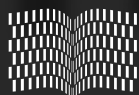


Ana Carolina da Costa e Fonseca (org.)
Paulo Gilberto Cogo Leivas (org.)

Direitos Humanos e Saúde

Volume 2



Editora da
UFCSPA

Ana Carolina da Costa e Fonseca (org.)
Paulo Gilberto Cogo Leivas (org.)

Direitos Humanos e Saúde
Volume 2

Porto Alegre
Editora da UFCSPA
2019

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Reitora

Lucia Campos Pellanda

Vice-reitora

Jenifer Saffi

Editora da UFCSPA

Diretora

Ana Carolina da Costa e Fonseca

Vice-diretor

Éder da Silveira

Diretor *Pro Tempore*

Rodrigo de Oliveira Lemos

Conselho editorial

Alberto Antônio Rasia Filho, Ana Rachel Salgado, Cláudia de Souza Libânio,
Katya Vianna Rigatto, Márcia Vignoli da Silva, Rodrigo de Oliveira Lemos

Edição geral

Olivia Barros de Freitas, Ana Carolina da Costa e Fonseca

Revisão

Olivia Barros de Freitas, Isabela Beraldi Esperandio, Rodrigo de Oliveira Lemos

Projeto gráfico

André Selbach Nasi (Ascom/UFCSPA)

Diagramação

Editora da UFCSPA

É permitida a reprodução sem fins lucrativos por meio físico ou digital desta obra, parcial ou total, desde que citada a fonte ou sítio da Internet onde pode ser encontrada (www.ufcspa.edu.br).

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D598 Direitos humanos e saúde : volume 2 / organizadores: Ana Carolina da Costa e Fonseca e Paulo Gilberto Cogo Leivas. – Porto Alegre : Editora da UFCSPA, 2019.

Recurso on-line (332 p.)

Modo de acesso: <http://www.ufcspa.edu.br/index.php/editora/obras-publicadas>

ISBN 978-85-92652-12-8

1. Saúde Pública. 2. Direitos humanos. I. Fonseca, Ana Carolina da Costa e. II. Leivas, Paulo Gilberto Cogo. III. Título.

CDD 614

CDU 614:342.7

Autores

Aline de Souza Pagnussat

Aline Winter Sudbrack

Ana Carolina da Costa e Fonseca (org.)

Arlinda B. Moreno

Bárbara Sordi Stock

Carlos Estellita-Lins

Cora Efrom

Gilberto Schäfer

Gilberto Thums

Ivana Battaglin

Karina Cunha Nascimento

Luiz Eduardo Abarno da Costa

Marcia Mocellin Raymundo

Marianna Rodrigues Vitório

Maria Paula Prates

Moisés de Oliveira Matusiak

Paulo Gilberto Cogo Leivas (org.)

Renata Maria Dotta

Umberto Guaspari Sudbrack

Veronica Miranda de Oliveira

NOTA DOS ORGANIZADORES

O primeiro volume desta série foi publicado no final de 2018. Agora, em 2019, oferecemos ao leitor o segundo volume. Vivemos um momento histórico especialmente tenso no nosso País. Defender os direitos humanos se tornou algo cada vez mais perigoso. No que se refere à saúde, a questão se torna ainda mais delicada, pois há um receio cada vez maior de privatização de serviços essenciais, o que dificultaria ou até mesmo impediria que milhares de brasileiros tivessem acesso a tais serviços.

Para participarmos do debate público sobre questões envolvendo direitos humanos e saúde precisamos, primeiramente, de informações a respeito do que está em jogo. O presente livro é um ponto de partida para quem deseja refletir e debater sobre tais questões.

Os capítulos que compõem esta obra atendem à definição ampla do direito à saúde e às exigências de indivisibilidade e interdependência do direito à saúde com outros direitos humanos. Além disso, este livro sobre educação em saúde com enfoque em direitos humanos serve como ferramenta de aprendizagem para estudantes e profissionais da área da saúde, e também pode ser de interesse do público em geral.

Busca-se, assim, promover a reflexão sobre a urgência de as instituições universitárias incluírem os direitos humanos como conteúdo obrigatório de todos os cursos da área de saúde. E, uma vez mais, ofereceremos pela Editora da UFCSPA uma obra que tematiza direitos humanos e saúde e está disponível gratuitamente para *download*. Esperamos, com isso, contribuir para a reflexão sobre temas tão caros a todos.

