



Saúde e Humanos
Saúde e Direitos Humanos
Saúde e Humanos

Ano 2, n.º 2, 2005

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ



Brasília – DF
2005

©2004 Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz.

A responsabilidade pelo conteúdo dos textos assinados é do autor ou autores e os direitos autorais cedidos ao Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (NEDH) – Fundação Oswaldo Cruz – Ministério da Saúde.

SAÚDE E DIREITOS HUMANOS

Ano 2, número 2, 2005

Publicação periódica anual, editada pelo Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (NEDH) – Fundação Oswaldo Cruz – Ministério da Saúde, destinada aos profissionais e estudantes de graduação/pós-graduação que atuam e/ou têm interesse na temática de Direitos Humanos e Saúde no Brasil, em Portugal, na América Latina e nos países da África de língua portuguesa.

Tiragem: 3.000 exemplares

Coordenação, distribuição e informações:

Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (NEDH)
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz/Ministério da Saúde
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo, Manguinhos
CEP: 21041-210 – Rio de Janeiro, RJ
Tel.: (21) 2598 2899
E-mail: nedh@ensp.fiocruz.br
Home page: <http://www.fiocruz.br>

Editora responsável:

Prof.ª Dr.ª Nair Teles

Equipe técnica do NEDH: Beatriz Junqueira, Daniela Tarta, Marta Pimenta Velloso, Mayra Goulart da Silva, Nair Monteiro Teles, Rafael Alexandre de Freitas, Regina Moniz, Wanda Espírito Santo

Conselho editorial: Alberto Lopes Najar, Antenor Amancio Filho, Antônio Ivo de Carvalho, Licia Valladares, Madine Vanderplaat, Marcos Besserman Vianna, Maria Josefina Gabriel Sant'Anna, Patrícia Audi, Paulo Duarte de Carvalho Amarante, Sérgio Tavares de Almeida Rego

Coordenação do Serviço de Desenvolvimento Educacional/Ensp/Fiocruz:

Álvaro Funcia Lemme

Capa, projeto gráfico e editoração eletrônica:

Tatiana Lassance Proença

Revisão de texto em português:

Cláudia Cristiane Lessa Dias

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual em Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Ficha Catalográfica

Saúde e direitos humanos / Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman.
– Ano 2, n. 2 (2005)- . – Brasília: Ministério da Saúde, 2005-

Anual

ISSN 1808-1592

1. Saúde pública. 2. Direitos humanos. I. Brasil. Ministério da Saúde. II Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde. III. Título.

WA 100

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0351

Títulos para indexação:

Em inglês: Health and Human Rights

Em espanhol: Salud y Derechos Humanos

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774 / 233 2020

Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe Editorial:

Normalização: Gabriela Leitão

Revisão: Denise Carnib, Mara Pamplona

Sumário

Editorial 5

Algunos Elementos de la Dimensión de Género en el Sistema Penitenciario y el Enfoque de Derechos que Propugna la ONUACDH: reflexión y pautas para la discusión

J.D.Dougan-Beaca. 7

Liberdade para morrer

Dalmo de Abreu Dallari 11

Os profissionais da saúde e a tortura nas prisões

Tania Kolker 15

Saúde e direitos humanos no acesso a medicamentos

Michel Lotrowska & Christina Zackiewicz 25

A Constituição de 1988 e a República Presidencialista: uma análise de três obras sobre os dilemas institucionais no Brasil contemporâneo

Fabiano Santos 35

O Direito à Saúde e as Peculiaridades do Cuidado: uma perspectiva do tratamento das pessoas com HIV/Aids

Claudia Carneiro da Cunha & Dina Czeresnia 45

Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil: a regulamentação das internações involuntárias como estratégia de proteção da cidadania e dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais

**Paulo Amarante, Flávia Helena Freire,
Flávia Mendes de Oliveira, Renata Britto &**

Tânia M. Nava Marchewka 53

Enfrentamento à Violência Sexual: uma articulação política

Janina Fleury Gonçalves 61

A competência técnica e ética na formação de profissionais da saúde

Sergio Rego. 71

O Dedo de Daoud: unicidade versus atomização do direito

Hebe Signorini Gonçalves 79

Instruções aos colaboradores 85

Assinaturas 86

Anúncios 87

Editorial

Em 2004, foi lançado o primeiro número da Revista Saúde e Direitos Humanos, em parceria com o Ministério da Saúde. A recepção desse primeiro exemplar, e que faz parte hoje do acervo da Editora do Ministério, mostrou a todos os envolvidos o lugar que este meio de comunicação tem na sociedade. O segundo número, que ora fazemos chegar às mãos dos leitores, segue a mesma linha editorial, qual seja, a publicação de artigos que, no seu conjunto, construirão o significado da relação entre saúde e direitos humanos. Teoria e prática dialogam e apresentam temas contemporâneos e não limitados geograficamente.

Em diversos momentos e lugares, os princípios fundamentais da pessoa humana são lembrados e vigorosamente chamados a atuar. Nunca se falou tanto sobre e em nome dos direitos humanos. Matizes políticas diversas chamam a sua atenção dando-lhe variantes. A revista pretende introduzir, esclarecer, trazer ao debate temas que acreditamos possam contribuir para uma ação que una direitos fundamentais e saúde.

Nesse sentido, a Declaração de Alma-Ata (1978), de forma brilhante e inequívoca, destaca essa relação. Entretanto, alguma de suas metas parece hoje defasada, a de que até o ano 2000 se atinja um nível de saúde que... permita levar uma vida social e economicamente produtiva. A mesma Declaração afirma que os cuidados primários em saúde são a chave... parte do desenvolvimento, e no espírito da justiça social. Assim posto, ao contrário de vermos esta Declaração como letra morta, chamamos cada um a participar desse desafio e fazer desta revista um espaço de discussão e meio para a ação. Cabe a todos nós, individual ou coletivamente, dizermos sim. Direitos humanos são vida, saúde é vida, a relação é verdadeira e existe há tempos imemoriais.

Nesse número, autores estão lado a lado na reflexão sobre a relação entre gênero e privação da liberdade; o livre arbítrio e a morte; o acesso a medicamentos; a consolidação republicana brasileira; os diferentes tipos de violência; a ética e a formação profissional; a atomização do direito; o direito à saúde e à reforma psiquiátrica.

Lembramos, ainda, que esta publicação visa a colaborar para a formação de uma cultura de direitos humanos e saúde. Para tal, neste número, o leitor encontrará os critérios de publicação, bem como os de assinatura.

Para que o sonho não acabe e a ação seja o seu sustento, fazemos chegar às suas mãos o presente exemplar!

Nair Teles
Coordenadora do Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (NEDH)

Algunos Elementos de La Dimensión de Género en el Sistema Penitenciario y el Enfoque de Derechos que Propugna la ONUACDH: reflexión y pautas para la discusión

J. D. Dougan-Beaca ¹

¹ Coordinador para el equipo de América Latina y el Caribe de la ONUACDH – Alto Comisionado de la Naciones Unidas para los Derechos Humanos (las opiniones aquí expresadas son del autor).

Resumen

El artículo presenta una reflexión sobre la interpretación del Comité sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer el CEDAW, relativo al artículo 4, inciso I, de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, visando la obtención de la igualdad judicial y social entre hombres y mujeres en el ejercicio de los derechos humanos en la vida pública y privada. En el sistema judicial, són abordados aspectos relativos a la promoción de mejoras en la legislación, la adopción de políticas y programas promovedores de la posición social de las mujeres, y la lucha contra las múltiples discriminaciones sustentadas por las mujeres, haciendo referencia a las condiciones de las mujeres presidiarias en los países de América Central, y las causas de su clausura.

Palabras-clave: mujer; sistema penitenciario; derechos humanos.

El Comité sobre la Eliminación de todas las formas Discriminación Contra la Mujer el CEDAW, su en su vigésima sesión (1999) adoptó el Comentario General número 25 relativo a la interpretación del artículo 4 inciso 1 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer.

El Comité recuerda en el comentario, que la Convención sobre la que opera, es un instrumento dinámico. Esto quiere decir, que debe permitir un pensamiento y esfuerzo progresivos para aclarar y contribuir en el entendido de las disposiciones substantivas de la convención. A este respecto, el Comité señala que el inciso 1 del artículo 4 debe entenderse en el marco del objetivo general de la convención que es eliminar toda forma de discriminación contra la mujer para lograr la igualdad jurídica y de hecho entre el hombre y la mujer en el goce y disfrute de sus derechos humanos.

El comité distingue tres dimensiones de la obligación de los estados cual resultan del inciso 1 del artículo 4 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer:

(a) los estados, dice el comité, tienen la obligación de impedir que haya ninguna discriminación directa contra la mujer en la legislación nacional y deben asegurar que las mujeres estén protegidas contra las discriminaciones que pudrían ser cometidas por autoridades públicas, el sistema judicial, organizaciones, empresas o individuos en la vida pública o en el ámbito de la vida privada.

(b) Los estados, dice también el Comité, tienen la obligación de mejorar la posición de hecho de la mujer adoptando políticas y programas efectivos y concretos y

(c) Dice el Comité que los estados tienen la obligación de atacarse a los prejuicios persistentes y a los estereotipos de género contra la mujer y añade el Comité, que el estado debe cumplir con esta obligación no solo cuando se trata de acciones de individuos sino también debe mejorar su legislación, los estamentos legales, las estructuras sociales y las instituciones.

Para cumplir con este artículo, el estado debe pues cuidar las tres dimensiones de su obligación. El estado deber no solo esforzarse a lograr una igual substantiva entre hombre y mujeres sino, debe también tomar en algunos casos medidas específicas que pueden ser temporales para poder luchar contra las discriminaciones múltiples que sufre la mujer como puede ser la combinación: mujer, indígena, negra, pobre, discapacitada etc. Pero sobre todo, la situación biológica de la mujer requiere una

atención particular porque genera necesidades específicas que el estado en el cumplimiento de su obligación bajo el artículo 4 inciso 1 de la convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer y de otras disposiciones contenidas en otros instrumentos de derechos humanos, debe atender.

Podemos intentar aplicar este Comentario General a la situación de las mujeres en detención en América Latina para saber si los estados cumplen con su obligación en materia de no discriminación contra la mujer en sus tres dimensiones. El estudio sobre las condiciones de las mujeres en Prisión en los países de América Central con el énfasis de la situación de las mujeres madres y de sus hijos e hijas menores de edad preparado por ILANUD a pedido de la ONUACDH revela tres dimensiones de preocupación y que deben merecer la atención de los participantes en este taller.

1- Las causas de la detención según el estudio, son delitos sancionados por la legislación sobre la lucha contra el tráfico y posición de sustancias estupefacientes que por su naturaleza la ley castiga con severidad y por lo tanto, las mujeres reciben en general sanciones que eliminan la posibilidad de beneficiar de medidas liberatorias dentro del régimen penitenciario.

2- El rol de la mujer en estos delitos es también en general de asociación o de encubrimiento y no de actor principal. Sin embargo, pareciera que esto no se toma mucho en cuenta visto la calidad de las condenas que se pronuncian contra esas mujeres.

3- El aislamiento de las detenidas que resulta de la falta de lazos con la familia y el mundo al exterior de los centros de detención y del rechazo de la sociedad a estas personas que resulta en parte de los estereotipos contra los que el Comité sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer dice que el estado en cumplimiento de su obligación, debe tomar medidas efectivas para eliminar.

Esta situación es casi la misma para las mujeres privadas de libertad en toda América Latina. La situación de los niños y niñas en los centros de detención son una realidad con muchas facetas. Pero la presencia de niños en estos centros interpela a los estados con respecto no solo de luchar contra la discriminación, sino también sobre sus obligaciones de proteger a los derechos de los niños y niñas, según la Convención sobre los Derechos del Niño. Todos los países de América Latina y el Caribe incluyendo Brasil han ratificado esta convención.

La prensa reveló hace unos meses atrás situaciones de preocupación. Y que demuestran hasta donde puede llegar el descuido de los agentes públicos respecto a la obligación de no discriminar a la mujer en el contexto del comentario General del CEDAW. En un país de la región a raíz de un motín en un centro de detención, los guardias de presidio tuvieron que lanzar gases lacrimógenos contra las detenidas que amotinaban. Allí había niños y niñas menores de edad. Se tomaron las medidas pertinentes? Como hay que reaccionar en tales situaciones? Se tomó en cuenta el interés de los niños y niñas en el momento de actuar? El centro de detención estaba adaptado para proteger los derechos de los niños y niñas en estas circunstancias? Los guardias estaban suficientemente formados para manejar tal situación?

En un país europeo un caso escandalizó los sectores de los derechos humanos y conmovió los responsables del sistema de la administración de justicia en particular la Policía. Una mujer detenida y que había tenido los dolores de parto fue trasladada a un centro pero tuvo que dar a luz esposada porque el guardia no la libero las manos. Aquí también cabe hacerse las mismas preguntas.

Estos son ejemplos que se pueden y se han dado en muchos países en todo el mundo. Lo que nos demuestran estos ejemplos es que la discriminación de genero es parte de nuestra cotidianidad y se da en situaciones donde ni siquiera se percibe porque otras consideraciones tales la del Orden Público prevalecen e impiden a que nos hagamos las preguntas pertinentes. Es por esto que los esfuerzos para luchar contra esta discriminación en particular, debe ser también cotidiana. La revista "Saude e Directos Humanos" ofrece una posibilidad de acción en esta lucha.

Liberdade para morrer

Dalmo de Abreu Dallari¹

¹ Professor Titular da Universidade de São Paulo (USP),
Coordenador da Cátedra Unesco – USP de Educação para os Direitos Humanos.

Resumo

O artigo faz uma análise jurídica sobre a situação de um médico, cujo paciente decide interromper um tratamento que o mantém vivo. Como exemplo dessa situação, descreve o caso do escritor James Michener, que, sendo portador de insuficiência renal grave, decide suspender a diálise. Nesse contexto, o autor explicita alguns pormenores da ocorrência, procurando mostrar a diferenciação entre as várias hipóteses que podem implicar responsabilidade médica.

Palavras-chave: responsabilidade jurídica; tratamento médico; direito de morrer; limitação da vida; responsabilidade médica.

Se um paciente decidir que não quer continuar recebendo um tratamento que o mantém vivo, pode o médico suspender o tratamento sem correr o risco de ser responsabilizado? A concordância do médico, nesse caso, não pode caracterizar o crime de omissão de socorro?

Uma situação dessas aconteceu há não muito tempo nos Estados Unidos e dá oportunidade a uma reflexão que é muito oportuna, pois já se tornam freqüentes as situações de envolvimento do médico com diferentes circunstâncias que envolvem a terminação da vida, de tal modo que entram em conflito a liberdade do paciente com a responsabilidade jurídica do médico. O fato, que teve grande repercussão e provocou intensos debates, foi a morte de um grande escritor estadunidense, bem conhecido no Brasil, James Michener, que morreu no momento em que decidiu que não queria continuar vivendo. É importante conhecer alguns pormenores dessa ocorrência, que ajuda a fazer a diferenciação entre várias hipóteses que podem implicar responsabilidade.

James Michener, que há muitas décadas adotou a profissão de escritor e foi autor de grande número de obras de sucesso, estava com mais de 90 anos de idade e tinha séria deficiência renal, sobrevivendo graças à realização freqüente de diálise. Vivendo com muitas limitações, não podendo mais escrever e sem nenhuma perspectiva de recuperação, cansado do sofrimento físico e moral que tal situação lhe acarretava, o velho escritor decidiu solicitar aos médicos que suspendessem a diálise. É importante assinalar que Michener estava internado em hospital, mas se mantinha absolutamente lúcido e tinha pleno conhecimento de que sem a diálise teria muito pouco tempo de vida. Desse modo, perante testemunhas, ele comunicou aos médicos sua decisão. Foi atendido e, como ele e os médicos previam, morreu poucos dias depois.

Antes de mais nada, é necessário deixar claro que as circunstâncias da morte de James Michener nada têm a ver com eutanásia ou suicídio assistido. Nessas duas hipóteses, o médico pratica algum ato que provoca a morte de alguém. O médico mata uma pessoa, tendo a intenção de matar, agindo sozinho ou praticando voluntariamente, e consciente dos objetivos, uma parte dos atos que produzirão a morte. No caso da eutanásia, mesmo que se alegue que o médico agiu por piedade, querendo aliviar os sofrimentos da pessoa, o crime de homicídio está caracterizado, pois o médico matou uma pessoa, podendo ser admitida, tão-somente, a redução da pena, se for comprovado o objetivo piedoso.

No suicídio assistido também se tem a prática de atos pelo médico, visando a produzir a morte de alguém. Não tem qualquer relevância o fato de que somente os atos praticados pelo médico, sem a complementação pelo próprio suicida, seriam insuficientes para provocar a morte. Desde que o suicida faça a sua parte e morra, ou tente morrer e sofra lesão corporal, o crime do médico que o ajudou está caracterizado. No caso da assistência ao suicídio, a pena para quem ajudou pode ainda ser agravada, se o suicida tinha diminuída sua capacidade de resistência ou de raciocínio lúcido, como, por exemplo, no caso de alguém que esteja num momento de depressão ou sofrendo dor intensa.

Não se enquadra em qualquer dessas hipóteses o caso do escritor James Michener, pois aqui o médico não praticou ato que tenha produzido a morte ou que tenha contribuído para esse resultado, não se configurando, portanto, o homicídio. Também não se configura o suicídio assistido, pois, conforme esclarece Celso Delmanto, em seu Código Penal Comentado, não existe “auxílio por omissão”. Além disso, o próprio Michener não praticou qualquer ato visando a provocar ou apressar sua morte, pois simplesmente recusou a continuação do tratamento, deixando que a natureza seguisse o seu curso.

Qual seria o enquadramento do caso Michener no direito brasileiro? De acordo com o que dispõe o artigo 135 do Código Penal, assim se define o crime de omissão: “Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo, ou não pedir nesses casos a intervenção da autoridade pública”. Pelas características do caso, os médicos sabiam que o estado de James Michener era grave, com iminente perigo de vida, o que se confirmou pelo fato de sua morte ter ocorrido poucos dias após a suspensão da diálise. E os médicos tinham todas as condições para prestar assistência sem correrem qualquer risco. Assim, do ponto de vista da legislação penal brasileira, o pedido de suspensão da assistência médica não poderia ter sido aceito. E se o paciente insistisse na recusa os médicos deveriam solicitar a intervenção da autoridade pública, que no caso seria o Poder Judiciário, para impor o tratamento.

Vem a propósito lembrar o que dispõe o Código de Ética Médica brasileiro, quando trata da relação do médico com os pacientes e seus familiares. Segundo o artigo 56, é vedado ao médico: “Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida”. Analisando esse dispositivo, em seus bem elaborados Comentários ao

Código de Ética Médica, Genival Veloso de França observa que, pelo princípio da autonomia, “o paciente, salvo nos casos de comprovada iminência de morte, pode decidir não aceitar certas práticas propedêuticas ou terapêuticas, e o médico terá de respeitar essa decisão”. Ora, no caso Michener havia comprovada iminência de morte e por isso não cabia ao paciente decidir, não tendo aplicação, nesse caso, o princípio da autonomia.

