícias Jornal do Brasil, além de colaborar como freelancer para a revista Scientific American Brasil e para a Folha de São Paulo. Em 2004, ganhou a fellowship oferecida pela Sociedade Americana para o Avanço da Ciência (AAAS).

Marcos Antônio Garcia Vieira

Enfermeiro, mestrando pela Universidade Federal de Viçosa em Medicina Preventiva e Saúde Pública. É professor da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais no curso de Formação Profissional do Agente Comunitário de Saúde e atual conselheiro efetivo do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Responsável pela capacitação e pelo treinamento em curso introdutório do Programa Saúde da Família nos municípios de Coimbra, Araponga, Paula Cândido e Viçosa e pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica no município de Viçosa. Atua como coordenador-geral e diretor de Saúde da ONG Associação Universidade Ativa e como coordenador de Enfermagem das equipes do Projeto esporte Universitário da UFMG.

Mauricio Lara Camargos

Formado em Jornalismo e em Administração de Empresas, é titular da coluna “Pois é” e repórter especial do jornal Estado de Minas, além de sócio da Lara Agência de Comunicação Ltda. Foi professor do curso de Jornalismo da PUC Minas (1992 a 2007), onde também atuou como secretário de Comunicação (2004 a 2007) e assessor de comunicação em instituições públicas e privadas. Trabalhou no Jornal do Brasil, na TV Manchete, no jornal Hoje em Dia e na Rádio Jornal do Brasil e foi assessor de campanhas de candidatos a prefeito e a governador. Publicou quatro livros, entre eles Com todas as letras – o estigma do câncer por quem enfrentou esse inimigo poderoso e cruel (Record, 2005).

Regina Célia de Vasconcelos Silva

Bacharel em Comunicação Social, com habilitação em Jornalismo, pela PUC Minas. Pós-graduada em Gestão de Pessoas pela Fundação João Pinheiro. É assessora de Comunicação Social da Fundação Hemominas desde 2003.

Stela Valéria Soares de Farias Cavalcanti

Promotora de Justiça em Alagoas, possui mestrado em Direito Público pela Universidade Federal de Alagoas (2006). É diretora-executiva da Escola Superior do Ministério Público de Alagoas (ESMP/AL), onde atua como professora do curso de Especialização em Ciências Criminais. Publicou Violência doméstica – Análise da Lei Maria da Penha, nº. 11.340/06. Atualmente é pesquisadora voluntária da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), com o projeto Violência doméstica contra a mulher em Maceió, e membro do

conselho editorial da Revista do Ministério Público de Alagoas e da Revista do Mestrado em Direito da UFAL. Tem experiência na área de Direito, com ênfase em Direito Penal e Constitucional

Valdir de Castro Oliveira

Mestre em Sociologia pela UFPB e doutor em Jornalismo pela USP. Professor do Departamento de Comunicação Social da Fafich/UFMG desde 1979, onde leciona e desenvolve trabalhos de pesquisas e extensão na área de Rádios Comunitárias. Atua também na área de Saúde e Comunicação. É editor do jornal impresso Circuito Notícias e do programa radiofônico De olho na notícia, da Rádio InterFM, de Brumadinho. É jornalista da TV Comunitária, canal 13 de Belo Horizonte.

DICAS DE SITES

Comunicação/informação

Abrasco – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
www.abrasco.org.br

Biblioteca Virtual em Saúde
www.bireme.br

Blog da Rede Comsaúde
www.redecomsaude.zip.net

Cátedra Unesco/Umesp de Comunicação para o Desenvolvimento Regional
www.metodista.br/unesco

Comunica Saúde
www.comunicasaude.com.br

DaSilva – Avaliador de Acessibilidade para Websites
www.dasilva.org.br

Escola de Gente – Comunicação em Inclusão
www.escoladegente.org.br

Idec – Instituto Defesa Consumidor
www.idec.org.br

Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação
www.intercom.org.br

Interface Comunicação, Saúde e Educação
www.interface.org.br

Scielo Brasil
www.scielo.br

Web Saúde
www.websaude.inf.br

Criança e adolescente

Andi – Agência de Notícias dos Direitos da Infância

www.andi.org.br

Oficina de Imagens

www.oficinadeimagens.org.br

Pastoral da Criança

www.pastoraldacrianca.org.br

Rebidia – Rede Brasileira de Informações e Documentação sobre Infância e Adolescência

www.rebidia.org.br

Fundações

Fundação Carlos Chagas - FCC

www.fcc.org.br

Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais – Hemominas

www.hemominas.mg.gov.br

Fundação Ezequiel Dias – Funed

www.funed.mg.gov.br

Fundação Hospitalar de Minas Gerais – Fhemig

www.fhemig.mg.gov.br

Fundação João Pinheiro – FJP

www.fjp.gov.br

Funasa – Fundação Nacional de Saúde

www.funasa.gov.br

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

www.fiocruz.br

Fundação René Rachou

www.cpqrr.fiocruz.br

Governo

Anvisa – Agência de Vigilância Sanitária

www.anvisa.gov.br

Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

www.conasems.org.br

Conass – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

www.conass.com.br

Conselho de Saúde
www.conselho.saude.gov.br

Datasus
www.datasus.gov.br

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
www.esp.mg.gov.br

Inca – Instituto Nacional do Câncer
www.inca.gov.br

Ministério da Saúde
www.saude.gov.br

Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social
www.sedese.mg.gov.br

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
www.saude.mg.gov.br

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
www.pbh.gob.br/smsa/

Radiobrás – resumos dos jornais
www.radiobras.gov.br/sinopses.htm

Mobilização social

Abong – Associação Brasileira de ONGs
www.abong.org.br

Associação Brasileira de Terapia Comunitária
www.abratecom.org.br

Centro de Medicina Popular
www.cnmp.org.br

Ecos – Comunicação e Sexualidade
www.ecos.org.br

Entreamigos – Rede de Informações sobre Deficiência
www.entreamigos.com.br

Médicos sem Fronteiras
www.msf.org.br

Rede de Educação Popular e Saúde
www.redepopsaude.com.br

Rede de informações para o terceiro setor
www.rits.org.br

Saúde, qualidade de vida, meio ambiente e cidadania
www.saúde.com.br

Servas – Serviço Voluntário de Assistência Social
www.servas.org.br

Mulher

Aleitamento
www.aleitamento.com

Amigas do Parto
www.amigasdoparto.org.br

Amigas do Peito
www.amigasdopeito.org.br

Bem Nascer em Belo Horizonte
www.bemnascer.com.br

Câncer de Mama
www.cancerdemama.org.br

Comissão de Cidadania e Reprodução
www.ccr.org.br

Rede Saúde – Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos
www.redesaude.org.br

Sociedade Civil para o Bem-Estar Familiar
www.bemfam.org.br

Violência contra mulher
www.violenciamulher.org.br

Trabalho

LER – Lesões por Esforço Repetitivos
www.sescsp.com.br

Saúde e Trabalho
www.saudeetrabalho.com.br