SUMÁRIO

Declaração Universal dos Direitos Humanos 11

Apresentação 21

1 - Fluxos de uma antropologia em espaços errantes: corpo,
doença e saúde 27

Maria Paula Prates

2 - Saúde pública e sistema prisional: um olhar diferenciado
no âmbito do SUS gaúcho 47

Bárbara Sordi Stock, Renata Maria Dotta

3 - Sistema prisional e violação do direito à saúde: o caso do
Presídio Central de Porto Alegre 73

Gilberto Schäfer, Moisés de Oliveira Matusiak

4 - Por que dizemos “manicômios nunca mais”? Memórias de um manicômio judiciário e notas sobre a atual política nacional de saúde mental	93
--	----

Marianna Rodrigues Vitório

5 - Aspectos jurídico-penais da violência sexual contra crianças e adolescentes	115
---	-----

Gilberto Thums

6 - Direitos humanos das mulheres: uma história de violações	149
--	-----

Ivana Battaglin

7 - O cuidado na valorização da vida: suicídio e direitos humanos.	169
--	-----

Carlos Estellita-Lins, Veronica Miranda de Oliveira, Arlinda B. Moreno

8 - Eutanásia: conceitos, direitos humanos e perspectivas legais no Brasil e no mundo.	207
--	-----

Cora Efrom

9 - O uso de agrotóxicos e a violação aos direitos à alimentação adequada e ao meio ambiente equilibrado.	243
---	-----

Karina Cunha Nascimento

10 - Neuroplasticidade, inclusão e dignidade da pessoa humana	273
---	-----

Aline de Souza Pagnussat, Luiz Eduardo Abarno da Costa

11 - Direitos humanos e laicidade 297

Marcia Mocellin Raymundo

12 - Sociologia, saúde, direito e direitos humanos315

Aline Winter Sudbrack, Umberto Guaspari Sudbrack

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS - 1948

PREÂMBULO

Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo;

Considerando que o desprezo e o desrespeito pelos direitos humanos resultaram em atos bárbaros que ultrajaram a consciência da Humanidade e que o advento de um mundo em que os todos gozem de liberdade de palavra, de crença e da liberdade de viverem a salvo do temor e da necessidade foi proclamado como a mais alta aspiração do ser humano comum;

Considerando ser essencial que os direitos humanos sejam protegidos pelo império da lei, para que o ser humano não seja compelido, como último recurso, à rebelião contra a tirania e a opressão;

Considerando ser essencial promover o desenvolvimento de relações amistosas entre as nações;

Considerando que os povos das Nações Unidas reafirmaram, na Carta da ONU, sua fé nos direitos humanos fundamentais, na dignidade

e no valor do ser humano e na igualdade de direitos entre homens e mulheres, e que decidiram promover o progresso social e melhores condições de vida em uma liberdade mais ampla;

Considerando que os Estados-Membros se comprometeram a promover, em cooperação com as Nações Unidas, o respeito universal aos direitos e liberdades humanas fundamentais e a observância desses direitos e liberdades;

Considerando que uma compreensão comum desses direitos e liberdades é da mais alta importância para o pleno cumprimento desse compromisso;

Agora, portanto, a Assembleia Geral proclama a presente Declaração Universal dos Direitos Humanos como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, tendo sempre em mente esta Declaração, se esforce, através do ensino e da educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades, e, pela adoção de medidas progressivas de caráter nacional e internacional, por assegurar o seu reconhecimento e a sua observância universal e efetiva, tanto entre os povos dos próprios Estados-Membros, quanto entre os povos dos territórios sob sua jurisdição.

Artigo 1°

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.

Artigo 2°

I - Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.

II – Não será também feita nenhuma distinção fundada na condição política, jurídica ou internacional do país ou território a que pertença uma pessoa, quer se trate de um território independente, sob tutela, sem governo próprio, quer sujeito a qualquer outra limitação de soberania.

Artigo 3°

Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

Artigo 4°

Ninguém será mantido em escravidão ou servidão; a escravidão e o tráfico de escravos serão proibidos em todas as suas formas.

Artigo 5°

Ninguém será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.

Artigo 6°

Todo ser humano tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecido como pessoa perante a lei.

Artigo 7°

Todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação.

Artigo 8°

Todo ser humano tem direito a receber dos tribunais nacionais competentes remédio efetivo para os atos que violem os direitos fundamentais que lhe sejam reconhecidos pela constituição ou pela lei.

Artigo 9º

Ninguém será arbitrariamente preso, detido ou exilado.

Artigo 10

Todo ser humano tem direito, em plena igualdade, a uma justa e pública audiência por parte de um tribunal independente e imparcial, para decidir sobre seus direitos e deveres ou do fundamento de qualquer acusação criminal contra ele.

Artigo 11

I - Todo ser humano acusado de um ato delituoso tem o direito de ser presumido inocente até que a sua culpabilidade tenha sido provada de acordo com a lei, em julgamento público no qual lhe tenham sido asseguradas todas as garantias necessárias à sua defesa.

II - Ninguém poderá ser culpado por qualquer ação ou omissão que, no momento, não constituíam delito perante o direito nacional ou internacional. Também não será imposta pena mais forte do que aquela que, no momento da prática, era aplicável ao ato delituoso.

Artigo 12

Ninguém será sujeito à interferência em sua vida privada, em sua família, em seu lar ou em sua correspondência, nem a ataque à sua honra e reputação. Todo ser humano tem direito à proteção da lei contra tais interferências ou ataques.

Artigo 13

I - Todo ser humano tem direito à liberdade de locomoção e residência dentro das fronteiras de cada Estado.

II - Todo ser humano tem o direito de deixar qualquer país, inclusive o próprio, e a este regressar.