Prosseguindo nos comentários a esse artigo do Código de Ética Médica, Genival França lembra a hipótese de recusa do tratamento e sugere que nesse caso “o ideal será um acordo eticamente defensável entre ele (o médico), o paciente e/ou a família, até chegar-se a uma solução em que o paciente seja o mais favorecido”, de acordo com o chamado princípio da beneficência. Mas, o próprio autor lembra que a recusa pode ocorrer porque o paciente ou seus familiares consideram o tratamento fútil ou imprestável, por se tratar de caso incurável. E diz que, nessa hipótese, o médico deve esgotar todos os meios para superar a resistência, só podendo intervir “quando a lei e o seu código permitirem: diante do iminente perigo de vida”.

Por tudo isso, em face do que dispõem o Código Penal e o Código de Ética Médica, a conclusão, com a qual está de acordo Genival França, é que o comportamento do médico em caso de recusa do tratamento não admite alternativas: “diante do iminente perigo de vida o médico deve tratar, mesmo com a recusa do paciente ou de seus familiares”. Seria esse, de acordo com o direito brasileiro, o comportamento juridicamente correto, no caso James Michener.

Entretanto, como se tem admitido – e nesse ponto o próprio França está de acordo –, há situações em que a situação é tal que, embora não plenamente caracterizada a cessação da vida, o médico não está obrigado a insistir no tratamento. Para que isso ocorra e não haja o risco de se caracterizar a omissão, é necessário que vários médicos examinem o paciente e concluam que houve perda irreversível de funções fundamentais, resultando inútil ou ineficaz qualquer tratamento, porque não há mais como assegurar ao paciente um mínimo de qualidade de vida. A decisão em tais casos é extremamente grave e por isso deve ser tomada com grande cuidado, não só pela responsabilidade do médico, mas, sobretudo, pelo respeito à vida do paciente.

Os profissionais da saúde e a tortura nas prisões

Tania Kolker¹

¹ Psicanalista, membro da equipe clínica do Grupo Tortura Nunca Mais/RJ e da Direção do Conselho da Comunidade da Comarca do Rio de Janeiro, médica da Superintendência de Saúde da Secretaria de Administração Penitenciária. taniakolker@globocom

Resumo

O artigo trata do problema das torturas nas prisões, do papel dos profissionais da saúde na documentação e denúncia dessas ocorrências e propõe a criação de instrumento de notificação compulsória das lesões e óbitos por causa violenta em instituições totais.

Palavras-chave: profissionais da saúde; tortura; notificação compulsória.

A morte do chinês Chan Chang, em setembro de 2003, trouxe para as manchetes dos jornais o problema da tortura nas prisões. Assunto habitualmente invisibilizado, provavelmente só tornou-se público porque atingiu um representante da categoria dos não torturáveis. Pressionados, representantes do governo do Rio de Janeiro admitiram a hipótese da morte ter ocorrido em consequência de tortura, mas, como costuma ocorrer nessas ocasiões, trataram do fato como se estivessem diante de uma ocorrência excepcional. No entanto, enquanto a mídia deu destaque para o tema dos maus-tratos nas prisões, foram lembrados vários outros casos, impunes até hoje.¹ Longe de ser um fato isolado, esse episódio só se distinguia pela repercussão que obteve. Unida pela dor e pela indignação, a extensa rede de familiares e amigos do comerciante morto soube se fazer ver e ouvir, apesar de suas bocas lacradas.² O resultado foi a exoneração dos diretores, a prisão preventiva de sete agentes penitenciários e uma ampla cobertura pela imprensa que trouxe à tona algumas peças desse quebra-cabeça hediondo.

No Brasil, a tortura coexiste com a ordem constitucional. Abrigada pelos altos muros, pela aprovação implícita da sociedade, pela leniência ou conivência das autoridades, pelo silêncio atemorizado de vítimas e testemunhas e, portanto, pela certeza de impunidade, essa prática, realizada justamente por aqueles que deveriam ser os responsáveis pela aplicação da lei, na verdade, é muito comum no sistema penitenciário brasileiro. Mais do que um método investigativo ou de punição que excepcionalmente escape ao controle da lei, a tortura continua a ser uma máquina bastante ativa e funcional. Se no passado era justificada como a medida necessária ao combate dos terroristas, agora, naturalizada, se constitui em um dos recursos mais habituais do instrumental policial e penitenciário. Desde o dia em que entram na delegacia até

¹ Segundo reportagem de O Globo, mesmo os casos de tortura descritos pelo relator da ONU para a Tortura em 2001 continuam impunes: dos 33 casos mais graves constatados no Rio de Janeiro – de um total de 348 casos levantados no País – nenhum foi a julgamento e 14 ainda estão em fase de inquérito. O Globo, caderno Rio, "Torturadores impunes: dois anos depois, nenhum dos casos de agressão denunciados pela ONU foi a Julgamento", 14/9/03, p.31.

² No enterro, 45 membros da comunidade chinesa no estado realizaram protesto com faixas e cartazes, pedindo justiça. Alguns dos manifestantes cobriram os olhos e as bocas com fitas adesivas para demonstrar, segundo eles, a posição das autoridades em relação ao caso. Ver em O Globo, caderno Rio "No enterro, olho tapado e boca fechada", 6/9/03, p.16.

o último dia de cumprimento da pena, os presos convivem com variadas formas de tortura, geralmente desencadeadas por motivos banais, muitas vezes aplicadas coletivamente e não raramente presenciadas por várias testemunhas. Nas delegacias e prisões de nosso País, tortura-se tanto e de forma tão aleatória que se percebe entre os presos e os próprios funcionários uma certa dificuldade de traçar uma fronteira entre o que é tortura e o que não é. Nesse mundo onde a barbárie é lei e o cotidiano é um mosaico constituído por vários tipos de violações, mais ou menos intencionais, nem todas gozam do mesmo grau de visibilidade e muitas já são vistas como naturais. Lá, onde nada do que acontece parece comover a sociedade, ou mobilizar as autoridades, presos e funcionários habituam-se a condições absolutamente desumanas e desumanizadas.³ Tratados como animais, monstros, ou seres desumanos e identificando-se com essa imagem, os próprios presos banalizam a prática da tortura e só a identificam quando são rompidos certos limites.⁴

Apesar de não faltarem instituições e legislação para prevenir e punir essa prática, em pleno século XXI ela parece cada vez mais revigorada e quase nunca é penalizada. Diante da crescente sensação de insegurança vigente no contemporâneo, longe de catalisar o repúdio da sociedade e de mobilizar a intervenção dos mecanismos de prevenção e punição, a tortura, ao atingir setores da população marcados pela suspeição e vistos como perigosos, parece estar obtendo níveis de legitimação há muito não verificados. Embora a maior parte da sociedade tenha conhecimento de que existe tortura nos cárceres brasileiros, foi habituada a acreditar na sua utilidade e legitimidade enquanto instrumento de investigação de crimes e de punição de criminosos.

³ Tampouco os guardas são bem tratados: seus alojamentos são mantidos em péssimo estado; devido aos baixos salários são obrigados a intercalar os plantões com bicos sempre arriscados; as condições de trabalho e os equipamentos de segurança estão sempre em condições precárias; suas falhas são cobradas sem que lhes tenha sido oferecido treinamento para a função que exercem; a relação entre o número de guardas e presos é sempre muitíssimo abaixo da recomendável – o que contribui para manter alto o nível de estresse e estimular o uso da intimidação como forma de controle; e apesar de vários desenvolverem transtornos mentais ou apresentarem história de alcoolismo e/ou abuso de drogas em consequência do intenso estresse a que são submetidos, são raros os que têm sido beneficiados por alguma forma de assistência pelo Estado.

⁴ Veja-se, por exemplo, o caso de Alexandre, citado pelo relator da ONU para a Tortura. Após ter sido violentamente torturado o que realmente o indignou foi ter sofrido violação sexual por parte de um agente penitenciário. Segundo ele: “Apanhar tudo bem, afinal eu sou um sujeito homem, mas fazer o que ele fez comigo, isso não se faz.” Ver Kolker (2002).

Citando Deutsch, Cardia atribui este processo ao fenômeno de exclusão moral que ocorre “quando pessoas que normalmente obedecem e respeitam as leis aceitam ações bárbaras contra indivíduos ou grupos” como se eles estivessem fora da comunidade moral e pudessem “ser maltratados, humilhados, torturados ou mortos sem a sensação de que isso viola regras consensuais de justiça”.⁵

Como resultado desse quadro, todo ano ocorrem inúmeros casos de morte sob custódia em consequência de tortura, do uso excessivo de força em rebeliões ou tentativas de fuga e da dificuldade de acesso à assistência médica. Também são elevados os índices de tuberculose, aids, leptospirose, dependência química e de agravos causados pela superlotação e violência intracarcerárias.⁶

Apesar de ter sido implantada em nosso País a Política Nacional de Monitoramento e Prevenção da Morbimortalidade por Acidentes e Violências,⁷ até hoje não foi desenvolvido nenhum programa de prevenção, documentação e investigação dos casos de violência em prisões. Por essa razão, até a visita da relatora da ONU para Execuções Sumárias e Extrajudiciais em 2003, desconhecia-se o número de mortes violentas ocorridas nas unidades prisionais de nosso estado,⁸ tanto quanto não se conhece, até hoje, a magnitude do problema da tortura nas prisões. Embora tenhamos uma Agência Nacional de Vigilância Sanitária atuante e já tenham sido estabelecidos os parâmetros sanitários a serem exigidos nos estabelecimentos penais,⁹ estes permanecem completamente insalubres. Desde 1997, nosso

⁵ Ver Cardia (1995:345).

⁶ A assistência médica oferecida aos presos do Rio de Janeiro é a que tem a melhor estrutura do País (ambulatório e hospitalar) e o maior número de programas (DST-AIDS, tuberculose, prevenção ao câncer ginecológico etc.). No entanto, é comum os presos não conseguirem ter acesso a esses serviços.

⁷ Política aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em março de 2001.

⁸ Até setembro de 2003, o único levantamento feito no Rio de Janeiro a esse respeito foi uma iniciativa de um repórter do Jornal do Brasil, que em pesquisa na IML descobriu que, somente durante o ano de 2001, ocorreram 51 mortes violentas no cárcere. Com a visita da relatora da ONU para Execuções Sumárias, a Secretaria de Administração Penitenciária fez o primeiro levantamento sobre as mortes sob custódia no Sistema Penitenciário do estado, publicado no Relatório de Gestão – 2003. A respeito da visita da relatora ler em Jornal do Brasil, Caderno Cidade “ONU vai investigar tortura”, 7/9/03, p. A24.

⁹ Refiro-me à Portaria Interministerial n.º 1.777 de 9 de setembro de 2003, que aprova o Plano Nacional de Saúde Penitenciária. Essa portaria, embora determine a organização do sistema de informação de saúde da população penitenciária, não menciona entre os dados a monitorar a ocorrência de óbitos ou agravos por causa violenta.

País possui uma lei que define e criminaliza a tortura (Lei n.º 9.455, de 1997), mas até hoje raríssimos agentes do estado foram exonerados de suas funções¹⁰ e julgados por tal prática e sequer é comum que sejam julgados por abuso de autoridade. Os Institutos Médico-Legais, responsáveis pelos exames de corpo de delito, que poderiam comprovar os casos de torturas e execuções sumárias, permanecem vinculados à própria polícia e, com frequência, é o próprio torturador quem conduz o torturado para exame. Não se tem conhecimento de nenhum caso recente de participação de profissionais da saúde em sessões de tortura, mas, até hoje dificilmente os laudos de necropsias são conclusivos quanto às evidências de torturas e execuções extrajudiciais.¹¹ Como consequência, essas ocorrências raramente resultam em inquérito administrativo ou ação judicial contra os responsáveis e permanecem inteiramente impunes.

Se em nosso País já não vigora a violência institucionalizada como política oficial, isso não significa que tem sido feito o suficiente para prevenir e punir essas violações, para as quais têm contribuído várias instituições ou atores sociais: o Legislativo endurecendo a legislação penal; o Executivo tolerando o uso abusivo da força e mantendo em cargos públicos agentes do estado envolvidos em violações dos direitos humanos; a polícia invadindo favelas e forjando flagrantes; o Judiciário mantendo-se surdo às denúncias de tortura e inocentando funcionários corruptos, torturadores e assassinos; os agentes penitenciários praticando, sendo coniventes ou omissos com relação à prática da tortura; os profissionais da saúde deixando de registrar e denunciar as lesões sugestivas de tortura; a mídia manipulando o clima de alarme social e a população dando o seu aval ou omitindo-se em relação a todos esses fatos.

¹⁰ Segundo o jornal O Globo, 65 policiais afastados de suas corporações no Governo Garotinho por crimes de tortura, homicídio e assalto foram reintegrados às suas funções pouco tempo depois. Ver em “Um retorno polêmico – polícia militar reintegra 65 policiais acusados de envolvimento com o crime”, O Globo, Caderno Rio, 12/1/04, p.9.

¹¹ Um dos problemas dos exames de corpo de delito é que os laudos não respondem adequadamente ao quesito 3, que indaga se a ofensa foi provocada por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura, ou outro meio insidioso ou cruel. Considerando a Lei n.º 9.455/97 que define o crime de tortura, o diretor do Centro de Perícias Científicas Renato Chaves, do Estado do Pará, resolveu esse problema emitindo a Portaria n.º 99, de 24 de junho de 2002, acrescentando aos exames de corpo de delito o quesito específico “há vestígios de tortura?” e estabelecendo que nos casos de alegação ou presunção de tortura o perito deve adotar, dentre outras, as seguintes medidas: descrever detalhadamente a sede e as características de cada lesão; fotografar, fazer croquis, gráficos, etc. de todas as lesões e alterações encontradas no exame externo ou interno, dando ênfase àquelas que se mostram de origem violenta; radiografar todos os segmentos e regiões suspeitos de violência; examinar a vítima de tortura isoladamente – sem a presença de agentes que de qualquer forma possam constranger a mesma – e não algemada, etc. Ver Cejil (2004).

Há muito se discute a crise das prisões. Diante de quadro tão dramático, é urgente a redefinição das políticas criminais e penitenciárias. Apesar de nossa legislação ter incorporado a maior parte dos instrumentos internacionais de direitos humanos, o seu desrespeito e/ou desconhecimento ainda é a regra. Para avançarmos, portanto, na defesa dos direitos humanos dos presos, é fundamental reservar as penas de reclusão para os crimes de maior poder ofensivo; aperfeiçoar os mecanismos de monitoramento externo das prisões; assegurar que a informação sobre a legislação dos direitos humanos seja incorporada ao treinamento dos servidores prisionais; capacitar os profissionais da saúde para diagnosticar, documentar e denunciar as lesões sugestivas de tortura; regular o uso da força na condução dos incidentes prisionais; garantir que as vítimas de tortura recebam proteção para exercer o direito de apresentar queixa; transferir para a justiça federal a competência de julgar os crimes contra os direitos humanos; promover investigações imparciais toda vez que haja indícios da prática de tortura ou outras formas de maus-tratos intencionais; punir conforme a lei os culpados pela prática dessas violações; retirar os Institutos Médico Legais do âmbito das secretarias de Segurança Pública¹² e garantir às vítimas de tortura o direito à reparação material e à assistência. De toda maneira, para que a sociedade compreenda a importância dessas medidas e para que elas se tornem realidade, é necessário tornar visíveis as violências que são cometidas em nome da lei e da ordem e chamar à responsabilidade todas as pessoas, categorias ou instituições envolvidas com a questão penal.¹³

¹² Há muitos anos, a Anistia Internacional, o Grupo Tortura Nunca Mais-RJ, o Centro de Justiça Global, e diversos órgãos brasileiros, como a Associação Brasileira de Criminalística, a Sociedade Brasileira de Medicina Legal, a Ordem dos Advogados do Brasil, o Conselho Federal de Medicina, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal, a Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, dentre outros, defendem a autonomia dos órgãos de Medicina Legal e Criminalística. Mesmo assim, o processo de desvinculação dos órgãos de perícia das secretarias de Segurança Pública, iniciado desde o fim da ditadura militar, tem sido muito lento e só Amapá, Rio Grande do Sul, Ceará, Bahia e São Paulo já o promoveram. Em nosso estado, a iniciativa que mais avançou foi a proposta pelo Deputado Alessandro Molon de tornar o Instituto de Criminalística e o Instituto Médico Legal independentes e ligados ao gabinete do governador. Ver PEC n.º 17/2003 apresentada pelo Deputado Molon.

¹³ Em 26-6-2003, em comemoração ao Dia Internacional de Apoio às Vítimas da Tortura, foi firmado protocolo de ação contra a tortura, envolvendo os poderes Judiciário e Executivo, com o objetivo de concentrar esforços e medidas legislativas, administrativas, judiciais e orçamentárias para a prevenção, punição e reparação à tortura. Além disso, em setembro, o presidente Lula assinou o Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura, da ONU, que cria um órgão internacional para a fiscalização das prisões e estabelece a obrigação dos estados de criar mecanismos nacionais com o mesmo objetivo.

Há algum tempo o problema da violência vem deixando de ser visto como meramente da alçada da segurança ou da justiça para ser tratado também como um problema de saúde pública.¹⁴ Esse novo olhar redefine o papel dos profissionais da saúde que deixa de se restringir ao mero atendimento das vítimas.¹⁵ Como os profissionais da saúde costumam ser os primeiros, e às vezes, os únicos a constatar, por meio de exames, sinais ou sintomas de maus-tratos, cabe-lhes o papel de diagnosticar, registrar e notificar os danos físicos ou psíquicos às autoridades competentes. É o caso, por exemplo, das ocorrências que acometem as crianças ou os adolescentes. De acordo com o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os casos de suspeita de maus-tratos devem ser obrigatoriamente comunicados pelos profissionais da saúde ao Conselho Tutelar, sob pena de incorrerem em infração administrativa, sujeita a multas de 3 a 20 salários de referência.¹⁶ Mais do que isso, na abordagem das situações de maus-tratos às crianças e aos adolescentes, o ECA confere a esses profissionais a obrigação de identificar as situações de risco e de buscar junto com o Conselho Tutelar as medidas necessárias para a prevenção de novas ocorrências. Da mesma forma que os maus-tratos às crianças, o tema da tortura confere aos profissionais da saúde responsabilidades éticas muito especiais. No que se refere à atuação dos profissionais da saúde em geral, ou dos médicos em particular, dois princípios éticos regulam o trato com essa questão: a proibição da participação em práticas que envolvam tratamento desumano ou degradante e a obrigação da documentação e da denúncia de tortura. Os primeiros são óbvios e certamente já foram incorporados. Quanto aos

¹⁴ A 49.ª Assembléia Mundial de Saúde, realizada em 1996, declarou a violência como um dos principais problemas de saúde pública e estabeleceu a importância de se caracterizar os diferentes tipos de ocorrências violentas, se aprimorar o diagnóstico, o registro e o gerenciamento das consequências da violência e de se criar programas de monitoramento, prevenção e redução da violência em colaboração com a OMS.

¹⁵ De acordo com a Declaração de Bogotá La Violencia como un Problema de Salud Pública, de 16 de outubro de 2002, "el papel de los prestadores de salud tiene que trascender la visión que limita su intervención sobre el problema de la violencia en el plano exclusivo del tratamiento de sus consecuencias."

¹⁶ De acordo com o Conselho Regional de Medicina (Parecer n.º 76/99) e o Conselho Federal de Medicina (Parecer n.º 815/97), o médico tem o dever de comunicar à autoridade competente casos de maus-tratos e de abuso sexual contra crianças e adolescentes.

segundos, a freqüente despolitização, a deficiente formação acadêmica em matéria de direitos humanos, o desconhecimento da obrigação de notificação, a preocupação com a quebra de sigilo, o medo de retaliação, a ausência de respaldo institucional e a descrença na Justiça, estão entre algumas das causas que justificam a sua não observância.

Assim como foi estabelecida a notificação compulsória dos casos de maus-tratos às crianças, é urgente criar obrigação semelhante para os casos em que se suspeitem de tortura em prisões.¹⁷ Registrando-se os agravos identificados em instrumento padronizado seria possível monitorar os índices de ocorrências violentas nas prisões, conhecer os fatores de risco, os locais e horários de maior incidência, suas causas mais freqüentes, os índices de morbidade e mortalidade, a qualidade do atendimento às vítimas de tortura, bem como o impacto social dos agravos por causa violenta nas unidades prisionais. Com o objetivo de orientar os profissionais da saúde em sua obrigação de notificar maus-tratos contra crianças, o Ministério da Saúde desenvolveu manual em que explica que o ato de notificar inicia um processo que visa a prevenir novos episódios de violência.¹⁸ Apesar da notificação não valer como instrumento de denúncia, por meio dela o profissional “reconhece as demandas especiais e urgentes da vítima e chama o poder público à sua responsabilidade”.¹⁹ Ainda de acordo com o mesmo manual, para se criar um sistema de notificação é preciso vencer vários desafios. O primeiro é incorporar o procedimento de notificação à rotina dos profissionais, o segundo é o de sensibilizar e capacitar os profissionais e o terceiro de formar as parcerias necessárias para que a notificação seja o início de um processo e não um fim em si mesmo. Se a obrigação de notificar maus-tratos a crianças vem gerando grande resistência, obrigação similar em relação à tortura em prisões, seguramente causará muito mais. Nesse caso, a criação de mecanismos para a proteção da vítima e do profissional responsável pela notificação é fundamental para a superação das dificuldades.

¹⁷ A medida também seria fundamental em hospitais psiquiátricos, instituições socioeducativas e abrigos.

¹⁸ A esse respeito ver também Coimbra (2001).

¹⁹ Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais da saúde, da Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.º 167, Brasília – DF, 2002. p.14.

A sociedade brasileira não pode continuar à margem da discussão do problema da tortura. Todos nós temos algo a ver com essas violações e contribuimos de alguma forma com a sua perpetuação, seja ativa ou passivamente. Nenhum de nós pode desconhecer que é em nosso nome e alegando proteger a nossa segurança que determinados agentes se sentem autorizados a torturar e matar pessoas identificadas como criminosas. Portanto, todos temos a obrigação de contribuir para a deslegitimação dessas práticas. Para que isso aconteça, é fundamental que os profissionais da saúde que atuam em todos os níveis de prevenção ou assistência sejam sensibilizados para a importância de seu papel e treinados para identificar as lesões sugestivas de tortura.²⁰ Dessa forma, estaremos contribuindo para dar visibilidade política e epidemiológica a esse problema e quem sabe fazer entender à sociedade que nenhum benefício pode lhe trazer a continuação dessa barbárie.

²⁰ Com esse objetivo, no ano de 1999, foi submetido ao alto Comissariado da ONU um Manual para a efetiva investigação e documentação da tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanas e degradantes (mais conhecido como Protocolo de Istambul). Ver Rauter, Passos & Benevides (2002).

Referências Bibliográficas

CARDIA, N. Direitos humanos e exclusão social: sociedade e Estado. *Revista do Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília, Brasília*, v. 10, 1995.

CENTRO PELA JUSTIÇA E O DIREITO INTERNACIONAL (CEJIL). *Tortura no Brasil: implementação das recomendações do relator da ONU*. Rio de Janeiro: CEJIL, 2004.

COIMBRA, C. M. B. *Práticas Psi e Tortura no Brasil*. [S.l.:s.n], 2001. Mimeografado.

KOLKER, T. *Manual Saúde e Direitos Humanos nas Prisões*. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Direitos Humanos e Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro/Conselho da Comunidade da Comarca do Rio de Janeiro, 2001.

KOLKER, T. Tortura nas prisões e produção de subjetividade. In: RAUTER, C.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. *Clínica e Política: subjetividade e violação dos direitos humanos*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Editora Te Corá, 2002.

MANUAL para a efetiva investigação e documentação da tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanas e degradantes (Protocolo de Istambul). In: RAUTER, C.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. *Clínica e Política: subjetividade e violação dos direitos humanos*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Editora Te Corá, 2002.

Saúde e direitos humanos no acesso a medicamentos

Michel Lotrowska¹

Christina Zackiewicz²

¹ Economista e mestre em Saúde Pública. Campanha de Acesso a Medicamentos Essenciais de Médicos Sem Fronteiras no Brasil.
access@msf.org.br

² Farmacêutica e mestre em Saúde Pública. Campanha de Acesso a Medicamentos Essenciais de Médicos Sem Fronteiras no Brasil.
dndi@msf.org.br

Resumo

O artigo discute o acesso a medicamentos como um dos componentes do acesso à saúde, prerrogativa do direito à saúde e à vida. Para tanto, releva o debate sobre o acesso a anti-retrovirais utilizados na pandemia de HIV/aids no contexto das novas regras de propriedade intelectual no âmbito de acordos comerciais da Organização Mundial do Comércio (OMC). Apresenta as metas específicas de tratamento para HIV/aids nos próximos anos e discute como as perspectivas de cumpri-las estão prejudicadas devido ao desequilíbrio entre os direitos humanos e os direitos comerciais.

Palavras-chave: acesso a medicamentos; HIV/aids; direitos humanos; acordos comerciais; patentes.

O acesso a medicamentos pode ser compreendido como a capacidade de um paciente (ou usuário) de obter medicamentos, quando necessário, de maneira fácil e conveniente (ACURCIO & GUIMARÃES, 1996). Discussões mais aprofundadas sobre o acesso já foram traçadas por diversos autores que levam em conta e debatem a extensão da definição junto a conceitos de “universalidade, acessibilidade, eqüidade, participação, autonomia, alcance e qualidade do acesso” (TRAVASSOS, 1997; HORTALE, PEDROZA & ROSA, 2000; DONABEDIAN, 1973; FRENK, 1985). A definição simplificada aqui apresentada serve para apresentar e localizar o acesso a medicamentos como um componente do acesso à saúde, conceito mais abrangente e preceito fundamental para o direito à saúde.

No Brasil, o debate mais contundente sobre o acesso a medicamentos está contextualizado pela criação de um programa nacional para a aids a partir de 1985 e pela distribuição gratuita de anti-retrovirais para os pacientes de HIV/aids a partir de 1996, assegurada pela Lei n.º 9.313.

Foi a implementação desta lei que fez o programa brasileiro de aids receber um apoio pouco comum dispensado a órgãos públicos de saúde, ao mesmo tempo que levou o País a uma batalha internacional para garantir a continuidade da produção de medicamentos para aids. Tal luta é entendida, tanto na perspectiva do programa nacional de aids quanto da sociedade civil, como uma questão de direitos humanos (GALVÃO, 2002).

Finalmente, agregou-se suficiente consciência e expressão políticas para que não só os pacientes de HIV/aids como também a própria sociedade incorporassem a idéia de que o acesso a medicamentos que salvam vidas é um direito inalienável. Ao mesmo tempo, entretanto, uma série de outros interesses e acontecimentos tornaram o acesso a anti-retrovirais e a vários outros medicamentos um delicado equilíbrio entre direitos humanos e direitos comerciais.

Em 1994, com a criação da Organização Mundial do Comércio (OMC), resultado da ‘Rodada do Uruguai’, os países ricos conseguiram introduzir um acordo sobre a propriedade intelectual chamado ‘Acordo TRIPS’, que obriga todos os países em desenvolvimento a reconhecer patentes de produtos e de processos em todos os campos tecnológicos onde existe ‘invenção’. A justificativa da introdução de um sistema de patentes é o incentivo à pesquisa e ao desenvolvimento (P&D) e o benefício que essas invenções podem trazer para a sociedade, promovendo o desenvolvimento de novos produtos e a transferência de tecnologia (CIPR, 2002). A patente protege o seu detentor de qualquer possibilidade de concorrência no mercado onde ela está em vigência. Como não

existe patente internacional, cada produto ou processo inventivo deve ser depositado país a país (ou regionalmente em alguns casos) para apreciação das entidades responsáveis (no caso do Brasil, o Instituto Nacional de Propriedade Intelectual – INPI – junto a um departamento especial da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa – no caso dos medicamentos). A partir de 1996, quando entrou em vigor no Brasil a Lei de Propriedade Industrial (Lei n.º 9.279 de 14 de maio de 1996), os medicamentos inovadores passaram a ser passíveis de proteção por patentes de acordo com o preceito de propriedade intelectual que permite o patenteamento de produtos e processos farmacêuticos que sejam novos – novidade –, não sejam óbvios – atividade inventiva –, e sejam úteis – aplicação industrial (art. 8.º da Lei de Propriedade Industrial Brasileira/artigo 27.1 do Acordo TRIPS).

No entanto, proteger o conceito de novidade (sobretudo quando se trata de medicamentos, pois nem sempre um novo produto tem embutido em si alguma característica realmente inovadora) por meio da propriedade intelectual não é o que por si só garante investimentos em P&D de novos medicamentos, bastando para isso observar que uma série de doenças continua sem qualquer inovação terapêutica nas últimas décadas, permanecendo no limbo dos avanços biomédicos. O incentivo para a P&D de novos medicamentos não é dirigido pela possibilidade de patentear moléculas, senão pela existência de um mercado rico e atraente, com poder de compra e interessado cada vez mais em classes específicas de medicamentos, a exemplo dos medicamentos para ‘doenças’ relacionadas a estilo de vida. A P&D de medicamentos para doenças que afetam milhões de pessoas no mundo todo, tais como a doença de Chagas, a leishmaniose, a doença do sono, a esquistossomose, dentre muitas outras, nunca se beneficiou da existência de proteção patentária pelo simples fato de se referir a países e populações pobres que não constituem um mercado lucrativo (MSF, 2001).

Desde que o Brasil passou a reconhecer patentes de medicamentos, não pôde mais proceder à engenharia reversa de medicamentos novos que entram no mercado brasileiro, pois o monopólio da empresa farmacêutica inovadora é de 20 anos, período em que é a única a poder produzir e comercializar o medicamento pelo preço que quer e não necessariamente pelo preço que as pessoas ou os governos podem pagar.

A pandemia da aids, que legitimou e implementou de vez o conceito de acesso universal a medicamentos dentro do Brasil, exemplifica muito bem o impacto das patentes nos preços de medicamentos. No Brasil,

os anti-retrovirais Zidovudina (AZT), Lamivudina (3TC), Estavudina (d4T), Didanosina (ddI) e Nevirapina (NVP), para citar apenas esses exemplos, não são protegidos por patentes, pois entraram no mercado antes da institucionalização da lei brasileira de Propriedade Industrial, o que permitiu também que pudessem ser produzidos no País a um custo muito mais baixo, viabilizando o Programa Nacional de Aids. Em 1999, uma terapia nos Estados Unidos com uma combinação de três desses medicamentos custava mais de US\$12.000 ano/paciente. No entanto, a produção no Brasil desses medicamentos conseguiu baratear o custo até US\$600 ano/paciente. Esse fato, associado a uma produção genérica dos mesmos medicamentos para fins de exportação na Índia, levou a uma queda drástica nos preços praticados pelas empresas de marcas originais nos países em desenvolvimento, aproximando-se dos preços dos competidores. No entanto, os medicamentos anti-retrovirais patenteados que entraram no Brasil depois da Lei Nacional de Propriedade Industrial são todos importados e exclusivamente produzidos e comercializados pelo detentor da patente. O preço desses medicamentos é muito mais alto. No Brasil, o anti-retroviral Efavirenz custa aproximadamente US\$600 ano/paciente e o anti-retroviral Kaletra praticamente US\$3.000 ano/paciente. Juntos com o anti-retroviral Nelfinavir, também sob patente, esses três medicamentos equivaleram a cerca de 70% dos gastos totais do Ministério da Saúde (MS) com a compra de anti-retrovirais em 2003 (PN-DST/Aids, 2004).

Encontrar mecanismos para que todos aqueles que precisam de medicamentos que podem salvar suas vidas tenham acesso aos mesmos é um dos grandes desafios da primeira década deste milênio. Foram aprovados em setembro de 2000 os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, durante a maior reunião de chefes de Estado e de governo da História. Nessa reunião, os 191 países membros das Nações Unidas se comprometeram a cumprir até 2015 os oito grandes objetivos estipulados (UNMDG, 2000), destacando-se que um desses objetivos é o combate ao HIV/aids, à malária e a outras doenças.

Dois anos após a declaração dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) decretou durante a Conferência Mundial de Aids em Barcelona que a sua meta é colocar 3 milhões de pessoas sob terapia anti-retroviral nos países em desenvolvimento até o final de 2005, a chamada 3 by 5 campaign. Essa iniciativa também está enquadrada na meta das Nações Unidas de promover os direitos humanos tal como apresentado na Declaração Universal dos Direitos

Humanos que, de acordo com a sessão especial de abril de 2001,¹ reconhece o acesso a medicamentos como um fator essencial para a garantia dos direitos humanos de pacientes acometidos de HIV/aids (WHO, 2003; MSF, 2001).

A magnitude desse objetivo pode ser apreendida quando se verifica que, em meados de 2004, somente 400 mil pessoas encontravam-se em tratamento com anti-retrovirais para HIV/aids nos países em desenvolvimento, menos de 10% da cobertura necessária estimada pela OMS (Tabela 1) (WHO, 2003). Só no ano de 2003, 2,9 milhões de pessoas morreram de aids e registraram-se 4,8 milhões de novos casos (Unaid, 2004). Uma das prerrogativas para a campanha da OMS (dentre os seus cinco pilares estratégicos) é a existência de diagnóstico e medicamentos seguros e eficazes.

Tabela 1. Cobertura de adultos nos países em desenvolvimento em terapia anti-retroviral, por região da OMS, 2003

Região	N.º de pessoas em tratamento	Necessidade estimada	Cobertura
África	100.000	4.400.000	2%
Américas	210.000	250.000	84%
Europa (Leste Europeu, Ásia Central)	15.000	80.000	19%
Leste Mediterrâneo	5.000	100.000	5%
Sudeste Asiático	60.000	900.000	7%
Oeste Pacífico	10.000	170.000	6%
Todas as regiões	400.000	5.900.000	7%

Além da meta desafiadora que é a cobertura de milhões de pessoas ainda sem tratamento com anti-retrovirais, estão em curso uma série de tratados e acordos de comércio que visam a reforçar os interesses comerciais de empresas farmacêuticas multinacionais de países desenvolvidos. Tais medidas, incentivadas pelo governo dos Estados Unidos (USTR)

¹ Em 23 de abril de 2001, durante a 57.ª Sessão da Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas, foi reconhecido e aprovado, por 52 votos a favor, nenhum contra e um

e pela Organização Mundial de Propriedade Intelectual (OMPI), fazem que os países em desenvolvimento sejam pressionados a assinarem acordos e tratados, garantindo o fortalecimento de monopólios comerciais que aumentam os preços e, portanto, reduzem o acesso. Essas propostas diversificadas e criativas incluem o aumento do tempo de proteção patentária, a vinculação do registro de medicamento à patente, fazendo das agências reguladoras de medicamentos verdadeiras fiscais das multinacionais, a exclusividade de dados farmacêuticos por cinco ou dez anos, a concessão de patentes para segundo uso de substâncias já conhecidas e a restrição dramática da capacidade dos países de emitir licenças compulsórias – um instrumento legal que permite assegurar o acesso a medicamentos a preços que possam ser pagos pelas suas populações ou governos. Essas cláusulas, e outras medidas criativas de bloquear a entrada de genéricos, aparecem em diversos acordos bilaterais e regionais já ou em vias de serem assinados entre países em desenvolvimento e os Estados Unidos (MSF, 2004).

Diante dessas medidas restritivas, a tendência é o não cumprimento do direito ao acesso universal a tratamentos. Por causa das resistências crescentes e normais aos tratamentos de primeira escolha, cada vez mais os medicamentos produzidos localmente vão ser substituídos pelos medicamentos mais recentes, por sua vez todos patenteados. Os tratamentos de segunda escolha atualmente ultrapassam em mais de 20 vezes os preços dos tratamentos de primeira escolha² (MSF, 2004a). Se o acesso não for universal, cada vez mais pacientes vão ficar sem os medicamentos que eles precisam. No entanto, os governos que fornecerem um acesso universal ao tratamento vão se deparar com dificuldades crescentes em pagar a conta desses medicamentos novos. O uso da licença compulsória (quebra de patente) precisa ser incentivado. Os países ricos utilizam constantemente a licença compulsória, mas coíbem o uso da mesma nos países em desenvolvimento. A licença

² Em países em desenvolvimento, o tratamento de primeira escolha com a combinação fixa de 3TC/d4T/NVP (Triomune/Cipla) pode custar US\$ 154 ano/paciente, ao passo que um tratamento de segunda linha com TDF+ddl+LPV/r custa US\$ 3.950 ano/paciente.

compulsória é uma das 'flexibilidades' do Acordo TRIPS e é totalmente legal, reconhecida em acordos internacionais e legitimada pelo parágrafo 6 da Declaração de Doha em 20013 para casos em que é preciso ampliar o acesso a medicamentos, ou em outros casos de uso público, emergência nacional ou qualquer outro argumento que favoreça a saúde pública.

A tendência ao desequilíbrio na interpretação do Acordo TRIPS irá inexoravelmente provocar um enorme impedimento para o sucesso dos planos de tratamentos com anti-retrovirais para populações no mundo todo, inclusive no Brasil, onde apesar de todos os esforços políticos no combate ao HIV/aids nunca se emitiu uma licença compulsória (quebra de patente) e o preço de anti-retrovirais ainda elevado diante dos preços praticados em diversos outros países em desenvolvimento, pode vir a ser uma ameaça ao Programa Nacional de Aids. A Subcomissão das Nações Unidas para a promoção e proteção dos direitos humanos chegou a declarar que "há conflitos aparentes entre os direitos de propriedade intelectual incorporados no Acordo TRIPS e a lei internacional de direitos humanos" (OHCHR, 2000).

Há análises e evidências contundentes (CIPR, 2002; CORREA, 2000) que deixam claro que as patentes não contribuem necessariamente para o desenvolvimento de países em desenvolvimento e que são entraves ao acesso a medicamentos. O acesso universal a medicamentos compreendido como um direito à vida é uma meta que tem de ser o norteador das ações. Medidas que restringem esse direito devem ser trazidas a público, debatidas e combatidas, pois não podem estar acima dos direitos dos cidadãos, sobretudo do direito à vida.

³ Declaração específica sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública que estipula que o Acordo TRIPS não pode impedir que países membros adotem medidas de proteção à saúde pública e que os países membros podem utilizar mecanismos como licenças compulsórias e importação paralela, previstos no próprio Acordo TRIPS.

Referências Bibliográficas

ACURCIO, F.; GUIMARÃES, M. D. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, v.12, n. 2, p. 233-242, 1996.

COMMISSION ON INTELLECTUAL PROPERTY RIGHTS (CIPR). *Report of the commission on Intellectual Property Rights: integrating intellectual property rights and development policy*. [S.l.: s.n.], 2002.