Artigo 14

I - Todo ser humano, vítima de perseguição, tem o direito de procurar e de gozar asilo em outros países.

II - Este direito não pode ser invocado em caso de perseguição legitimamente motivada por crimes de direito comum ou por atos contrários aos objetivos e princípios das Nações Unidas.

Artigo 15

I - Todo homem tem direito a uma nacionalidade.

II - Ninguém será arbitrariamente privado de sua nacionalidade, nem do direito de mudar de nacionalidade.

Artigo 16

I - Os homens e mulheres de maior idade, sem qualquer restrição de raça, nacionalidade ou religião, têm o direito de contrair matrimônio e fundar uma família. Gozam de iguais direitos em relação ao casamento, sua duração e sua dissolução.

II - O casamento não será válido senão com o livre e pleno consentimento dos nubentes.

III - A família é o núcleo natural e fundamental da sociedade e tem direito à proteção da sociedade e do Estado.

Artigo 17

I - Todo ser humano tem direito à propriedade, só ou em sociedade com outros.

II - Ninguém será arbitrariamente privado de sua propriedade.

Artigo 18

Todo ser humano tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; este direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença, pelo ensino,

pela prática, pelo culto e pela observância, em público ou em particular.

Artigo 19

Todo ser humano tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras.

Artigo 20

I – Todo ser humano tem direito à liberdade de reunião e associação pacífica.

II – Ninguém pode ser obrigado a fazer parte de uma associação.

Artigo 21

I – Todo ser humano tem o direito de fazer parte no governo de seu país diretamente ou por intermédio de representantes livremente escolhidos.

II – Todo ser humano tem igual direito de acesso ao serviço público do seu país.

III – A vontade do povo será a base da autoridade do governo; esta vontade será expressa em eleições periódicas e legítimas, por sufrágio universal, por voto secreto ou processo equivalente que assegure a liberdade de voto.

Artigo 22

Todo ser humano, como membro da sociedade, tem direito à segurança social, à realização pelo esforço nacional, pela cooperação internacional e de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento da sua personalidade.

Artigo 23

I – Todo ser humano tem direito ao trabalho, à livre escolha de

emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego.

II - Todo ser humano, sem qualquer distinção, tem direito a igual remuneração por igual trabalho.

III - Todo ser humano que trabalha tem direito a uma remuneração justa e satisfatória, que lhe assegure, assim como à sua família, uma existência compatível com a dignidade humana e a que se acrescentarão, se necessário, outros meios de proteção social.

IV - Todo ser humano tem direito a organizar sindicatos e a neles ingressar para proteção de seus interesses.

Artigo 24

Todo ser humano tem direito a repouso e lazer, inclusive a limitação razoável das horas de trabalho e a férias remuneradas periódicas.

Artigo 25

I - Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

II - A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio gozarão da mesma proteção social.

Artigo 26

I - Todo ser humano tem direito à instrução. A instrução será gratuita, pelo menos nos graus elementares e fundamentais. A instrução elementar será obrigatória. A instrução técnico-profissional será acessível a todos, bem como a instrução superior, esta baseada no mérito.

II - A instrução será orientada no sentido do pleno desenvolvi-

mento da personalidade humana e do fortalecimento do respeito pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais. A instrução promoverá a compreensão, a tolerância e a amizade entre todas as nações e grupos raciais ou religiosos, e coadjuvará as atividades das Nações Unidas em prol da manutenção da paz.

III - Os pais têm prioridade de direito na escolha do gênero de instrução que será ministrada a seus filhos.

Artigo 27

I - Todo ser humano tem o direito de participar livremente da vida cultural da comunidade, de fruir das artes e de participar do progresso científico e de seus benefícios.

II - Todo ser humano tem direito à proteção dos interesses morais e materiais decorrentes de qualquer produção científica literária ou artística da qual seja autor.

Artigo 28

Todo ser humano tem direito a uma ordem social e internacional em que os direitos e liberdades estabelecidos na presente Declaração possam ser plenamente realizados.

Artigo 29

I - Todo ser humano tem deveres para com a comunidade, na qual o livre e pleno desenvolvimento de sua personalidade é possível.

II - No exercício de seus direitos e liberdades, todo ser humano estará sujeito apenas às limitações determinadas pela lei, exclusivamente com o fim de assegurar o devido reconhecimento e respeito dos direitos e liberdades de outrem e de satisfazer as justas exigências da moral, da ordem pública e do bem-estar de uma sociedade democrática.

III - Esses direitos e liberdades não podem, em hipótese alguma, ser exercidos contrariamente aos objetivos e princípios das Nações Unidas.

Artigo 30

Nenhuma disposição da presente Declaração pode ser interpretada como o reconhecimento a qualquer Estado, grupo ou pessoa, do direito de exercer qualquer atividade ou praticar qualquer ato destinado à destruição de quaisquer dos direitos e liberdades aqui estabelecidos.¹

¹ Conteúdo integral disponível na página das Nações Unidas: <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>.

APRESENTAÇÃO

Paulo Gilberto Cogo Leivas¹

No ano de 2018 comemoraram-se os 70 anos da entrada em vigor da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), aprovada unanimemente pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948). A DUDH inaugurou a concepção moderna de direitos humanos, segundo a qual a cada pessoa, em qualquer parte do globo, é atribuída a titularidade de direitos oponíveis contra todos, inclusive contra Estados nacionais. No caso de violação de direitos pelos próprios Estados, por ação ou omissão, a comunidade internacional assume o dever de proteção. Como afirma Beitz, “a doutrina de direitos humanos é a articulação, na moralidade pública da política mundial, da ideia de que cada pessoa é sujeito de preocupação global” (BEITZ, 2009).

¹ Procurador da República. Professor da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Doutor em Direito pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O direito à saúde, ao bem-estar e à assistência médica estão enunciados no art. 25 da DUDH de 1948. Após tal aprovação, muitos outros documentos internacionais de direitos humanos incluíram o direito à saúde no rol de direitos. Entretanto, direitos humanos e saúde têm uma história de antagonismos e aproximações. Como afirma Jonathan Mann, até a década de 1990 a relação entre saúde e direitos humanos era de antagonismo, pois a função dos direitos humanos era a de proteger os direitos individuais diante de políticas de saúde pública que impunham restrições a esses direitos, com o objetivo de proteger a saúde das coletividades. A epidemia de HIV/AIDS provocou uma guinada nessa relação conflituosa, já que havia evidências de que pessoas marginalizadas e estigmatizadas seriam mais vulneráveis à infecção e que a promoção de direitos humanos dessas pessoas seria muito importante para a prevenção e para o controle de HIV/AIDS (MANN, 1996).

A Constituição da Organização Mundial da Saúde oferece uma concepção ampla de saúde: “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. O texto ainda dispõe que saúde é um verdadeiro direito fundamental: “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946). A Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, igualmente oferece uma concepção ampla do direito à saúde, a ser alcançado também “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença” (BRASIL, 1988). Essas duas definições amplas de saúde se afastam de uma interpretação meramente biomédica da saúde, como ausência de doença, e a colocam num patamar de bem-estar e de promoção dos direitos humanos. Com isso, o direito à saúde tem de ser interpretado e aplicado numa relação de

interdependência e indivisibilidade com os demais direitos humanos, conforme preconizado no Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos, em Viena: “5. Todos os Direitos Humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados”. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1993).

A já citada Constituição Federal de 1988 pela primeira vez na história das constituições brasileiras colocou a saúde como um direito humano fundamental e como um dever do Estado (arts. 6º e 196), a ser promovido mediante um sistema único de saúde guiado pelos princípios da universalidade (acesso de qualquer pessoa independentemente de qualquer contrapartida ou condicionalidades), integralidade (conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema), descentralização, participação social e equidade. Ao lado da Constituição, há tratados internacionais de direitos humanos, com força normativa e justicializáveis no Brasil, que prescrevem o direito humano à saúde, tais como o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais – PIDESC (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1966), Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1999), Convenção sobre os Direitos da Criança (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1990), etc.

Os artigos que compõem esta obra atendem a essa definição ampla do direito à saúde e às exigências de indivisibilidade e interdependência do direito à saúde com outros direitos humanos. Este livro se propõe a servir como ferramenta na educação em saúde com enfoque em direitos humanos para estudantes, profissionais da área da saúde e público em geral. Busca-se promover a reflexão sobre a urgência de as instituições universitárias incluírem os direitos humanos como conteúdo obrigatório de todos os cursos da área de saúde.

REFERÊNCIAS

BEITZ, Charles R. *The idea of human rights*. [s.l.]: Oxford University Press, 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html>. Acesso em: 15 ago. 2018.

MANN, Jonathan. Saúde pública e Direitos Humanos. *Physis*, v. 6, n. 1-2, p. 135-145, 1996.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração e Programa de Ação de Viena*. Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, 14-25 de junho de 1993. Disponível em: <www.cedin.com.br>. Acesso em: 6 jul. 2018.

_____. *Convenção sobre os Direitos da Criança*, 1989. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Criança/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca.html>>. Acesso em: 6 jul. 2018.

_____. *Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*, 1966. Disponível em: <<https://www.oas.org/dil/port/1966.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2018.

_____. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, 1948. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2015.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. *Protocolo adicional à convenção americana sobre direitos humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais*. 1999. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/oea/protsalv.htm>>. Acesso em: 6 jul. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 18 mai. 2018.

1. FLUXOS DE UMA ANTROPOLOGIA EM ESPAÇOS ERRANTES: CORPO, DOENÇA E SAÚDE

Maria Paula Prates¹

Os significados de doença e saúde, quando situados desde estudos antropológicos, precisam ser compreendidos à luz de categorias “nativas”, conforme concepções e noções advindas de interlocuções em contexto de pesquisa.² Para a Antropologia, as explicações – mesmo que presumidamente universais – são parciais. Tratam-se de perspectivas, de modo que não se parte de “verdades” do pesquisador para entender as significações de mundo dos Outros. Nesse

¹ Professora de Antropologia na UFCSPA. Doutora em Antropologia pela UFRGS.