CORREA, C. M. *Intellectual property rights, the WHO and developing countries: the TRIPS agreement and policy options*. Penang, Malaysia: Zed Books, 2000.

DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Cambridge: Harvard University Press, 1973.

FRENK, J. El concepto e la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*, v.27, n. 5, p. 438-453, 1985.

GALVÃO, J. *Brasil e o acesso aos medicamentos para Aids: a saúde pública como uma questão de direitos humanos: relatório anual: os direitos humanos no Brasil*. [S.l.]: Rede Social de Justiça e Direitos Humanos, 2002.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 1, p. 231-239, 2000.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). *Desequilíbrio fatal: a crise em pesquisa e desenvolvimento de drogas para doenças negligenciadas*. [S.l.], 2001. Disponível em: <<http://www.msf.org.br>>.

_____. *Patentes de medicamentos em evidência: compartilhando experiência prática sobre patentes de produtos farmacêuticos*. [S.l.], 2003. Disponível em: <<http://www.msf.org.br>>.

_____. *O acesso a medicamentos em perigo ao redor do mundo: que pontos observar nos Tratados de Livre Comércio com os Estados Unidos*. [S.l.], 2004. Disponível em: <<http://www.msf.org.br>>.

_____. *MSF Aids Treatment Experience: rapid expansion emerging challenges: briefing document*. [S.l.], 2004. Disponível em: <<http://aids2004.msf.org.hk>>.

OFFICE OF THE UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS (OHCHR). *Intellectual property rights and human rights: resolução n. 2000/7*, adotada pela Sub-Comissão em Direitos Humanos das Nações Unidas. [S.l.], 2000. Disponível em: <<http://www.ohchr.org>>.

PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS (PN-DST/AIDS). *Release: patentes de medicamentos em discussão durante seminário internacional em São Paulo (10/03/2004)*. [S.l.:s.n.], 2004. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/imprensa>>.

THE JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). *Report on the global Aids epidemic*. [S.l.: s.n.], 2004. Disponível em: <<http://www.unaids.org>>.

TRAVASSOS, C. *Eqüidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. Cadernos de Saúde Pública*, v13, n. 2, 1997.

UNITED NATIONS MILLENIUM DEVELOPMENT GOALS (UNMDG). *Declaração dos Objetivos do Milênio, adotada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 08 de setembro de 2000*. [S.l.]: ONU, 2000. Disponível em: <<http://www.un.org/millenniumgoals>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Treating 3 million by 2005: making it happen: the WHO strategy: the WHO and UNAIDS global initiative to provide antiretroviral therapy to 3 million people with HIV/AIDS in developing countries by the end of 2005*, 2003. [S.l.], [2003?].

A Constituição de 1988 e a República Presidencialista: uma análise de três obras sobre os dilemas institucionais no Brasil contemporâneo¹

Fabiano Santos²

¹ Este artigo foi publicado em alemão pela KAS/Auslands-Informationen em fevereiro de 2001.

² Doutor em Ciência Política, Instituto Universitário de Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (IUPERJ), professor, pesquisador, diretor-executivo do IUPERJ. fsantos@iuperj.br

Resumo

O autor elabora uma análise crítica sobre três obras – *Executivo e Legislativo na Nova Ordem Constitucional*, de Argelina Cheibub Figueiredo e Fernando Limongi, *Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro*, de Fernando Luiz Abrúcio e Valeriano Mendes Ferreira Costa, e *A Judicialização da Política e das Relações Sociais no Brasil*, de Luiz Werneck Vianna, Maria Alice Rezende de Carvalho, Manuel Palacios Cunha Melo e Marcelo Baumann Burgos –, buscando avançar na compreensão das oportunidades e dos limites da democracia política no Brasil.

Palavras-chave: Constituição de 1988; Poder Legislativo; Poder Executivo; Democracia Política no Brasil.

Introdução

A democracia brasileira, fruto das instituições políticas inscritas na Constituição de 88, tem seu ritmo definido por três dinâmicas distintas: o presidencialismo de coalizão, o federalismo predatório e a judicialização da política. Dito de outro modo, a boa análise do sistema político brasileiro contemporâneo depende de um cuidadoso escrutínio a respeito de: a) como o Poder Executivo constrói sua base de apoio no Legislativo e viabiliza seu programa de governo; b) o modo pelo qual se dá a interação entre os estados da federação, e destes com o governo central; c) a reação do Poder Judiciário às interpelações feitas por agentes políticos que se vêem prejudicados pelas decisões tomadas pelo governo e Legislativo, seja no nível federal, seja nos níveis estaduais e locais. O entendimento destas três dinâmicas permite a montagem de um quadro complexo e multifacetado, pleno de problemas e distorções, mas também de potencialidades. E é exatamente a construção desse cenário que se inicia por meio da publicação de três obras no âmbito da ciência social brasileira: *Executivo e Legislativo na Nova Ordem Constitucional*, de Argelina Cheibub Figueiredo e Fernando Limongi, *Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro*, de Fernando Luiz Abrúcio e Valeriano Mendes Ferreira Costa, e *A Judicialização da Política e das Relações Sociais no Brasil*, de Luiz Werneck Vianna, Maria Alice Rezende de Carvalho, Manuel Palacios Cunha Melo e Marcelo Baumann Burgos. O texto que se segue tem por objetivo analisar criticamente essas três obras e, assim, avançar na compreensão das oportunidades e dos limites da democracia política no Brasil.

Executivo e Legislativo sob a égide do presidencialismo de coalizão

Desde 1946, quando termina a ditadura de Getúlio Vargas e tem início a primeira experiência brasileira com a democracia de massas, o jogo entre o Executivo e os partidos representados no Legislativo tem sido marcado pelo presidencialismo de coalizão. Dada a separação de poderes e o multipartidarismo no Congresso, o presidente organiza sua base de sustentação por meio da distribuição de postos na estrutura do Executivo e verbas orçamentárias aos grandes partidos, e estes garantem os votos necessários à aprovação de seu programa de governo. Todavia, em contraste com o que ocorre hoje em dia, os partidos do período democrático pré-64 não eram disciplinados, o que não dava garantias ao presidente de que, uma vez definida a coalizão de partidos solidária a seu programa, poderia contar com o apoio coeso de tais partidos quando da tramitação das matérias de seu interesse. O período que se inicia com a promulgação da Constituição de 88, de outro modo, apresenta um gover-

no dotado de inúmeros instrumentos de intervenção nos trabalhos legislativos e líderes partidários capazes de disciplinar o comportamento de seus membros em plenário. Isto é, se o governo está disposto a trocar cargos e verbas em troca de votos no parlamento, e os partidos estão dispostos a trocar votos no parlamento por cargos e verbas, o presidente sabe que tal pacto funcionará de forma aproximada ao estabelecido inicialmente, vale dizer, o montante de cadeiras dos partidos aliados será aproximadamente o montante de votos recebidos em favor das propostas de seu interesse.

Esta talvez seja a principal contribuição do livro de Argelina Cheibub Figueiredo e Fernando Limongi, *Executivo e Legislativo na Nova Ordem Constitucional*. O conceito de presidencialismo de coalizão nasce em artigo pioneiro de Abranches (1988), no entanto, neste, nenhuma discussão é feita com relação aos instrumentos procedimentais, em poder do presidente e líderes partidários, responsáveis pela agilização do processo decisório no interior do Legislativo e pelo aumento da capacidade do Executivo de impor sua agenda. E é exatamente esta a análise que aparece no livro de Figueiredo e Limongi. Segundo os autores, o poder de agenda presidencial e dos líderes partidários cumpre papel preponderante na dinâmica do presidencialismo de coalizão. Serve para encurtar os prazos de tramitação de matérias, mediante o recurso aos pedidos de urgência; para impedir o envio de propostas indesejáveis, por meio das iniciativas exclusivas em matérias orçamentárias e tributárias; para redefinir o locus de apreciação dos projetos, com a criação de comissões especiais e, finalmente, para poupar o Congresso de decidir sobre matérias altamente sensíveis à opinião pública, o que se torna possível com o recurso às Medidas Provisórias.¹

¹ Em seu artigo 62, a Constituição de 1988 estabelece que o presidente pode editar decretos com força de lei, as chamadas medidas provisórias, a serem apreciados em trinta dias (BRASIL, 1988). Caso o Congresso não se manifeste, a medida tem seu efeito legal anulado. Entretanto, a reedição da medida não é vedada, o que significa que ao evitar o quórum para sua apreciação e a reeditando indefinidamente, o governo adquire importante recurso estratégico para tomar decisões sem o apoio explícito do Legislativo.

O exame dos dados relacionados à produção legislativa da Câmara dos Deputados e a respeito do comportamento dos partidos em plenário não deixa dúvida quanto à forte influência do Executivo nas decisões tomadas pelo Legislativo e quanto à ação disciplinada dos deputados vis-à-vis a determinação das lideranças. Diagnóstico forte e contrário à boa parte do que se tem produzido sobre a política brasileira em anos recentes. O argumento autoriza, ademais, a visão de um sistema político estável e perfeitamente capaz de produzir políticas públicas de acordo com a vontade de governos e maiorias eleitos de forma legítima. O presidente seria o elemento central dessa coordenação do comportamento dos agentes políticos, os congressistas, que, na ausência do poder de agenda presidencial, sucumbiriam à tentação de radicalizar demandas particularistas. Contudo, é legítimo questionar a que preço ocorre a estabilização do jogo político entre Executivo e Legislativo. Se é verdade que o atual arranjo institucional impede a emergência de crises de paralisia decisória, também é verdadeiro que a maioria dos congressistas desempenha papel extremamente reduzido no processo de produção legal do País.

Estados, União e a prática do federalismo predatório

A história brasileira recente é marcada por dois acontecimentos fundamentais: no âmbito político, a redemocratização e, no econômico, a recessão. A redemocratização aumenta o poder do Legislativo no processo decisório federal e torna os governadores atores políticos cruciais no sistema político. Por sua vez, a recessão agrava as condições de financiamento do setor público, impondo a necessidade de políticas de ajuste fiscal tanto no nível federal quanto no estadual e municipal. A principal contribuição do estudo de Fernando Abrúcio e Valeriano Mendes Ferreira Costa, *Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro*, é a de mostrar como a combinação de democracia com crise econômica gerou as condições propícias para a emergência do que os autores chamam de “federalismo predatório”.

Os traços gerais do federalismo brasileiro que se desenvolve a partir da Constituição de 88 são definidos por Abrúcio e Ferreira Costa da seguinte forma:

- a importância relativa da União na receita total disponível nas três esferas do governo decresce em 17%, enquanto que a dos estados e municípios se eleva para 26% e 70%, respectivamente;

- a federação tornou-se multipolar. Se até a década de 80 o centro dinâmico da economia brasileira concentrava-se no Sudeste – especialmente em São Paulo –, a recuperação econômica após a “década perdida” ocorre de forma mais descentralizada, aumentando a importância de outros estados e regiões;
- fragilidade dos mecanismos de correção das desigualdades regionais. Em que pese a desconcentração relativa do poder econômico ocorrido nos anos 90, as disparidades socioeconômicas permanecem extremas;
- ausência de instituições de coordenação das ações governamentais em nível estadual, paralelamente à falta de regras que incentivem a cooperação entre os estados.

A combinação dessas características gerou o que os autores chamam de federalismo predatório, isto é, o cenário no qual em um primeiro momento os governantes dos estados procuram resolver seus problemas de desenvolvimento social e econômico mediante o aumento das dívidas estaduais, pressionando, em um segundo momento, a União para assumir a dívida contraída. Tal comportamento resulta, segundo os autores, da falta de um sistema de coordenação que incentive práticas federativas cooperativas. Vale dizer, para um governador de estado, de nada adianta cooperar de forma unilateral, por exemplo, reduzindo a folha salarial e gastos em investimento, se todos, ou grande parte dos outros estados, não o fizerem. Dessa forma, os estados deixam de cumprir sua parte nos esforços de ajuste fiscal como decorrência de um óbvio dilema do prisioneiro: na ausência de mecanismos que imponham a cooperação, cada governador sabe que o melhor a fazer é não cooperar.

A descrição de como emergiu esse cenário é um dos pontos fortes do livro *Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro*. Como visto na seção anterior, para que o presidente logre aprovar seu programa de governo, é necessária a formação de coalizões no Legislativo por meio da distribuição de pastas ministeriais aos grandes partidos. Abrúcio e Ferreira Costa mostram, no entanto, que a obediência daqueles aos acordos firmados com o Executivo dependeu, nos anos iniciais da Nova República, do trabalho de coordenação dos governadores juntos às bancadas de deputados federais de seus estados. Como decorrência dessa colaboração, os governadores pediam em troca recursos orçamentários para o benefício de sua região, além da transferência das dívidas estaduais para a União, buscando manter seu predomínio político no estado.

Todavia, com a recessão dos anos 90, as finanças públicas estaduais sofreram profundo abalo. Ao crescimento exagerado da folha salarial com

o funcionalismo, acrescentou-se a paralisação dos financiamentos federais e internacionais nos estados, obrigando os governadores a recorrer a dois recursos para continuar o ritmo de investimentos: contrair empréstimos junto aos próprios bancos estaduais e a atração de empresas via concessão de incentivos fiscais. Por óbvio, a adoção desses procedimentos só agravaram a situação financeira local, enquanto que os governadores continuaram a confiar na antiga solução de transferência das dívidas para a União.

O esgotamento do modelo predatório ocorreu com a adoção do Plano Real e conseqüente contenção do processo inflacionário. A partir de então, os estados brasileiros têm vivido uma situação de extrema fragilização na estrutura federativa brasileira. Governadores dependentes do governo central para aprovar acordos minimamente razoáveis para pagamentos das dívidas de seus estados, além da continuada ausência de mecanismos de cooperação entre os estados para que estes possam alcançar soluções conjuntas e que fortaleçam a federação, mantêm o comportamento individualista dos entes federativos no Brasil, inviabilizando um dos principais institutos da democracia brasileira: o federalismo e seu potencial de controle do exercício do poder político pelo governo central.

A judicialização da política como prática dos *checks and balances* no Brasil

A excessiva transferência de poder decisório para o Executivo tem resultado no Brasil, como em outras partes do mundo, o apelo a outras fontes potenciais de controle da ação do governo. O ataque aos direitos das minorias, a desregulamentação dos direitos das majorias produzem no País o mesmo sentimento de desproteção proporcionado pela impotência das instituições clássicas da democracia liberal, quais sejam, os partidos e o Legislativo, diante de políticas governamentais das quais resultam freqüentemente o sacrifício de direitos em nome da eficiência econômica. Quando o agente mobilizado para controlar o governo é o Poder Judiciário e o controle se dá pela via do apelo à constitucionalidade da lei, então pode-se afirmar que estamos diante do fenômeno da judicialização da política. A análise de como esse fenômeno tem se manifestado no Brasil é o objetivo do livro de Luiz Werneck Vianna, Maria Alice Rezende de Carvalho, Manuel Palacios da Cunha Melo e Marcelo Baumman Burgos, *A Judicialização da Política e das Relações Sociais no Brasil*.²

² Na verdade, este é o objetivo da primeira parte do livro. A segunda parte trata da judicialização das relações sociais no Brasil, mas não será objeto da análise a seguir.



O livro mostra como a Constituição de 88 inova a tradição jurídica brasileira ao incluir em seu texto o instrumento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (a Adin). Por seu intermédio, governadores, procuradores, partidos e entidades da sociedade civil podem interpelar o Supremo Tribunal Federal no sentido de questionar a validade de atos, decretos e legislação advindos do sistema político. Esses agentes dotados da prerrogativa de argüir a constitucionalidade das leis via Adins conformam a chamada “comunidade dos intérpretes” da Constituição. Por sua vez, mediante a interferência no processo de criação da lei, o Judiciário, mais especificamente o Supremo Tribunal, passa a ser co-partícipe da atividade legisferante no País. Disso resulta o que se poderia chamar de o paradoxo institucional brasileiro. Por um lado, a atuação direta dos juízes na elaboração legal significa uma clara subversão do princípio democrático de acordo com o qual quem faz a lei é o soberano, e este não pode ser outro senão o corpo escolhido pelo sufrágio popular, isto é, o Legislativo. Por outro lado, no contexto histórico brasileiro, e de resto em diversas partes do mundo, a ação do Legislativo, freqüentemente em combinação ou em obediência ao Executivo, atenta contra o interesse público e direitos de minorias. Isto é, o Judiciário acaba sendo instrumento de proteção da sociedade contra um sistema político ameaçador.

A análise empírica promovida pelo livro de Werneck Vianna *et al.* é, ao mesmo tempo, simples e definitiva. Observa-se, em primeiro lugar, que o instrumento das Adins foi inicialmente descoberto pelos governadores, que o utilizou essencialmente para conter os impulsos corporativos e predatórios das Assembléias Legislativas em seus estados. Posteriormente, os governadores deixam de acionar o Supremo e o instrumento passa a ser utilizado pelos partidos de esquerda como forma de conter as políticas pró-mercado patrocinadas pelo governo federal. Desde então, as Adins tornam-se de utilização generalizada: procuradores, partidos, entidades da sociedade civil mobilizam-se sistematicamente na tentativa de modificar leis aprovadas pelo Legislativo e decretos assinados pelo Executivo.

A resposta do Supremo Tribunal Federal às interpelações via Adins são também analisadas em *A Judicialização da Política*. Verifica-se que o STF é extremamente cauteloso em seu uso da prerrogativa de barrar ações governamentais. Raramente se observa o julgamento definitivo do mérito das Adins em plenário do Tribunal. Na esmagadora maioria dos casos, o controle é exercido via concessão de liminar que é indefinidamente mantida. Isto é, o controle ocorre mediante uma espécie de medida provisória às avessas. De toda forma, o sistema político brasileiro conta com poderoso instrumento de checks and balances e sua utili-

zação já faz parte da dinâmica política instaurada pela Constituição de 88. Suas conseqüências para o bom funcionamento da República são um outro problema.

Conclusão

A leitura das três obras analisadas anteriormente fornece ao público uma visão bastante rica do sistema político brasileiro que se desenvolve sob a égide da Constituição de 1988. A política brasileira é sem dúvida complexa e seu entendimento não pode derivar de apenas um diagnóstico. As mazelas vividas pela vida partidária nacional, o problema da cooperação entre as entidades federativas, assim como a questão da proteção dos direitos encontram-se enredados em uma mesma rede de instituições e práticas sociais. Senão, vejamos.

A análise do presidencialismo de coalizão mostra como o relacionamento entre Executivo e Legislativo é organizado de maneira vertical pelo presidente. O trabalho de coordenação das bancadas dos grandes partidos no Congresso é delegado ao presidente, com a colaboração das lideranças partidárias, por meio da distribuição de cargos na estrutura do estado, e mediante a edição de medidas provisórias, pedidos de urgência, além de outros mecanismos procedimentais. A participação do legislador na produção da lei é minimizado tanto quanto a capacidade do Legislativo em servir de anteparo aos abusos cometidos pelo governo. O presidencialismo de coalizão acaba dissolvendo o Legislativo no governo, distorcendo o caráter ativo deste, tal como seria de se esperar em uma república presidencialista.