² Este capítulo tem como público-alvo leitores e leitoras não iniciados em Antropologia, sendo seu intuito propor discussões introdutórias à temática. Como antropóloga e professora em uma universidade federal da área de Ciências da Saúde, leciono para alunos que muitas vezes não têm familiaridade com a linguagem e com as discussões em Ciências Humanas. Apesar de ser um desafio pensar sob a perspectiva da Antropologia nessa situação, certos regimes de verdade, muito arraigados no meio acadêmico biomédico, mostram-se como uma possibilidade de transversalizar produções de conhecimento.

sentido, etnografias³ são realizadas não para atestar ou refutar hipóteses previamente elencadas em projetos de pesquisa, mas para aproximar o antropólogo de outros modos de existência. E esses modos de existência dos Outros dos antropólogos geralmente demandam rever “problemas de pesquisa” a fim de conferir sentido ao que se busca compreender. Significa dizer que explicações baseadas em termos biológicos na fisiologia e no funcionamento do corpo humano, por exemplo, comumente tomadas como universais, estão amparadas em uma das tantas maneiras possíveis de existir e de significar a existência. O corpo, uma materialidade física plena de órgãos e funções, constitui-se enquanto tal desde uma perspectiva ocidental moderna,⁴ na qual o plano da natureza constitui-se como fundo universal de explicação para o mesmo.

Levando em conta essas advertências, vejamos se no decorrer deste capítulo consigo lhes mostrar que não estou a falar de uma relatividade dos conceitos de corpo, doença e saúde de maneira a acomodar diferenças culturais. O ponto nevrálgico é justamente desestabilizá-los tensionando as “nossas” pretensas verdades. Para tanto, e considerando que saúde e doença são categorias que nos remetem ao corpo (ao menos para nós, os ditos ocidentais modernos), começo por ele.

ETNOCENTRISMOS PERPENDICULARES

Uma cosmologia de dois planos, como lembra Descola (2005), orienta o pensamento moderno há ao menos dois séculos.

³ Método de pesquisa característico da disciplina antropológica.

⁴ Faço uso de *ocidental moderno* em referência a uma cosmologia que tem como pilar uma forma de pensamento europeu surgido na Idade Média Alta e que ganhou contornos mais evidentes durante *le siècle des Lumières*. Entretanto, considerando a ambição inerente ao termo de agregar uma multiplicidade de tendências culturais, é sempre pertinente justificá-lo.

Seus primeiros traços nos remetem ao final da Idade Média, quando críticas ao teocentrismo tomaram força, acentuando-se no final do século XIX com a consolidação das ciências modernas. Quanto a isso, vemos na antropologia a primeira escola clássica da disciplina, o Evolucionismo, que estudava grupos humanos a partir de classificações como “bárbaros”, “selvagens” e “civilizados”. Por suposto que os antropólogos evolucionistas se situassem “modestamente” entre aqueles considerados civilizados. Naquele tempo, o corpo não era o eixo de problematizações, embora algumas décadas mais tarde tal foco tenha ganhado notoriedade em trabalhos como os de Marcel Mauss e na bela etnografia de Maurice Leenhardt, *Do Kamo*. Desse tempo primevo da antropologia, as consequências de um pensamento etnocêntrico e de ideário universal de sociedade ainda permanecem pairando sobre os alicerces daquilo que vez ou outra chamamos de “atrasado”. Exemplo disso é o termo crença, comumente empregado como contraponto ao que seria científico, ou, em outras palavras, “verdade”. O que acontecia nesses primeiros tempos de produção do pensamento antropológico era um olhar estritamente exotizante de maneiras de viver, com o intuito de justificar uma evolução linear de humanidade a culminar na superioridade daqueles que se entendiam como civilizados.

Se a antropologia em muito discutiu e se autocriticou em relação às suas abordagens de pesquisa, tanto no que concerne ao seu método quanto aos seus fundamentos teóricos, outras ciências foram reiterando essa cosmologia de dois planos, deliberadamente forjada em *natureza* e *cultura*. Permanecendo a primeira como explicação para o que balizaria um universal humano, a segunda seria evocada sempre que o particular viesse à luz. Logo, podemos tomar esse modelo como o regente de concepções biomédicas de saúde, nas quais o corpo humano seria um traço comum entre aqueles pertencentes à comunidade humana. Se *natureza* deveio uma verdade que unificou

e equalizou os corpos humanos, independentemente de suas origens, a *cultura* os particularizou, conferindo conotações idiossincráticas a cada um deles. Não devemos nos esquecer que se trata de uma das tantas maneiras possíveis de explicar o mundo, e que esta vigora quando tomamos “o corpo” como ente biológico universal.

Junto a esse quadro bipartido em *natureza* e *cultura* temos um outro desdobramento: o da separação entre *corpo* e *alma*. O primeiro é uma obviedade para os crentes em uma concepção naturalista de mundo; já o segundo refere-se a uma certeza (em outros termos, sem dúvidas) para aqueles que creditam ao corpo uma noção muito mais fluída do que a de natureza. O antropólogo Claude Lévi-Strauss, em um texto marcante para as discussões de sua época (e incrivelmente atual) sobre raça e desigualdade, lembra-nos que quando os espanhóis chegaram na região das grandes Antilhas, na América Central, os europeus preocupavam-se em averiguar se os autóctones possuíam ou não alma, enquanto os indígenas não tinham dúvidas de que algo animava os corpos dos recém-chegados. A incerteza detinha-se em saber se aquilo que os europeus aparentavam ser realmente o eram: seriam eles “gente”? Para averiguar, os indígenas das Antilhas colocavam corpos dos europeus à prova, submetendo-os a métodos rigorosos de observação a fim de descobrir se putrefariam.⁵ Essa passagem, entendida por Lévi-Strauss como anedótica à medida que revela o quão próximos estamos daqueles que intentamos discriminar, leva-nos ao entendimento de que o pensamento etnocêntrico não consiste em um privilégio ocidental. Para muitos coletivos humanos, entre os quais os ameríndios, as fronteiras do que

⁵ “Dans les Grandes Antilles, quelques années après la découverte de l’Amérique, pendant que les Espagnols envoyaient des commissions d’enquête pour rechercher si les indigènes possédaient ou non une âme, ces derniers s’employaient à immerger des blancs prisonniers afin de vérifier par une surveillance prolongée si leur cadavre était, ou non, sujet à la putréfaction”. (LEVI-STRAUSS, 1973, p. 21).

se concebe como “verdadeiramente humano” são facilmente encontradas. Muitos etnônimos têm como significado “gente de verdade”, como se pode observar entre os Nhandeva,⁶ “nós, os homens”, ou os *Jeguakava Tenondé*, os primeiros adornados entre os Mbyá. No entanto, esse etnocentrismo, por assim dizer, funciona como um produtor de alteridade, um potencializador de distinção diante de Outros, sem a ambição de fazer cessar a diferença. Ao contrário, o modo de relação de coletivos ameríndios tende a produzir alteridades como reverberador de socialidades.⁷ Não é o mesmo que parece acontecer com o etnocentrismo “ocidental”, adjetivo de que me valho pela falta de outro melhor.

Se na metade do século XX o debate girava em torno do conceito de “raça”, tão arbitrariamente advogado em favor de supremacias brancas, hoje não necessariamente se foge dele, mas se ensija mais um desacortinar do que um devir velado. O imperativo da universalidade de direitos, importante marca consequente da Declaração Universal dos Direitos Humanos, é sobretudo uma aporia ocidental.⁸ Quais os parâmetros que o balizariam? Quem dá as cartas quando se conceitua o que é vida, por exemplo? Valores tão caros às sociedades ocidentais, como é o direito à educação, são impositivos à medida que atendam a propósitos alheios a muitos coletivos humanos. Enfim, são questões que passam batidas em ambientes cristalizados em moralidades civilizatórias mas que tratam de uma problematização relevante, tendo certa validade quando se colocam em pauta assimetrias de poder e interesses econômicos vorazes.

⁶ Para saber mais sobre as diferentes etnias indígenas que vivem em território nacional indico a página na Internet do Instituto Socioambiental: www.socioambiental.org/pt-br.

⁷ Para uma discussão do conceito de sociedade na disciplina antropológica, sugiro Strathern (2006) e Viveiros de Castro (2002).

⁸ Sobre esse tema, que gira em torno do eixo relativismo cultural e universalismo de direitos, indico o texto da antropóloga Rita Laura Segato (2006).

Obviamente, não podemos nos esquecer do contexto pós Segunda Guerra Mundial que a legitimou.

DAS COISAS INTRINCADAS

Quando pensamos em corpo o que nos vem à mente?⁹ O que é um corpo? E se o que chamamos corpo não tivesse nome em outra cultura? Para os Mbyá, pessoas falantes do dialeto guarani-mbyá e com quem tive a oportunidade de viver por algum tempo,¹⁰ doenças não são fruto de uma desordem fisiológica. Sendo o mundo habitado por muitos seres, que não somente aqueles que podemos ver, a vulnerabilidade aos ataques proferidos por agências extra-humanas é uma constante.

Certa vez, durante uma de minhas estadias entre os Mbyá, acompanhei a enfermidade de um menino. Ele sentia fortes dores abdominais, não conseguindo manter-se em pé. Atendido pela equipe de saúde volante da então Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), foi diagnosticado com uma virose, um tipo de doença viral que passaria em alguns dias. A recomendação foi para que tomasse bastante água e fizesse repouso. Concomitante à orientação dada pelos profissionais de saúde juruá (brancos, não-indígenas), e que de certa forma foi seguida, o menino foi atendido por um experiente xamã. O diagnóstico, por sua vez, não contestou a sabedoria biomédica mas entendeu que o desencadear do mal-estar era oriundo de um ataque

⁹ Costumamos propor essa questão de modo retórico como apelo para referenciar a mente/cabeça enquanto um lugar de pensamento. Percebem o quanto a língua e a forma de se expressar evidenciam um modo de existência? “Pensariam” todos? E se todos pensassem, pensariam com a cabeça, com a mente?