Ocorre que a montagem de apoio congressional ao presidente tem dependido da colaboração dos governadores dos grandes estados. Além disso, a Constituição de 88 transferiu montante considerável de recursos para estados e municípios. Vale dizer, os estados passam a ser parceiros obrigatórios da política nacional. E aqui começa a dinâmica do federalismo predatório. A disputa partidária em nível regional levou, de meados da década de 80 a meados da década de 90, os governadores a adotarem comportamentos irresponsáveis. A dependência de sua colaboração para a organização do apoio no Legislativo ao presidente lhes transmitia a certeza de que em algum momento o governo federal resolveria os problemas de endividamento estadual. Com a estabilização monetária, essa possibilidade não mais existe, colocando os governadores em situação de extrema fragilidade vis-à-vis a União. Com isso, continuamos a praticar um federalismo mitigado, com excessivo poder concentrado no governo central, o que novamente dificulta o controle do poder governamental.

Não existiria, então, na República Brasileira instituição capaz de ser-

vir de anteparo à ação do governo central? A judicialização da política responde negativamente. De fato, o Supremo Tribunal Federal, provocado pela sistemática argüição de inconstitucionalidade das ações do governo, tem agido no sentido de proteger direitos de minorias e interesses de maiorias estioladas por decretos, regulações, planos econômicos, editados, emitidos e implantados por sucessivas administrações. Contudo, em assim o fazendo, o Judiciário acaba por intervir diretamente no processo de produção legal, sem possuir mandato para isso. Ademais, acaba intervindo diretamente na vida da federação, ao servir de árbitro dos conflitos emergentes entre Executivo e partidos minoritários no parlamento, governadores e maiorias instaladas nas Assembléias Estaduais, governadores e governo central, governadores entre si, e prefeitos e governadores.

A leitura das três obras é enriquecedora, mas de alguma forma angustiante. Enfim, aumenta-se o conhecimento a respeito das instituições políticas criadas pela Constituição de 88, mas ao preço de se concluir que muito caminho ainda deve ser trilhado antes que possamos alcançar o tão sonhado mundo de uma república presidencialista democrática.

Referências Bibliográficas

ABRANCHES, S. H. H. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. *Dados*, v. 31, n. 1, p. 5-38, 1988.

ABRÚCIO, F. L.; COSTA, V. M. F. *Reforma do Estado e contexto federativo brasileiro*. São Paulo: Editora Konrad Adenauer-Stiftung, 1998. (Série Pesquisas).

BRASIL. Constituição Federal 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

FIGUEIREDO, A. C.; LIMONGI, F. *Executivo e legislativo na nova ordem constitucional*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999.

VIANNA, L. W. et al. *A judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

O Direito à Saúde e as Peculiaridades do Cuidado: uma perspectiva do tratamento das pessoas com HIV/Aids

Claudia Carneiro da Cunha ¹
Dina Czeresnia ²

¹ Psicóloga, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
caurids@hotmail.com

² Médica, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
dina@ensp.fiocruz.br

Resumo

O artigo discute a saúde como direito, tomando como exemplo o tratamento da aids. Enfoca as sutilezas da relação médico-usuário na dialética entre tratar e curar, tendo em vista as peculiaridades da doença e os pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS), que preconizam uma assistência participativa e integral. Salienta os encontros e desencontros da prática clínica como aspectos necessários à construção de projetos terapêuticos. Enfatiza a importante parcela de conhecimento a ser construída por meio do diálogo, quando o que é conhecido cientificamente pode efetivamente ser colocado a serviço do que é desconhecido. Por fim, considera que a capacitação para um diálogo em que usuários e profissionais da saúde tenham voz e mútua escuta é um dos grandes desafios na construção da integralidade e conseqüente efetivação do direito à saúde.

Palavras-chave: saúde; direito à saúde; integralidade; aids; tratamento da aids.

A consideração da saúde como “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, é resultado de uma série de conquistas garantidas legalmente pela Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990. Essa lei detalhou os princípios, as diretrizes gerais e as condições para a organização e para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). As principais diretrizes desse Sistema são a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade.

A participação da comunidade é operacionalizada em algumas instâncias colegiadas (Conferência de Saúde e Conselho de Saúde) – junto aos representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e demais segmentos sociais – voltadas à avaliação da situação de saúde, à proposição de diretrizes para a formulação de políticas de saúde e ao controle da execução das mesmas.

Sem deixar de reconhecer a importância dessas instâncias, deve-se considerar que essa participação se vê às voltas com impasses oriundos da própria tradição política brasileira, que se funda no clientelismo político, na centralização e opacidade administrativa, na fragmentação das ações e na inexistência de tradição em planejamento integrado e participativo (ADRIANO, 2000).

Na diretriz referente ao atendimento integral, a dimensão da participação ganha contornos mais complexos e sutis. O respeito ao direito e a voz do usuário no âmbito da Saúde se realizam na medida em que têm acesso a um cuidado sob a via da integralidade, que considera os determinantes biológicos, mentais e sociais intervenientes no processo de adoecimento.

Existe hoje, sem dúvida, um esforço de incorporar a diretriz da integralidade, legitimado por pesquisas, trabalhos teóricos e práticos, e por um aparato legal consolidado. Todavia, a predominância de modelos assistenciais reificados de relação usuário-profissional/serviço de saúde torna difícil o reconhecimento e a inserção do saber fazer do usuário, resultando em experiências superficiais e muitas vezes apenas protocolares. Essa dificuldade contribui para a manutenção de uma lacuna entre a experiência cotidiana do sujeito e aquilo que é preconizado como “correto” e “desejável” nas dimensões teóricas e políticas de cuidado à saúde.

Uma participação efetiva na atenção à saúde exigiria, ao contrário, a inserção do usuário em um modelo assistencial organizado em uma perspectiva que permitisse que esta ocorresse nas microinstâncias que se

multiplicam nas mais distintas esferas de interação que existem no Sistema de Saúde.

A constatação de um caminho a ser percorrido para a construção efetiva de práticas assistenciais coerentes com o discurso da integralidade é, em parte, a constatação das dificuldades de se concretizarem as diretrizes do SUS na formação dos profissionais da saúde. Há uma inadequação do atual modelo de treinamento clínico, no qual a maioria dos estágios práticos ocorre em serviços pertencentes aos hospitais universitários, onde predomina a lógica da especialização. Nesses serviços, há uma valorização de procedimentos tecnológicos, em que pouco se cultiva a clínica trabalho humano concentrado (CAMPOS, 1999; CAMARGO, 1992).

O fechamento das faculdades médicas ao treinamento em centros de saúde, hospitais-dia, em domicílios, na comunidade, em escolas, etc. (CAMPOS, 1999) tem criado um abismo entre a experiência de adoecer dos sujeitos e o modo como os profissionais da saúde compreendem e lidam com o processo saúde e doença.

As dificuldades concernentes ao atendimento integral, por sua vez, se potencializam nas doenças crônicas. Nesses casos, tornam-se mais evidentes os limites do tratamento curativo, que predomina na mentalidade dos serviços/profissionais (PAIM, 2003). A permanência prolongada do usuário no serviço de saúde força uma abertura à sua participação, que “bem resolvida ou não” abre maior espaço para considerar a perspectiva da integralidade. Tais enfermidades possuem uma lógica de processo, sinalizando a necessidade de se criar projetos terapêuticos (CAMPOS, 1999; AYRES, 2002).

Neste artigo escolhemos a aids, doença crônica, para discutirmos a questão da saúde como um direito na sua inter-relação com o tratamento, enfocando as sutilezas da relação médico-usuário na dialética entre tratar e curar, tendo em vista as peculiaridades dessa doença e os pressupostos do SUS, que preconizam uma assistência participativa e integral.

A aids é um exemplo de como, em dimensões mais amplas, a participação social garantiu o reconhecimento de direitos materializados em políticas públicas. O movimento da sociedade civil interferiu, dentre outros aspectos, no financiamento e na institucionalização do tratamento gratuito dos medicamentos anti-retrovirais (ARVs) para todos os pacientes que dele necessitam (CÂMARA, 1998).

A distribuição gratuita e universal de medicamentos ARVs é uma política pública que busca promover a equidade e a inclusão social (TEIXEIRA *et al.*, 2000). A luta pelo acesso ao tratamento é uma das mais importantes experiências brasileiras no processo de consolidação da definição da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, expresso na Constituição Federal (VELOSO, 2003).

As conquistas, que se deram em um nível mais amplo, coletivo, trouxeram novos desafios à assistência das pessoas vivendo com HIV/aids. Não obstante o otimismo advindo da introdução das mais recentes terapias ARVs, que alterou a natureza e a frequência das doenças oportunistas e aumentou a sobrevivência das pessoas (BASTOS & SZWARCOWALD, 2000), tais mudanças criaram a necessidade dos profissionais da saúde lidarem com aspectos específicos da infecção do HIV e com as consequências do uso prolongado dos medicamentos, tais como os efeitos colaterais advindos desse uso (VELOSO, 2003).

Os portadores do HIV, vivendo mais e com uma qualidade antes inexistente, necessitam conciliar o tratamento com os mais diferentes aspectos da vida. Todavia, a consideração efetiva dessas múltiplas dimensões ainda varia de serviço para serviço (VELOSO, 2003).

Diante de tantos desafios, destacamos o impacto da cronicização da aids nos aspectos relacionais de convivência do usuário com serviços e profissionais da saúde, remetendo-nos à clínica trabalho humano concentrado (CAMPOS, 1999; CAMARGO, 1992), citada anteriormente, que diz respeito à necessidade de se construir cotidianamente uma assistência integral.

No trato com os usuários, percebe-se o pouco preparo dos profissionais da saúde para a construção de uma proveitosa e efetiva convivência terapêutica. Verifica-se que esses profissionais acabam por “agir na urgência” (MOREIRA & CUNHA, 2003) – até pelo estigma da doença e forte mobilização emocional que a aids suscita (ROSEMARY & SYLVIE, 2000; TEIXEIRA, 2000; CUNHA *et al.*, 2001) –, assumindo “projetos terapêuticos” à revelia dos usuários, sem atentarem aos valores e às intenções que perpassam as diretrizes de tais projetos. Vale frisar que tais posicionamentos possuem consequências éticas e efeitos iatrogênicos, tal como o não comprometimento do usuário com o seu próprio tratamento e a apropriação do mesmo.

Nesse sentido, as novas terapias ARVs atendem a somente uma parte das necessidades do usuário (VELOSO, 2003), pois o tratar e, sobretudo,

o cuidar, no sentido de um “tratar que seja” (AYRES, 2002:18) pressupõem uma interação que passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas. Daí, “(...) o lugar privilegiado do cuidado nas práticas de saúde: atitude e espaço de reconstrução de subjetividades, de exercício aberto de construção compartilhada de projetos para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela. (...)” (AYRES, 2002: 19).

O tratamento para o HIV/aids trouxe “efeitos colaterais” não só referentes à reação do organismo às drogas, mas também para as relações assistenciais. A cronicidade da doença produziu novas questões, tal como a qualidade da relação médico-usuário. Essa cronicidade que a doença assumiu dita hoje, dentre outros aspectos, a qualidade da participação do usuário no processo de tratamento.

Assim, como parte e pressuposto dessa participação, ressaltamos a comunicação médico-usuário. Falamos do diálogo que já existe (AYRES, 2002) e, portanto, nos remetemos à acuidade dessa comunicação. Enfatizamos um aprender em uma via de mão dupla, esforçando-nos para sair de uma lógica unívoca, que privilegie exclusivamente o saber médico ou do paciente (CUNHA, 2004).

Tomando as sutilezas da relação médico-usuário na dialética entre tratar e curar, não nos restringimos às questões que os separam enquanto atores sociais que ocupam diferentes lugares de fala (ARAÚJO, 2003) – o que remete invariavelmente a uma relação de poder –, mas ressaltamos “(...) o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos” (AYRES, 2002).

Nessa perspectiva, uma questão é o predomínio de uma lógica biomédica no tratamento, que focaliza o corpo biológico em detrimento do psíquico e social, desconsiderando os modos pelos quais os pacientes apreendem o vivido (CUNHA, 2004; CZERESNIA, 2003). Tal constatação vai de encontro ao ideal de que as pessoas se tornem sujeitos de sua própria saúde, tal como preconizado pelo SUS. O não reconhecimento do predomínio de uma lógica sobre a outra é sempre interpretada pela “(...) pobre versão de ‘fracasso’, fracasso nosso em comunicar, ou das pessoas em compreender e aderir às nossas propostas” (AYRES, 2002). O que se deixa de fazer é lidar positivamente com a alteridade revelada no desencontro.

E falar de encontros e desencontros na prática clínica é reconhecer a rede de sentidos que permeiam o tratamento. É colocar em evidência o irremediável convívio médico-usuário, a necessidade de um conhecimento mútuo

e criação de um campo de constantes negociações que tem como fio condutor o afeto (CUNHA, 2004). Esses aspectos relacionais dão o tom da comunicação, e, por conseguinte, a acuidade da mesma. Daí afirmar que o tratamento envolve, para a sua consecução, o indivíduo – não somente a sua doença – e também aquele que trata (CAMARGO, 1992).

Portanto, por mais que o médico se expresse em uma linguagem técnica, este compartilha, em alguma medida, do mundo do usuário. O que está em questão então é o grau de acuidade nesse diálogo porque mesmo que o usuário não compartilhe dessa linguagem, alguma leitura fará desse encontro. Daí afirmar que sempre existe diálogo, a despeito das diferenças quanto à compreensão do processo saúde-doença. O que faz diferença é o quanto cada uma das partes está permeável ou refratária à diferença, pois mais ou menos significados serão compartilhados (CUNHA, 2004).

A qualidade do diálogo que se estabelece na relação profissional da saúde/usuário está condicionada ao reconhecimento, por parte do profissional da saúde, do limite do conhecimento científico que orienta os procedimentos técnicos assistenciais (CZERESNIA, 2003). Esse reconhecimento permite a abertura ao saber do outro, necessária a mudanças na postura do profissional no cuidado à saúde. Encontrar formas adequadas de lidar com os efeitos colaterais das drogas ARVs não é um problema que pode ser esclarecido somente por meio de procedimentos e informações científicas. Há uma importante parcela de conhecimento a ser construída pelo diálogo. É no diálogo entre profissional e usuário que o que é conhecido cientificamente pode efetivamente ser colocado a serviço do desconhecido que se expressa pela fala e pelos sinais manifestos pelo usuário.

Tal postura considera os usuários como produtores de conhecimento, pois atribuem sentidos às experiências diárias (BERGER & LUCKMANN, 1985). Também observa que, apesar das dificuldades que envolvem o tratamento, é possível inseri-lo no cotidiano e conciliá-lo com a rotina, com a vida. E ainda constata que é por meio de um compartilhar, de um convívio afetivo com o profissional da saúde, que novos arranjos no lidar com a doença e o tratamento tornam-se possíveis (CUNHA, 2004).

É, sobretudo, por meio de um convívio, reciprocidade e partilha com o outro que cuida que remédios tão difíceis de ser engolidos podem ser incorporados à vida dos sujeitos. A capacitação para um diálogo em que usuários e profissionais da saúde tenham voz e mútua escuta é um dos grandes desafios na construção da integralidade e na consequente efetivação do direito à saúde.

Referências Bibliográficas

ADRIANO, R. J. et al. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida?. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5,n. 1, p. 53-62, 2000.

ARAÚJO, I. Razão polifônica. *Perspectivas em Ciência da Informação*, Belo Horizonte, v.8, p.46-57, 2003. Edição especial.

AYRES, J. R. Repensando conceitos e práticas em saúde pública. In: PARKER, R.; V. JÚNIOR, T. (Org.) *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS: anais do Seminário Prevenção à AIDS: limites e possibilidade na terceira década*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

BASTOS, F.; SZWARCOWALD, C. L. I. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública*, v.16, supl..1, p.65-76, 2000.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Trad. F. de S. Fernandes. Petrópolis: Vozes, 1985.

CÂMARA, C. L. da S. ONGs/AIDS, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 2, p.129-139, 1998.

CAMARGO, J. R. K. R., (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, v. 2 n. 1, 1992.

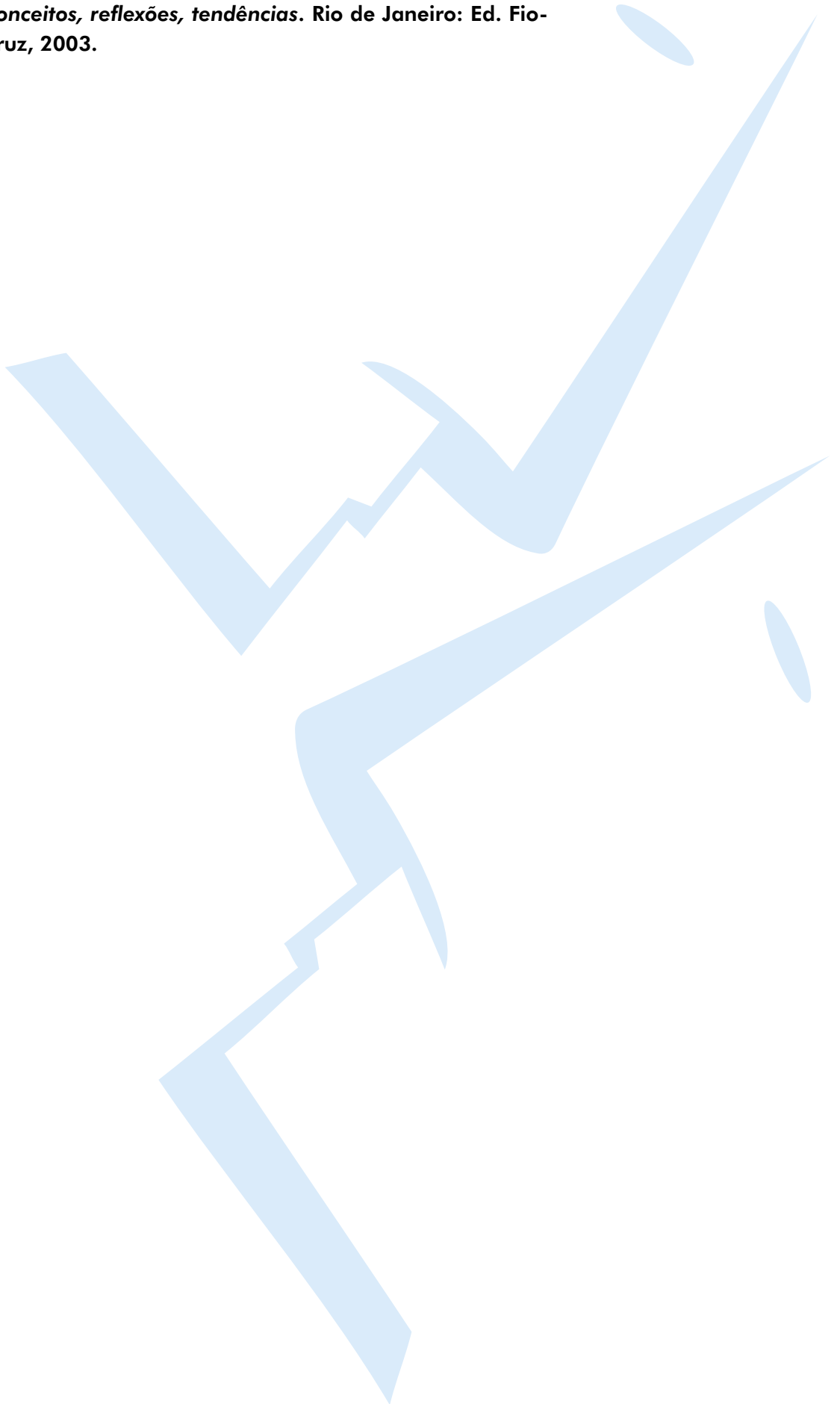
CAMPOS, G. W. de S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 1, p.187-193, 1999.