¹⁰ Durante períodos intermitentes de trabalho de campo etnográfico, sobretudo entre os anos de 2003 e 2010, vivi entre coletivos guarani-mbyá. Foram essas estadias em seus espaços existenciais (*teko’á*), assim como uma relação de longo termo com os Mbyá que embasaram meus trabalhos acadêmicos de dissertação de mestrado e tese de doutorado em Antropologia Social.

proferido por peixes. Muitas pequenas pedras foram extraídas de seu ventre e em poucas horas o menino voltou a se sentir bem. Para o xamã, o menino, que pescava constantemente, havia insultado o *djá* dos peixes, uma espécie de dono desses animais. Não se pode pescar desmedidamente sob o risco de sofrer esse tipo de contra-ataque. Uma vez abatido, neutralizado em seu hábito cotidiano de pescar, o menino foi distanciando por aquele que tem como função proteger os peixes, o *pira djá*. O evento chamou a atenção dos espíritos da floresta, que interagem de igual para igual com os humanos mbyá. Os corpos destes são alvo de doenças provocadas externamente por seres visíveis e invisíveis. Doenças, por consequência, desestabilizam a vitalidade da pessoa, enfraquecendo-a e deixando-a à mercê de uma captura de sua *nhë'e*¹¹ e que pode levar à morte.

Descola (2005) e Taylor (2000), em seus textos sobre os Achuar da Amazônia equatoriana, observam que morte “natural” é algo estrangeiro ao pensamento desses indígenas. Eis algo que pode ser estendido a muitos grupos ameríndios: a ideia de uma doença fisiologicamente explicável que comprometa o funcionamento de órgãos internos só é possível quando está em vigor uma noção de corpo biológico, desconectado de outros elementos e seres agentes e reagentes à vida humana. Nesse sentido, não há morte natural porque toda morte é uma traição, uma captura, uma armadilha de outro ser com capacidade de interação com a pessoa. A alma escapa por uma cilada impetrada por outrem. Quando pensamos em sociedade – termo que demanda atenção, mas que é facilmente entendido – a que nos remetemos? Ao pensarmos no social ou na vida em sociedade imaginamos pessoas ou gente nos moldes humanos? E se social

¹¹ Alma seria um termo de fácil compreensão, e que, vez por outra, emprego. Entretanto, por apresentar-se bastante carregado de um sentido prévio, difícil de ser dissociado da cosmologia judaico-cristã, farei usos pontuais de algumas palavras mbyá, tal como *nhë'e*, a força vital que anima uma pessoa.

fosse muito mais do que relações entre pessoas ditas humanas? E se relações com animais e plantas fossem também sociais? Se todo o universo se relacionasse de modo contínuo, em diferentes frequências, porém em relação intensa? É sob esses espectros que o pensamento ameríndio deve ser vislumbrado. Em contrapartida, o pensamento ocidental moderno vale ser visto como partido e compartimentalizado em categorias que, ao longo dos últimos séculos – aqueles que no início do texto remarquei como purificadores de natureza e cultura –, objetificou a externalidade do mundo vivido.

Assim, temos o que hoje classificamos como saúde, doença, educação, natureza, animais, que em outras cosmologias não recebem nomenclatura em específico. Isso não necessariamente quer dizer que tais cosmologias tenham uma conexão mais contínua e rica com o mundo que as cerca, mas que talvez “nós” estejamos a forçar separações de coisas que são inexoravelmente intrincadas. Mais uma vez, quem sabe estejamos muito mais próximos daqueles que tentamos distanciar do que nossa carapuça civilizatória almeja.

CAPITALIZANDO VITALIDADES

A biomedicina caracteriza-se, em linhas gerais, por buscar evidências físicas, cada vez mais moleculares e pormenorizadas, que expliquem manifestas desordens biológicas, entendidas como doenças. Relembramos que as noções de saúde e doença, segundo explicações biomédicas, estão enraizadas em concepções biológicas de corpo. Há muito tais explicações ultrapassaram as fronteiras do ambiente científico e foram popularizadas, mesmo que com diferentes apropriações e ressignificações. Termos como “puberdade” e “menopausa”, por exemplo, são de fácil entendimento, apesar de advirem de uma esfera especializada de produção do saber. O que acompanhamos nas últimas décadas é uma crescente medicalização da vida

social, na qual termos biomédicos são incorporados à linguagem hodierna ao mesmo tempo que passam a figurar como orientação de um padrão de comportamento a ser seguido. Ser saudável é, para muitos, seguir recomendações médicas. Jornais com cadernos especializados em saúde e programas de televisão com atenção voltada para hábitos alimentares e exercícios físicos fazem parte da vida atual. Somos doentes em potencial, como postula Rose (2013), uma vez que a lógica da prevenção trabalha com o ideário de uma doença em devir. É preciso lembrarmo-nos, em nossos *check-ups* que estamos sujeitos a adoecer, e isso recai em um imenso assujeitamento à lógica de controle, não somente de corpos, como também de pessoas.¹²