CUNHA, C. C. *Revelando vozes, desvendando olhares: os significados do tratamento para o HIV/AIDS*. 2004. 260p. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CUNHA, C. C. et al. *Relatório final da pesquisa a função do brincar na clínica Integral com a criança e adolescente vivendo com HIV/AIDS*, 2001: convênio Pibic/CNPq/Fiocruz, período ago. 1999 a jul. 2001. Mimeografado.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (Org.) *Promoção da saúde*:

conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.



MOREIRA, M. C. N. & CUNHA, C. C. *Repensando as práticas e dilemas no cotidiano de atenção à saúde de crianças e jovens vivendo com HIV/AIDS*. [S.l.]: CEBES, 2003. No prelo.

PAIM, J. S. A Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

ROSEMARY, F.; SYLVIE, S. Cuidando daqueles que cuidam de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Tradução: C. Câmara. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. *Boletim de Direitos Humanos em HIV/AIDS*. v 4, 2000. Edição Especial. Original francês.

TEIXEIRA et al. *Tá difícil de engolir?: experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo: Nepadis, 2000.

VELOSO, V. Avanços e dificuldades de uma questão de mobilização social, profissional e governamental. In: RAXACH, J. C. et al. *Reflexões sobre a Assistência à AIDS: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade*. Rio de Janeiro: ABIA, 2003.

Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil: a regulamentação das internações involuntárias como estratégia de proteção da cidadania e dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais¹

Paulo Amarante ²

Flávia Helena Freire ³

Flávia Mendes de Oliveira ⁴

Renata Britto ⁵

Tânia M. Nava Marchewka ⁶

¹ Pesquisa desenvolvida com o apoio do Programa de Pesquisa Estratégica, Desenvolvimento e Inovação (Pedi/Ensp/Fiocruz.)

² Pesquisador titular do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (Laps/Ensp/Fiocruz), doutor em Saúde Pública.
laps@ensp.fiocruz.br

³ Especialista em Saúde Mental pela Ensp/Fiocruz, mestre em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz, Membro do Grupo de Estudos em Saúde Mental do Laps/Ensp/Fiocruz, doutoranda em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz.

⁴ Especialista em Saúde Mental pela Ensp/Fiocruz, mestre em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz, Membro do Grupo de Estudos em Saúde Mental do Laps/Ensp/Fiocruz, Psicóloga e Coordenadora do Caps Nossa Casa – Barra do Pirai/RJ.

⁵ Especialista em Saúde Mental pela Ensp/Fiocruz, mestre em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz, membro do Grupo de Estudos em Saúde Mental do Laps/Ensp/Fiocruz.

⁶ Procuradora de Justiça do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, especialista em Gestão de Serviços de Saúde Mental e em Direito Sanitário e mestre e doutora em Direito.

Resumo

O presente texto discute os aspectos relacionados à proteção e aos direitos das pessoas com transtornos mentais internadas involuntariamente, de acordo com o que determina a Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira. A partir da referida lei, o Ministério Público, enquanto instituição social de defesa da cidadania e dos direitos individuais indisponíveis, dos quais fazem parte os direitos humanos, adquiriu uma função prevista e regulamentada quanto a sua participação no controle e acompanhamento das internações involuntárias. Diante dessa nova atribuição do Ministério Público, os autores consideram pertinente refletir sobre o impacto que a atuação do mesmo, assim como da Lei n.º10.216/01, teve na organização do cumprimento dos termos estabelecidos pela legislação, de modo a proporcionar a garantia e a proteção dos direitos da pessoa com transtorno mental.

Palavras-chave: transtorno mental; direitos humanos; legislação – saúde mental; internação involuntária; reforma psiquiátrica.

Há cerca de duas décadas vem ocorrendo um importante processo de transformação do modelo assistencial em psiquiatria no Brasil que, de acordo com a própria Organização Mundial da Saúde, é um dos mais importantes de todo o mundo (OMS, 2001). No fim da década de 70, a situação registrada era efetivamente grave no que diz respeito tanto à precariedade do aparelho assistencial público quanto à violação aos direitos humanos das pessoas com sofrimento psíquico. Por suas características de segregação e isolamento, a internação psiquiátrica era combatida por ser considerada iatrogênica e cronicadora e, em contrapartida, eram propostas novas formas de assistência psicossocial.

A situação se tornou ainda mais grave na medida em que a assistência médica passou por um processo de privatização em que, para além das funções tradicionais de tutela e exclusão social dos asilos psiquiátricos, somaram-se as internações produzidas com objetivos meramente empresariais. No início da década de 80, existiram cerca de 100 mil leitos psiquiátricos no País, sendo a grande maioria contratada pela Previdência Social. De todos os recursos destinados à assistência psiquiátrica, um pouco mais de 96% eram alocados exclusivamente no custeio de diárias hospitalares.

Esse modelo assistencial centrado na internação hospitalar e fundamentado na doutrina alienista-psiquiátrica entendia a doença mental como um desarranjo fundamental na razão, que, portanto, incapacitava os indivíduos para o exercício da cidadania. Assim, considerando-se dessa forma a natureza da doença mental, as instituições psiquiátricas passaram a primar pela ausência de cuidados, de assistência, de higiene, de medicamentos, enfim, pela ausência de respeito aos direitos humanos dos internos.

Mas, o quadro começou a mudar em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, que em seu artigo 196 estabeleceu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Essa mesma Constituição estabeleceu ainda a figura do Ministério Público (MP) como instituição social de defesa da cidadania com a atribuição de fiscalizar, acompanhar e garantir os direitos consagrados na Carta Magna, que merecerão enorme relevância para o campo da saúde mental.

Em 1989, foi apresentado o Projeto de Lei n.º 3.657/89 de autoria do deputado Paulo Delgado que propunha a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras formas de assistência que não representassem o afastamento absoluto dos indivíduos de seu meio social, além de propor ainda uma regulamentação da internação involuntária. O PL tramitou por quase 12 anos, enfrentando uma forte

oposição tanto de empresários da psiquiatria quanto de representantes da psiquiatria tradicional e do Poder Legislativo.

Em 2001, por ocasião do Dia Mundial da Saúde – data comemorada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que naquele ano foi dedicada ao tema da saúde mental com o lema Cuidar sim, excluir não –, o Ministério da Saúde investiu fortemente na aprovação do PL. Com esse clima político favorável, em 21 de março de 2001, a Câmara dos Deputados aprovou o substitutivo ao Projeto de Lei, de autoria do senador Sebastião Rocha. Sancionado pelo Presidente da República no dia 6 de abril de 2001, véspera do Dia Mundial da Saúde, tornou-se a Lei n.º 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Um dos pontos mais polêmicos do PL n.º 3.657/89, que dizia respeito à extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, não foi mantido no substitutivo aprovado. Trata-se de um aspecto fundamental, considerando-se que o que estava em discussão era a cidadania e a proteção das pessoas com transtornos mentais. Além das práticas de exclusão social tradicionalmente imputadas à psiquiatria asilar e daquelas relacionadas a situações de natureza judicial (litígios conjugais, disputa de patrimônio, etc.), somavam-se ainda no Brasil àquelas relacionadas à internação determinada pelo interesse lucrativo dos hospitais privados.

Com o intuito de minimizar a ausência do objetivo de extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos na lei, foram criados mecanismos de regulamentação da internação psiquiátrica. No artigo 4.º, determina-se que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. No parágrafo único do artigo 6.º, foram regulamentadas as modalidades de internação psiquiátrica: I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

No artigo 7.º, fica determinado que “a pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento”. E no parágrafo único do mesmo artigo: “O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.”

No artigo 8.º, ficou determinado que, assim como a internação voluntária, a internação involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do estado onde se localiza o estabelecimento, definindo ainda que, de acordo com os parágrafos 1.º e 2.º do mesmo artigo, respectivamente: a internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta; e que o término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

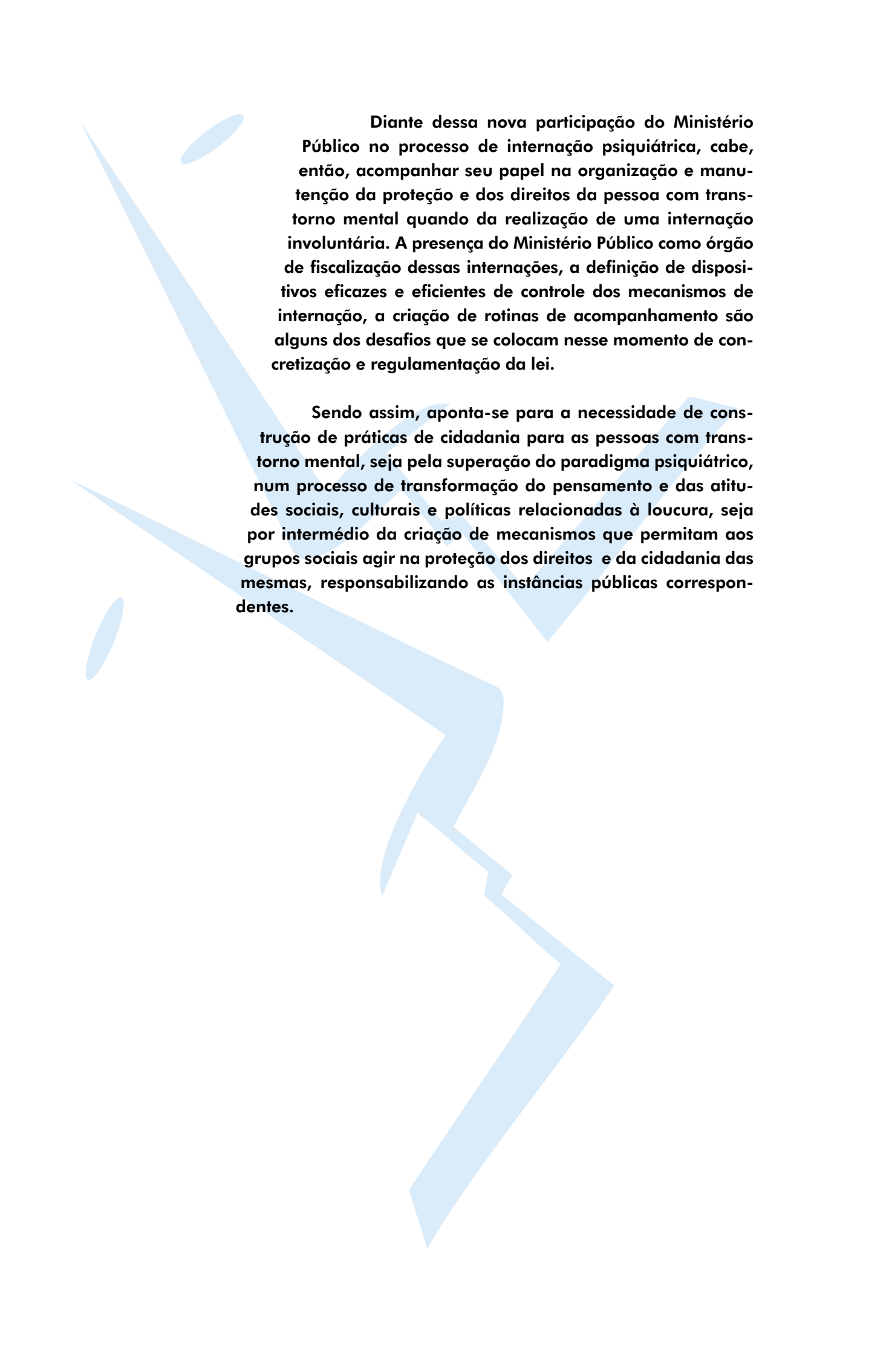
No entanto, se a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde estabelecem que a saúde é um direito fundamental, a Lei n.º 10.216/01 objetiva garantir que a pessoa com transtorno psíquico tenha seus direitos protegidos em uma situação especial que é a da internação psiquiátrica.

Em 26 de dezembro de 2002, foi promulgada a Portaria Ministerial n.º 2.391, que

regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.

No artigo 10 dessa Portaria, fica estabelecida a constituição pelo gestor estadual de uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, que deverá ser multiprofissional, contando com um integrante designado pelo Ministério Público Estadual (MPE), sugerindo ainda a participação de representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde mental e familiares. Tal Comissão deverá efetuar até o sétimo dia da internação a revisão de cada internação involuntária, tendo autonomia, por meio da emissão de laudo, para confirmar ou suspender o tratamento.

A Portaria apresenta em anexo um modelo de comunicação padrão com informações a respeito do paciente que necessariamente precisam ser enviadas para o MPE. Esse modelo traz um ponto inovador: quando ocorre uma internação, é importante verificar a justificativa de necessidade de tratamento, a necessidade de tratamento em regime de internação e, se for involuntária, a necessidade de internação contra a vontade da pessoa.



Diante dessa nova participação do Ministério Público no processo de internação psiquiátrica, cabe, então, acompanhar seu papel na organização e manutenção da proteção e dos direitos da pessoa com transtorno mental quando da realização de uma internação involuntária. A presença do Ministério Público como órgão de fiscalização dessas internações, a definição de dispositivos eficazes e eficientes de controle dos mecanismos de internação, a criação de rotinas de acompanhamento são alguns dos desafios que se colocam nesse momento de concretização e regulamentação da lei.

Sendo assim, aponta-se para a necessidade de construção de práticas de cidadania para as pessoas com transtorno mental, seja pela superação do paradigma psiquiátrico, num processo de transformação do pensamento e das atitudes sociais, culturais e políticas relacionadas à loucura, seja por intermédio da criação de mecanismos que permitam aos grupos sociais agir na proteção dos direitos e da cidadania das mesmas, responsabilizando as instâncias públicas correspondentes.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Lei nº 10.216, 6 abr. 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial*, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Portaria nº 2.391/GM*, 6 dez. 2002. Brasília, 2002.

BRITO, R. C. *A Internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01: reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental*, 2004. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro 2004.

MARCHEWKA, T. M. N. *A Reforma psiquiátrica como justiça social: a atuação do Ministério Público na garantia do direito à saúde mental*. 2003. Monografia do Curso de Especialização em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e Magistratura Federal, Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL DE PERNAMBUCO. *Projeto saúde mental e cidadania*. Recife: PGJ, 1997. Mimeografado.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: OMS, 2001.



Enfrentamento à Violência Sexual: uma articulação política

Janina Fleury Gonçalves ¹

¹ Cientista política, mestre em Sociologia, IUPERJ, e PhD, Universidade de Wales, Grã-Bretanha. Consultora em Política da Sexualidade. janinafleuryg@fastmodem.com.br

Resumo

Este texto é o resultado parcial de consultorias realizadas para o projeto 'Atenção à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes', da Secretaria de Estado da Criança e do Adolescente do Rio de Janeiro, e para o Fórum Estadual de Combate à Exploração Sexual do Estado do Rio de Janeiro. Procura mostrar que as inter-relações estabelecidas nas consultorias, definidas em termos das características, determinantes, atores e estratégias de combate à exploração sexual infanto-juvenil, revelam transformações operadas nas sociedades modernas no que se refere ao prazer, ao desejo, à sexualidade e ao desfrute do corpo.

Palavras-chave: transformações na sexualidade; violência sexual; articulação política.

Articulação política

A luta de enfrentamento à violência sexual tem se caracterizado por um binômio: punição x denúncia. As principais ações até aqui desencadeadas têm focalizado a punição aos responsáveis, a legislação que propicia essa punição, bem como a mobilização da sociedade para a denúncia a esse crime. A evolução desse movimento de enfrentamento, que saiu da caracterização de prostituição para a de exploração sexual, até chegar ao conceito de violência sexual, tem os seguintes eixos fundamentais: análise da situação, mobilização e articulação, atendimento, prevenção e protagonismo juvenil.

O enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes no Estado do Rio de Janeiro se constitui a partir de quatro dimensões essenciais: política, planejamento, pesquisa e treinamento. Essas dimensões revelam as duas articulações que fizeram emergir o Plano Estadual do Rio de Janeiro. São, respectivamente, as articulações com o Plano Nacional e a articulação interna ao estado (ONGs e OGs). A articulação com o Plano Nacional se deu quando, ainda em 1999, o governo do estado criou o Programa Estadual de Atenção à Exploração Sexual de Crianças e Jovens.

Mapeamento

Encontros entre ONGs e OGs fizeram com que esse programa de governo refletisse a participação da sociedade civil na configuração do fenômeno. O trabalho de consultoria conduzido pela cientista política Dra. Janina Fleury, consolidado no documento 'Atenção à Exploração Sexual de Crianças e Jovens', aborda o fenômeno da violência sexual contra crianças e jovens do ponto de vista da sua gênese. Isso significa que a solicitação inicialmente feita de se mapear geograficamente os 'focos' da exploração sexual, tal como foi conceituada na época, foi reconduzida para a história da constituição do fenômeno, uma vez que essa busca por focos pode levar não só à estigmatização desses jovens, mas, principalmente, a uma perseguição policial dos mesmos, como se fossem culpados dessa exploração. Deve-se ressaltar aqui que o uso dos conceitos de prostituição infanto-juvenil, exploração sexual e violência, correspondem, respectivamente, a diferentes etapas da luta e enfrentamento a esse fenômeno, desencadeadas pelo Fórum Nacional e pelos Fóruns Estaduais.

O trabalho dividiu-se em duas frentes: os núcleos de atendimento e a pesquisa/treinamento. Esse treinamento foi programado por meio da Metodologia de Cenários. Pretendeu utilizar o conhecimento de especialistas para fazer o mapeamento do problema a ser combatido. Os

estadual, ao levar em consideração a existência dessa situação, almejam criar uma rede de solidariedade com essas forças, alterando seu papel na constituição do fenômeno. Para isso, foi necessário, também, o diagnóstico das características e determinantes do fenômeno. Quando o mapeamento genealógico aponta para transformações sociais e culturais nos conceitos de prazer, uso e desfrute do corpo como determinantes do fenômeno, é aí que reside o foco da rede de solidariedade a ser criada. Qualquer articulação com as forças sociais presentes nessa situação de violência com a intenção de reverter esse quadro desolador, só afetará a participação dessas forças na hierarquia da sua produção, quando focar nesse fator que determinou a constituição do mesmo sem prejuízo dos eixos de defesa e responsabilização. Assim, também do ponto de vista de suas características, o mapeamento genealógico que revelou a transversalidade do fenômeno com relação às classes sociais indica que as estratégias de enfrentamento, ainda que priorizando articulações com organismos que, ou representem ou atuem com a camada popular devem estar conscientes e criar mecanismos de atuação que afetem todas as crianças e jovens envolvidos, independentemente de sua classe social. Esses mecanismos operam por meio das quatro dimensões essenciais sobre as quais o Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Jovens se baseia, ou seja: política/jurídica, articulação entre os atores envolvidos (sendo o Conselho Estadual e o Fórum Estadual os principais), bem como punição/responsabilização; planejamento, identificação das condições materiais e financeiras para a execução do Plano; pesquisa, caracterização da evolução do fenômeno, assim como avaliação do Plano Estadual na sua execução; treinamento, criação de produtos pedagógicos (multimídia) sobre sexualidade e violência sexual.

A juventude como protagonista

Essas dimensões, quando consideradas em cada um dos eixos estratégicos que compõem o Plano Estadual, correspondem ao que o mapeamento genealógico indicou em termos de estratégias de enfrentamento. É assim, então, que deve se instaurar uma nova postura de enfrentamento à violência sexual contra crianças e jovens no Estado do Rio de Janeiro, em concordância com as orientações do Plano Nacional.

Estamos então propondo ações que interfiram na constituição do fenômeno, não só pela compreensão das transformações que a sociedade está sofrendo no que se refere à sexualidade, mas também, na disseminação de conteúdos pedagógicos que visem a colaborar com os diferentes atores envolvidos, como a mídia, as famílias, as escolas e a própria juventude, para criar com eles, para eles e por meio deles uma rede de solidariedade para o enfrentamento desse fenômeno.

Uma reconceitualização do fenômeno da exploração sexual de crianças e adolescentes é proposta quando as suas características e sua conceitualização são revistas.

O debate contemporâneo sobre o tema lança luzes sobre categorias antes não consideradas na compreensão desse fenômeno. A estratégia de se considerar o jovem como ator principal dessa situação conduz o projeto a enfrentar questões relativas ao desejo e valores relativos ao prazer e a relação com o seu próprio corpo presentes na sociedade moderna, bem como a face perversa da mesma.

As transformações que a sexualidade vem sofrendo, e que trazem em si modificações na relação do homem com o seu corpo, seu desejo, e o meio ambiente que o circunda, são consideradas determinantes do fenômeno da exploração sexual de crianças e jovens. A consultoria diagnosticou a dificuldade de atores considerados principais e intermediários em tratar dessas transformações.

As explicações tradicionais insistem em permanecer na relação de causalidade entre miséria e prostituição. Não consideram, portanto, transformações superestruturais (de caráter cultural, envolvendo valor), que, por sua vez, revelam transformações socioeconômicas e políticas manifestas em novas concepções de beleza, felicidade, prazer e liberdade, com suas conseqüências sobre o corpo e o uso do corpo. Há, além disso, uma dificuldade em 'traduzir' essa informação sobre transformações sociais e econômicas para seus aspectos culturais, bem como em utilizar os recursos de multimídia para a reconceitualização dessas mudanças em linguagem moderna, de conteúdo fácil para absorção dos atores envolvidos – especialmente famílias, escolas e a juventude propriamente dita.

Em virtude da nova caracterização do fenômeno sexual infanto-juvenil, que traz à tona o fato de tal fenômeno mostrar uma transversalidade com relação às classes sociais (o que tem implicações para os determinantes do fenômeno, uma vez que a miséria perdeu aqui o seu lugar de único e principal agente explicativo, dando lugar aos atores encontrados), o trabalho de consultoria revelou a necessidade de produzir uma metodologia de atendimento.

Esses jovens, sendo agora considerados atores de sua própria situação, exigem, então, abordagem que não os tratem como vítimas e explorados, única e/ou principalmente. Nesse caso, os educadores, a mídia, a família, a polícia e o aparato jurídico devem ser abordados por meio dessa nova postura e serem orientados para compreender e interagir com essas transformações.

Especialistas e ativistas poderão ser convocados para elaborar essas metodologias, da mesma forma que organizações representativas da juventude e dos outros atores principais (mídia, empresas de turismo, polícia). Uma vez que a consultoria diagnosticou a atuação desses atores tanto na caracterização do fenômeno como na sua determinação, as parcerias para prever ações conjuntas são inevitáveis no desenvolvimento do projeto. A proposta de ação de núcleos experimentais de atendimento deverá exigir a participação desses atores por meio de suas associações representativas, em termos de acordos de financiamentos, treinamentos, assim como propostas de revitalização do turismo centradas nas raízes culturais brasileiras.

Aqui, o conhecimento das principais propostas de organismos nacionais e internacionais que atuam na área de direitos humanos levará o projeto a oferecer e receber subsídios para a ação junto aos atores revelados. A divulgação dos resultados do Plano em congressos nacionais, internacionais e na mídia escrita, falada e televisiva disseminará a informação, mudará mentalidades e captará recursos.

Continuando com a metodologia adotada – que pressupõe o objetivo de formulação de uma política de combate à violência sexual infanto-juvenil –, algumas ações são decorrentes:

- Núcleos de atendimento experimentais como centros de cultura e lazer. Estes deverão ser definidos na parceria com atores principais (empresários/turismo/mídia) e com o suporte de pesquisa qualitativa, que estabeleça as especificidades regionais do fenômeno dentro do estado. Essas parcerias incluirão pesquisas específicas com associações de classe (escolas, empresários/turismo/mídia, juventude).

- Colaboração com os especialistas já participantes do projeto para a elaboração de cursos voltados para famílias/escolas/adolescentes, abordando as transformações na sexualidade, prazer, desejo e uso do corpo.

- Divulgação dos resultados da consultoria em termos de livros/cartilhas/vídeos/jogos interativos/logotipo/cartazes/comunicação com organismos nacionais, internacionais e a mídia falada, escrita e televisiva.

- Parcerias firmadas com organismos jurídicos e policiais para aplicação da legislação e/ou modificação da mesma.

Violência: foco do combate

O fenômeno da exploração sexual de crianças e jovens foi aqui abordado no seu nascimento, isto é, na sua gênese. É com essa escolha que privilegiamos para a sua compreensão o exercício da violência como foco de origem a ser combatido. Essa violência se revela como, inicialmente, uma violência simbólica. Ela é simbólica porque se difunde por manifestações de poder de determinados valores sociais sobre outros, como de determinados setores sobre outro.

Interessou-nos, sobretudo, sair das constatações gerais que o debate sobre a violência já instaurou, para caminhar nesse mapeamento no qual os focos são determinados por meio de um grupo específico – a exploração sexual de crianças e jovens. E qual a nossa surpresa quando percebemos, na fala de especialistas, que não se trata simplesmente de esquadrihar a cidade à busca de pequenos demônios, agentes do mal, perturbadores da ordem. Não é, então, aqui e ali que os encontraremos: eles estão no meio de nós, fazem parte das nossas práticas cotidianas, informam nossa maneira de educar nossos filhos.

Também percebemos as mensagens transmitidas por esses anjos – por nós endemoniados –, captadas pelos especialistas amorosos que deles se aproximaram sem ódio. Não poderemos, tampouco, encontrar os demônios individualizados na figura do explorador.

Não, este trabalho não oferecerá escândalos para que os refletores os filmem e o castigo sobre eles recaia, dando-nos o sentido da exemplaridade que nos liberta a todos quando escolhe alguém e o pune exemplarmente (CORREA, 1991). Então, o resultado é mais complexo, é mais doloroso: somos obrigados a admitir que, enfim, todos somos autores dessa situação, e “o diabo está na rua, no meio do redemoinho” (ROSAS, 1991). Vamos, então, buscar os anjos, ora endemoniados, e escutar a denúncia que gritam para nós. Aí, então, criaremos estratégias de combate à perversão, ao verdadeiro demônio, e soltaremos os anjos, para que possam voar.

Referências Bibliográficas

FLEURY, J. G. *Atenção à exploração sexual de crianças e adolescentes: relatório final de consultoria à Secretaria da Criança e do Adolescente do Governo do Estado do Rio de Janeiro (Secria), 1999/2000.* [S.l.: s.n.], [200-].

FLEURY, J. G. *Contribuição ao plano de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes no Estado do Rio de Janeiro. consultoria ao Fórum Estadual de Combate à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, 2002/2003.* [S.l.: s.n.], [200-].

CORREA, I. E. JONES. *A banalização do mal. Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, Opinião, p.11, 24 nov. 1991.*

PLANO estadual de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2004.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado de Direitos Humanos. Plano nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil. [S.l.]: Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente, 2002.

RIO DE JANEIRO. Secretaria da Criança e do Adolescente do Governo do Estado do Rio de Janeiro. *Programa de atenção à exploração sexual de crianças e adolescentes.* Coordenado por Neidy Silva e Elizabeth Oliveira. [S.l.: s.n.], [200-]. inicialmente formulado na Fundação da Infância e Adolescência (FIA), por Lucy Caelas.

ROSAS, G. *Grande Sertão: veredas.* Rio de Janeiro: Record, 1991.

A competência técnica e ética na formação de profissionais da saúde

Sergio Rego ¹

¹ Médico, doutor em Saúde Coletiva, pesquisador associado da Ensp/Fiocruz, editor da Revista Brasileira de Educação Médica, diretor da Sociedade de Bioética do Estado do Rio de Janeiro – regional da SBB, autor do livro *A Formação Ética dos Médicos – saindo da adolescência com a vida [dos outros] nas mãos*, pela editora Fiocruz em 2003.

Resumo

A formação de recursos humanos para a saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, cirurgiões-dentistas e demais membros da equipe da saúde) é um tema que tem merecido a atenção de especialistas no assunto, da sociedade em geral e dos políticos e gestores do sistema de saúde. Ela inclui o desenvolvimento de valores e de uma ética específica para ser aplicada ao campo da Saúde. Tendo como premissa o já entendimento consensual de que o ensino de graduação dos cursos na área da Saúde está claramente insatisfatório na formação técnica e ética dos estudantes, o autor apresenta contribuições para o encaminhamento da questão. Defende a tese de que o ensino da ética e o ensino dos direitos humanos deva ter como objetivo o desenvolvimento da capacidade do indivíduo em fazer uso crítico da razão e desenvolver seu compromisso com os outros, com o respeito aos direitos humanos, com o diálogo e o respeito aos diferentes e às diferenças. Também defende medidas que contribuam para diminuir o risco do credenciamento para a prática profissional de indivíduos com grandes limitações cognitivas por meio do chamado “exame de ordem” antes da colação de grau. Defende atividades curriculares que contribuam para a compreensão de que a questão da justiça social e do respeito aos direitos humanos não é apenas uma questão ideológica, mas um imperativo ético.

Palavras-chave: graduação em saúde; educação em saúde; formação integral; educação moral; direitos humanos e saúde; bioética; ética profissional.

A formação de recursos humanos para a saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, cirurgiões-dentistas e demais membros da equipe da saúde) é um tema que tem merecido a atenção de especialistas no assunto, da sociedade em geral e dos políticos e gestores do sistema de saúde. De um lado, temos a preocupação, justificadíssima, com a competência técnica de quem é formado para atender a população nos serviços de saúde. Claro que ninguém quer chegar em um ambulatório com dor de ouvido e sair sem um diagnóstico e encaminhamento terapêutico corretos. É o mínimo que se espera de quem recebe autorização para atuar como profissional da saúde (ou em qualquer outra profissão) é que entenda o que está fazendo e seja capaz de responder adequadamente às demandas de seus clientes. Há um bom grau de consenso de que isso não está ocorrendo atualmente. Por outro lado, outra questão que recorrentemente é trazida para o debate é a chamada humanização do atendimento – o resgate de uma suposta maior consideração que haveria entre profissionais da saúde (nesse campo é particularmente o médico quem é mais cobrado) e seus clientes/usuários do sistema de saúde. Neste breve espaço, defenderei a concepção de que as reformas que estão em curso ou sendo apontadas para os cursos da área da Saúde não são suficientes para o aperfeiçoamento do processo de formação técnica dos profissionais e que a discussão sobre a humanização deve ser enriquecida com a inclusão explícita das discussões éticas e das discussões sobre os direitos humanos no processo de formação, e apresentarei uma síntese das propostas que tenho defendido ao longo dos últimos anos.

Em relação ao primeiro ponto, devo desde já reafirmar meu compromisso com os processos de transformação ora em curso em faculdades de nosso País e com o movimento político que defende essas mudanças e do qual participam desde o Ministério da Saúde até as diversas escolas de saúde, conselhos de profissionais, docentes e estudantes. Defendo mudanças no processo de ensino, de gestão acadêmica, de métodos, de objetos e de campos de ensino-aprendizagem. Nada disso, entretanto, enfocarei aqui. Meu ponto é exatamente o fato de que esse processo é e tem que ser um processo lento, de avanços progressivos e de sensibilização docente lenta. Não se muda de fato uma estrutura organizacional, os métodos de trabalho, a cultura de uma organização como as universitárias por decreto ou apenas pela manifestação de um desejo. E, considerando-se que há um certo consenso de que os médicos e demais profissionais da saúde que estão sendo formados são malformados, temos então uma situação em que sabemos que, a cada ano, autorizamos a inserção de profissionais com má-formação e, portanto, com maior possibilidade de errar no exercício de suas funções. Como nesse campo de conhecimento e de práticas a possibilidade de erro

tem repercussões potencialmente desastrosas para a população, entendo ser inaceitável que apenas permaneçamos aguardando a viabilização das transformações no campo do ensino. Quando consideramos que nem todas as escolas estão comprometidas com sua autotransformação, fica mais evidente a necessidade de protegermos a população do profissional malformado, mediante a adoção de uma política de governo. Vejamos só este exemplo hipotético: tomando-se como marco simbólico do início desse processo para a Medicina o projeto da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) constituída pelas organizações médicas nacionais, temos já mais de dez anos de movimento de transformação. Embora seja fato que algumas escolas estão efetivamente envolvidas nesse processo, é também fato que pouquíssimas mudanças efetivamente ocorreram. As que ocorreram talvez ainda sejam insuficientes para se refletirem em melhorias no quadro geral de qualidade dos profissionais formados no Brasil. Se considerarmos que são formados, em número redondos, dez mil médicos por ano no Brasil e, com muita boa vontade, considerarmos que dez por cento deles sejam malformados e, portanto, de baixa competência técnica, isso significa que desde que o projeto Cinaem foi iniciado nós já formamos em torno de 14 mil médicos malformados. Se considerarmos que cada médico desses seja responsável (também em números conservadores) por dez consultas por dia (o correto seria estimar em três consultas por hora de trabalho), temos que a cada dia pelo menos 140 mil pessoas podem estar se consultando com profissionais de competência duvidosa no Brasil. Esta é uma situação que não há conselho profissional, não há conselho de saúde e nem secretaria de saúde ou ministério que dê jeito sem uma medida radical e que é urgente: a instituição de um exame nacional de habilitação para o exercício profissional. Esse exame estará de acordo com as tendências internacionais da globalização e do livre comércio e trânsito de mercadorias, pessoas e serviços e não tenho dúvidas de que ele virá, seja por nossa decisão independente, seja como exigência dessa união de mercados internacionais. Entendo que devemos conduzir esse processo.

Há, entretanto, uma questão que deve ser vista com especial cuidado: quando fazer o exame e como ele seria. Há quem defenda o modelo utilizado pela OAB e pela maioria dos países que adotam um sistema semelhante: o exame após a formatura. Entendo, porém, que este é um sistema que penaliza injustamente o estudante. Como dizia Piaget, a educação é a única atividade humana na qual o fracasso é atribuído oficialmente a terceiros. Se a escola existe para que o estudante se forme, se capacite a exercer determinada atividade profissional, a responsabilidade por sua incompetência deve ser dividida com o aparelho escolar. Assim, entendo que o exame de "ordem" deve ser nacional e feito antes

da colação de grau. A não aprovação implicaria na não colação de grau, sem demais ônus para o aluno. À faculdade caberá tomar as medidas educativas para que o estudante adquira as competências necessárias, inclusive cognitivas, para a aprovação sem que, obviamente, possa continuar cobrando mensalidades ou taxas dos alunos não aprovados. É claro que o exame não pode ser a mera avaliação da memória do estudante, mas sei que já há consciência crítica suficiente em nosso País a esse respeito.

Assim, o direito à saúde e à assistência à saúde precisa ser discutido tendo sido levado em consideração a qualidade e a habilidade (podemos dizer tão-somente competência) dos profissionais da saúde. Tal discussão, entretanto, costuma ser limitada pelos constrangimentos causados pelas corporações que, muitas vezes, agem apenas no maior interesse de seus pares e das universidades, que não admitem perder a exclusividade no processo de avaliação de seus alunos.

O outro ponto sobre o qual desejo me posicionar insere-se no contexto do que hoje se discute como sendo a humanização. Está claro que a formação profissional não se limita ao ensino/aprendizagem de conteúdos teóricos, de habilidades e competências relacionadas ao saber científico ou útil para a solução de problemas no cotidiano de sua prática. A formação profissional inclui o desenvolvimento de valores e de uma ética específica para ser aplicada ao campo da Saúde. E é no mínimo estranho que ainda hoje em nosso País predomine a concepção de que as pessoas desenvolvem essa consciência crítica ou desenvolvem a valorização dessa ou daquela atitude apenas em decorrência dos exemplos. Não questiono a importância dos exemplos para a imitação de comportamentos, mas será que alguém realmente acredita que basta a pura observação de modelos? É interessante notar que em pleno século XXI esta seja uma questão pouquíssimo discutida, especialmente no meio acadêmico que está diretamente envolvido com a formação profissional. Não que a discussão sobre processos de formação, pedagogia, avaliação de ensino e temas semelhantes sejam muito discutidos nas faculdades que formam profissionais da saúde – não são. Mas, a formação moral é tema quase que abandonado. Raro é o docente que não tem a compreensão de que basta o exemplo (e não percebem que o exemplo é para o bem e para o mal) para alguém desenvolver senso ético. E, certamente por esse tipo de entendimento, é que o grande enfoque dado à transformação no modo de formação moral dos estudantes centra-se tão-somente na exposição dos estudantes à realidade sanitária e social de nosso País. Algo como se a consciência social e o compromisso ético fosse naturalmente desenvolvido uma vez que se conheça a dura realidade da maior parte de nossa população. Infelizmente não

é assim. Essa exposição pode tão-somente desenvolver nos indivíduos anticorpos (para usar uma linguagem médica) contra essa população, algo como a sensação de não pertencimento àquele mundo, àquela realidade. A simples exposição é insuficiente. Mas, para sabermos o que é preciso, é necessário que compreendamos como se dá esse processo.

Na verdade existem diversas teorias que buscam explicar o desenvolvimento da capacidade de um indivíduo em decidir o que ele considera bom ou mau, certo ou errado, justo ou injusto. De todas elas, gosto de destacar as teorias cognitivistas, que foram desenvolvidas a partir das pesquisas e reflexões de Jean Piaget. Elas identificam o desenvolvimento moral como o resultado de um processo cognitivo que, como tal, pode ser estimulado inclusive nos ambientes educacionais. De acordo com essa concepção teórica, todo indivíduo evolui em sua tomada de decisões no campo moral da heteronomia (cumprimento puro e simples do que seria uma determinação de origem externa) à autonomia (regras sendo oriundas da concepção do indivíduo sobre o que é certo e o que é errado). Da mesma forma, a decisão sobre o que é certo evoluiria da defesa dos próprios interesses, passaria por fases em que o bem comum passa a ser considerado como uma necessidade utilitarista, até compreensão do que é certo fundamentado em princípios universais de justiça.

Este é o papel que entendo que deva ser exercido pelos responsáveis pela formação profissional – estimular, promover o desenvolvimento da capacidade de cada estudante de refletir criticamente e tomar decisões baseadas nessa reflexão ética. Para isso, é preciso que essas discussões sejam regulares e absolutamente inerentes ao processo de ensino-aprendizagem e de prestação de serviços de saúde. Seja qual for a carreira, seja qual for a profissão, as situações éticas precisam ser permanentemente levadas em consideração, pensadas e discutidas. Da mesma maneira que incluir “direitos humanos” nos cursos de graduação, como preconizou a Associação Médica Mundial em sua resolução de Tel Aviv, de 1999, não pode se limitar à mera exposição de um rol de direitos, mas debatido, junto com a ética, em atividades bem diferentes da aula expositiva – em dinâmicas de grupo ou por meio de outros métodos de ensino participativos.

O ensino da ética e o ensino dos direitos humanos deve ter como objetivo o desenvolvimento da capacidade do indivíduo em fazer uso crítico da razão e desenvolver seu compromisso com os outros, com o respeito aos direitos humanos, com o diálogo e o respeito aos diferentes e às diferenças. Respeitar o indivíduo é negar sua coisificação, tão comum nos processos de ensino nas graduações. É não colocar o desenvolvimen-

to da ciência ou da prática profissional como um fim acima do bem-estar dos seres humanos aos quais se pretende atender. É questionar e resistir ao poder da indústria farmacêutica, refletindo e se questionando sobre os fundamentos que fazem o profissional prescrever ou recomendar determinado medicamento. É reconhecer os conflitos de interesse relacionados com a prática profissional e tomar suas decisões levando em consideração os interesses primários de sua profissão.

É importante ainda fazer referência à posição de organizações como o Physicians for Human Rights e a Global Lawyers and Physicians. Essas organizações defendem que os médicos devem ter uma preocupação maior com os direitos humanos exatamente pela posição em que estão inseridos na escala social. Mas, a discussão sobre direitos humanos ainda é considerada por muitos apenas uma questão ideológica, ou acessória.

Para mudar essa perspectiva, além das reflexões já apresentadas, seria igualmente relevante que as pró-reitorias de extensão tivessem um trabalho que envolvesse de forma organizada os estudantes em ações socialmente comprometidas. Que não fossem ações espontâneas e tão desvinculadas da própria realidade do curso, mas que possibilitassem ao estudante participar mais ativamente da solução de problemas sociais. É importante que a questão da justiça social, do respeito aos direitos humanos seja para o estudantes da área da Saúde não uma questão ideológica, mas um imperativo ético.

Referências Bibliográficas

COMPARATO, F. K. *A Firmação histórica dos direitos humanos*. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

DECLARAÇÃO sobre direitos humanos e liberdade individual de médicos praticantes. Disponível em: <<http://www.wma.net/e/policy/f10.htm>>.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. *Documentos da Associação Médica Mundial sobre direitos humanos*. Disponível em: <http://www.wma.net/e/policy/h.htm#human_rights>.

LEANING, J. Human rights and medical education: why every medical student should learn the Universal Declaration of Human Rights? *British Medical Journal*, v. 315, n. 7120, p. 1390-1391, 1997.

REGO, S. *A Formação ética dos médicos – saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. Resolução sobre a inclusão de ética médica e direitos humanos nos currículos dos cursos de graduação em medicina. Disponível em: <<http://www.wma.net/e/policy/e8.htm>>.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. Resolução sobre a responsabilidade dos médicos em denunciar atos de tortura, cruéis, desumanos ou tratamento degradante das pessoas que estão sob sua responsabilidade. Disponível em: <<http://www.wma.net/e/policy/t1.htm>>.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. Resolução sobre direitos humanos. Disponível em: <<http://www.wma.net/e/policy/h28.htm>>.

O Dedo de Daoud: unicidade versus atomização do direito

Hebe Signorini Gonçalves ¹

¹ Doutora em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Nipiac. signoncal@ism.com.br

No dia 27 de junho de 1985, Janel Daoud, prisioneiro francês, cortou a metade do próprio dedo mindinho para enviá-lo ao ministro da Justiça pelo Correio. O objetivo de Daoud era chamar a atenção sobre o seu processo. Mas antes que ele pudesse despachar o seu dedo as autoridades da prisão confiscaram-no. O prisioneiro, evidentemente, não tardou a reivindicar a restituição daquele dedo que “era” seu. A partir daí teve início uma celeuma que extrapolou os muros da prisão, envolvendo advogados, políticos e a imprensa. As divergências se acumularam. De quem era aquele dedo sem mão?

Denise Bernuzzi Sant’Anna,
Corpos de Passagem

Resumo

O artigo analisa duas possibilidades de ação na defesa dos direitos da criança, ambas contidas na Convenção Internacional dos Direitos da Criança: a primeira pauta-se na leitura de cada direito isolado como um objetivo válido a ser perseguido; a segunda, na visão segundo a qual os direitos da criança constituem unidade indivisível que deve ser buscada em sua totalidade.

Palavras-chave: direitos da criança; família; sociedade.

Há dois inusitados no relato transcrito anteriormente. De um lado, o gesto do prisioneiro que ceifa o próprio dedo no intuito de chamar atenção sobre si; Daoud vale-se da mutilação do corpo, antes uma forma punitiva, para ser visto num mundo em que só a novidade parece capaz de atrair sobre os destituídos o olhar dos poderosos. Tão ou mais inusitado é o debate jurídico em torno da posse da parte mutilada, procedimento que empresta certo grau de autonomia àquilo que não deveria ter significado jurídico para além do que efetivamente é: uma parte. O dedo de Daoud é tomado aqui como exemplo emblemático de um mundo em que o jurídico deixou-se levar pela cultura das partições, marco da pós-modernidade.

O avanço tecnológico, em particular no último século, impulsionou a produção de bens e criou novas demandas sociais e subjetivas. A difusão das conquistas que esse avanço potencialmente propicia ampliou a percepção da possibilidade de satisfação de necessidades de grupos e de sujeitos. Articulados, os avanços tecnológicos e sua difusão fomentam demandas que a modernidade transforma em reivindicações na arena social e política. Afinal, é a contingência – as condições e as conjunturas específicas – que condiciona a consciência da necessidade, a percepção de sua insatisfação, e o desejo e a urgência de seu preenchimento (HELLER, 1998).

Nada poderia parecer mais justo: afinal, a expansão do bem-estar, o acesso amplo à satisfação das necessidades, a distribuição equânime da justiça e a eliminação das desigualdades eram promessas da racionalidade. São no entanto promessas que ela não foi capaz de cumprir (SANTOS, 1997), levando alguns autores a caracterizar a sociedade contemporânea como uma sociedade insatisfeita (HELLER, 1998).

É nessa arena de disputa que os sujeitos lutam para transformar suas inúmeras reivindicações pessoais em linguagem pública – a linguagem da justiça –, visando a traduzir a necessidade subjetiva como direito. Nessa linha, é possível compreender os esforços de grupos e sujeitos, especialmente aqueles inscritos entre as minorias, em inscrever na lei aquilo que entendem como seu direito. Trata-se de esforço legítimo, que no entanto carrega um risco: o de que as “muitas reivindicações de determinados meios de satisfação [possam] contradizer umas as outras” (HELLER, 1998).

Essa partição do direito, e o risco de contradição que contém, é um tema que deveria interessar de perto a todos aqueles que tratam da temática dos direitos. Do ponto de vista da inscrição das necessidades subje-

tivas nos códigos jurídicos, o tema é vital pois o direito detém valor simbólico enquanto veículo de organização social da cultura (LEGENDRE, 1994). Assim, organizando a cultura, o direito se reflete nas práticas sociais sobre as quais opera. Se forem capazes de tratar as necessidades de forma holista, os códigos jurídicos contribuirão para a integração entre grupos e sujeitos; trabalhando sob o domínio da partição e do conflito, servirão à luta entre os direitos de uns e os direitos de outros, e à criação de nichos de necessidades, estimulando aquilo que já se chamou de atomização do direito (THÉRY, 1996).

A partição, ou a atomização do direito, impacta todos os sujeitos. Carrega a possibilidade de interferir também na família, na qualidade e no formato das relações entre gerações. A relevância desse impacto reside no fato de que a família representa, tanto quanto o direito, importante fator de organização da cultura. É no interior da família que se organizam as relações de sexo e de gerações, instituindo recortes vitais para o ordenamento dos laços sociais (THÉRY, 1992).

Na sociedade contemporânea, a família, e a criança em seu interior, tem sido alvo de uma infinidade de estatutos e códigos jurídicos que afetam de modo substantivo as relações privadas entre gerações (GONÇALVES, 2003). Em particular durante os anos 80, diante do reconhecimento da existência da violência doméstica contra a criança, a legislação internacional passou a admitir a possibilidade de intervenção do Estado na família com vistas a proteger a criança vítima de violência. Na base desse dispositivo, estão duas suposições: primeiro, o reconhecimento de que os direitos de pais e de filhos podem ser conflitantes; segundo, a idéia de que o Estado pode intervir contra os primeiros, e que essa intervenção reverte em favor dos últimos.

Trata-se de uma inflexão importante do direito, pois, até então, a noção de proteção da criança pautava-se na associação entre o Estado e a família. Segundo os códigos vigentes até a década de 80, cumpria ao Estado apoiar a família sempre que essa se mostrasse incapaz de atender às necessidades da prole. Programas públicos ou privados tinham por propósito assistir à família, e suportá-la com a concessão do benefício mais adequado, caracterizando uma ação de assistência necessariamente integradora e global. Supunha-se até então que uma única via de suporte, agindo do exterior, fosse capaz de fortalecer os laços sociais, com reflexos positivos sobre todos os membros do núcleo familiar. Essa abordagem, que Théry (1996) denomina filosofia da proteção, é tributária da filosofia dos direitos humanos. Remete a uma ótica idílica da família, como lugar de proteção e célula do social, e a uma concepção de criança como portadora de direitos desde o nascimento. No entanto,

esses são direitos que a criança não pode exercer em sua totalidade. Aqueles que compartilham a filosofia da proteção entendem que a criança deve preparar-se para o exercício do direito, atividade para a qual o apoio da célula familiar é condição necessária e essencial. Assim, a filosofia de proteção repousa em dois eixos: nos direitos potenciais que assegura e na proteção familiar, cuja defesa e suporte afirma.

Em 1989, a Assembléia da ONU adotou a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, hoje ratificada por 191 países, dentre eles o Brasil. A Convenção atrela-se à filosofia da proteção na medida em que considera a família como “grupo fundamental da sociedade, ambiente natural para o crescimento e o bem-estar” de seus membros, “em particular as crianças”. Na seqüência, a Convenção defende ainda que a família deve constituir-se em “alvo da proteção e da assistência necessárias para que possa assumir plenamente suas responsabilidades” (ONU, 1989).

Contudo, a mesma Convenção proclama, no parágrafo único do art. 3.º, que “todos os atos relacionados à criança deverão considerar os seus melhores interesses,” e que “o Estado deverá prover proteção e cuidados adequados quando pais ou responsáveis não o fizerem”. Ao fazê-lo, a Convenção atrela-se ao pensamento mais recente, dos direitos da criança, cuja essência pode ser entendida no entendimento de que a criança porta direitos especiais que devem ser resguardados pelos códigos legais; que esses direitos podem conflitar com os direitos de pais e responsáveis; e ainda que, diante desse conflito, prevalece o interesse da criança.

Irene Théry é uma crítica da filosofia dos direitos da criança, pois entende que ela traz duas conseqüências indesejáveis: a cobrança de responsabilidades e o conflito entre direitos subjetivos. Para a autora, a supremacia do direito da criança nega avanços intimamente associados à condição peculiar de desenvolvimento: o direito da criança a ser protegida pela família e pelo Estado, o direito a usufruir das condições necessárias para a realização futura de suas capacidades, o direito a um tempo de infância em que possa experimentar as formas de exercício da atividade social. Investida de direitos plenos de cidadania desde o nascimento, a criança inscreve-se como ser social pleno. Dentre os direitos especiais da criança proclamados pela Convenção estão o direito de expressão, de opinião e de associação, “historicamente considerados fundamentos da responsabilidade social: quem se expressa, opina ou se associa deve responder pelas conseqüências de seus atos” (GONÇALVES & FERREIRA, 2004). Deriva daí a possibilidade nada desprezível de que a criança venha a ser cobrada de responsabilidades

sociais para as quais não está preparada. No Brasil, conhecemos bem essa linha de argumentação: é aquela que permite aos detratores do Estatuto da Criança e do Adolescente invocar a responsabilidade do voto adolescente para argüir sua pretensa capacidade de responder como adultos perante os tribunais penais.

Mais importante contudo parece ser o reconhecimento de que os direitos da criança podem ser amplamente defendidos, e mesmo mais facilmente assegurados, à revelia de todo um conjunto de medidas que visa a garantir condições de assistência e suporte no interior da família. Em 1997, Richard Gelles afirmava que pais maltratavam seus filhos “simplesmente porque podiam”, numa alusão direta à ausência de mecanismos capazes de fazer frente à autoridade parental. Em 2004, podemos afirmar que afastamos os pais de seus filhos porque podemos, já que a legislação em vigor sublinha os conflitos entre os direitos subjetivos dos pais e os da prole, tratando-os como antagônicos.

Mas, o social é relação e interdependência (THÉRY, 1996). No social, cruzam-se muitas linhas de ordenamento, ensejando a delimitação dos espaços público e privado, a organização das relações em família, em termos de sexo e geração, linhas sem as quais a ordem social se esfacela. Nenhum sujeito tem existência autônoma no campo social, e nas sociedades complexas os atos cotidianos e privados do sujeito não se subordinam diretamente ao Estado. A despeito do enfraquecimento dos laços comunitários, a sociedade contemporânea não prescinde das muitas instâncias de mediação entre o sujeito e o poder público, dentre as quais a família ainda é das mais importantes.

Se há circunstâncias em que a proteção da criança requer seu afastamento do convívio familiar – e certamente as há –, ela deve ser possível, mas isso não significa que possa ser fácil. No seu rastro, não pode caber um Estado desobrigado de garantir bem-estar indistintamente à criança, ao jovem, e a seus pais; no seu rastro, não pode instalar-se um poder público, nem um poder técnico, que ignore que a criança é detentora de um conjunto uno de direitos, dentre os quais o direito à convivência familiar. Tratar cada direito enunciado como se ele, isolado, detivesse a própria essência do direito, é cair na armadilha de Daoud: é forjar a idéia de que o dedo é autônomo, apesar de morto.

Referências Bibliográficas

GELLES, R. *Intimate violence in families*. 3 ed. London: Sage, 1997.

GONÇALVES, H. S. *Infância e violência no Brasil*. Rio de Janeiro: Faperj/Nau, 2003.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. *A notificação da violência contra a criança: considerações práticas e éticas*. [S.l.: s.n.], 2004. Disponível em: <www.siic.info>. No prelo.

HELLER, A.; FEHÉR, F. *A Condição Política Pós-Moderna*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

LEGENDRE, P. *El crimen del Cabo Lortie: tratado sobre el padre*. México: Siglo XXI, 1994.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Convenção Internacional dos Direitos da Criança*, [S.l.: s.n.], 1989.

SANT'ANNA, D. B. de. *Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea*. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

THÉRY, I. *Nouveaux droits de l'enfant, la potion magique? Esprit*; mars-avril: 5-30, 1992.

THÉRY, I. *Le problème du "démariage"*. *Panoramiques*, 25:19-22, 1996.

Instruções aos colaboradores

1. Saúde e Direitos Humanos aceita trabalhos inéditos para publicação. Os trabalhos deverão ser de interesse teórico e prático e situar-se no campo dos Direitos Humanos e Saúde.
2. Todos os artigos terão a sua publicação condicionada a pareceres dos membros do Conselho Editorial. Eventuais sugestões de modificações serão previamente acordadas com o autor.
3. Todos os trabalhos devem ser enviados dentro dos seguintes critérios: 10 laudas (1 lauda tem 1.400 caracteres com espaço), fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento 1,5.
4. Todos os artigos deverão ter resumo com o máximo de 700 caracteres (120 palavras), incluindo palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho.
5. Os limites estabelecidos para os trabalhos podem ser excecionados, em casos excepcionais, a critério da editoria.
6. O encaminhamento do artigo deverá constar do nome completo do(s) autor(es), endereço, e-mail, filiação institucional e titulação.
7. Ao título seguir-se-á o nome do autor, ou dos autores, com indicação da instituição de pertencimento do autor principal.
8. Em rodapé, menção e auxílios ou quaisquer outros dados relativos à produção do artigo e seus autores. Artigos resultados de pesquisa com financiamento, citar a(s) agência(s) financiadora(s).
9. Os artigos de opinião (textos referentes a trabalhos publicados na revista ou de interesse nacional e internacional) serão submetidos ao Conselho Editorial para a publicação. Devem conter 5 laudas.
10. Os artigos poderão ser aceitos em inglês, francês ou espanhol. Preferivelmente, porém, em português.
11. Todos os trabalhos deverão apresentar declaração do articulista

principal de que o seu texto não tem “conflito de interesses”.

12. Os artigos deverão ser apresentados impressos (2 vias) e em disquete (programa *Word for Windows*)

13. Referências Bibliográficas: Normas da ABNT NBR 6023:2000 (disponíveis em bibliotecas ou pelo telefone ABNT: (61) 2335590). A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.

Assinaturas

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____

País: _____ e-mail: _____

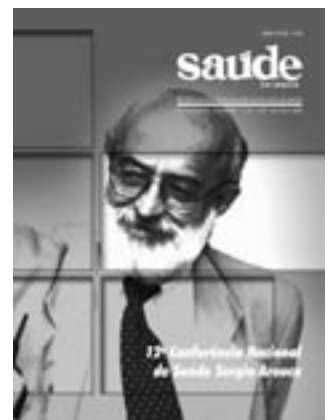
Tel.: _____ Fax: _____

ou pelo e-mail: revista.saudedh@ensp.fiocruz.br

✂ _____

Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fiocruz/ Ministério da Saúde
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Sala N – Manguinhos
Cep: 21041-210 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 2598-2899 / Fax: (21) 2270-2618
e-mail: revista.saudedh@ensp.fiocruz.br

Anúncios



Correspondências DEVEM SER ENVIADAS PARA:

Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
 Diretoria Nacional – Av. Brasil, 4036 – Sala 802
 Manginhos – 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
 – Brasil

Tels.: (21) 3882-9140 e 3882-9141

Fax.: (21) 2260-3782

Home page: www.ensp.fiocruz.br/parcerias/cebes/cebes.html

E-mail: cebes@ensp.fiocruz.br



visite nosso site
www.ensp.fiocruz.br/csp



Radis

Publicação mensal, impressa e online, da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa Radis (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp).

A Radis, comprometida com os princípios da reforma sanitária e a consolidação do SUS, é um espaço democrático de discussão crítica das políticas públicas de saúde.

Radis na web: www.ensp.fiocruz.br/radis



Revista Brasileira de Educação Médica



Associação Brasileira de Educação Médica - Rio de Janeiro/RJ

A Revista da ABEM está em seu 28º ano. É uma publicação indexada (LILACS, PERIÓDICA E IRESIE), que aceita colaboradores em português, inglês ou espanhol - em diversos formatos, de artigos originais, ensaios e relatos de experiências a resumos de teses e resenha de livros.

Os textos são submetidos à apreciação do Conselho Científico, segundo os critérios e normas disponíveis em: www.abem-educmed.org.br

E-mail: secretaria@abem-educmed.org.br
 Home page: www.abem-educmed.org.br

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, maio de 2005

OS 0351/2005