As doenças não visualizadas em aparelhos tecnologicamente sofisticados, não objetificadas em traços bioquímicos, como as ditas doenças mentais, ou seja, as doenças psicossomáticas, configuram o ponto que gostaríamos de abordar: a aura misteriosa dada a tudo aquilo não materializável na carne. A psiquiatria, especialidade que dedica atenção aos transtornos mentais, encontra até hoje certa resistência no âmbito da medicina, podendo ser considerada por alguns como uma área médica de menor relevância. Historicamente, pode-se observar que sua legitimação se deu a partir do uso de fármacos, tendo em vista que se passou a associar disfuncionamentos biológicos a comportamentos inadequados para vida em sociedade. Aí encontrou um lugar de saber materializado no corpo, com sintomas e causas definidos. Deveio uma especialidade legitimada por “estudos cientificamente comprovados”, fazendo coro à medicalização e ao gerenciamento de todos que fugiam à norma.

¹² Essa discussão é deveras interessante e bastante desenvolvida na área das ciências humanas. Não temos como desenvolvê-la neste capítulo, tampouco é esse o propósito, mas indicamos autores como Michel Foucault, Didier Fassin, Nikolas Rose, entre outros. As mulheres, em especial, sofrem um controle significativo sobre seus corpos por conta de seu “papel reprodutor”. Notem-se os exames ginecológicos de rotina e o papel “cuidador” a elas designado.

A síndrome do pânico, um estado de ansiedade extremo, tem recebido atenção de psicólogos e psiquiatras, sobretudo na última década. Junto da depressão, outra doença do *self*, tal síndrome é cada vez mais comum em grandes centros urbanos. Uma psicóloga contou-me que em emergências hospitalares as equipes médicas nominam os eventos de pânico como “hagazão”. Geralmente acolhidos com suspeita de ataque cardíaco, tais pacientes, em sua maioria mulheres, deixam todos decepcionados com seus falsos alardes. Se não há algo físico, possível de ser diagnosticado clinicamente através de exames específicos, logo a equipe médica parece desconsiderar a importância do sofrimento do paciente. Afinal, se o corpo transpira, se o coração acelera, se a visão embaça, para citar alguns sintomas, mas nenhum disfuncionamento orgânico é detectado como causa, não deve ser lá motivo para recorrer à emergência hospitalar... Algo “mental” ou “psicológico” remete a um obscuro mundo do mistério, aquele no qual provas científicas são escorregadias. Mas a pessoa não o sente? Não está realmente a passar mal? Isso sem contar que “hagazão” deriva literalmente da letra H, a qual faz referência à histeria. Em outras palavras, seria uma crise, digna de um adjetivo superlativo, de histeria.

Lembremo-nos dos estudos de histeria no século XIX, em um tempo em que a “instabilidade emocional” das mulheres justificava inúmeros abusos e intervenções em seus corpos. Tudo em prol da evolução da ciência, o deus moderno. Essa instabilidade feminina se contrapunha à racionalidade de homens. Eles, a razão; elas, a emoção: tem-se, então, a separação presente nos estereótipos de gênero.

Se entre os ditos ocidentais modernos a psiquê ganhou especialistas em consonância com uma gama de outras especialidades (ginecologistas, oftalmologistas, nutricionistas, etc.), o que pode ser explicado tanto pela cosmologia de dois planos, que inicialmente nos

referimos por seu desdobramento, de forte influência judaico-cristã, em corpo e alma. A pessoa moderna, sob o ângulo biomédico, é multipartida, tal qual a taxonomia que nos permite colocar cada partezinha da natureza objetiva sob uma denominação. A integralidade e as conexões entre aquilo que anima e aquilo que se materializa em um corpo é eclipsada pela ânsia de objetificação. A noção de pessoa individual é tributária de uma cosmologia euroreferenciada, pessoa que é indivisível (*in-divisa*), que não se divide. Una. Inteira. Essa concepção contrasta com outras noções de pessoa, como a ameríndia.

FAZENDO PESSOAS

Entre os Mbyá, a noção de corpo leve, de leveza (*-etevevuipa*, corpo leve; *tete*/corpo + *vevúi*/leve, ligeiro + *pa*/ indicador de totalidade, completamente) está associada na literatura etnológica à busca por *kandire* e *aguyje* (algo como “condição de perfeição”¹³), que seriam alcançados a partir de prescrições e interdições alimentares e de controle de certos estados afetivos. Ciúme (*takâtey*) e raiva (*pochy*) são sentimentos veementemente repelidos entre os Mbyá e estão relacionados à noção de corpo pesado, quente (*akú*).

Sobre os Yanomami, Albert (1985) observa que a noção de face¹⁴ (*bei bibi*) seria a expressão do rosto tal como ele é, demonstrado pelo olhar. É o pensamento consciente subjetivo, o princípio das emoções. Todas as atividades físicas e de estado de consciência são construídas pela raiz *bibi*, que significa pensar, perder a consciência, hesitar, lembrar-se, ser agressivo ou furioso, ser preocupado ou ansioso.

¹³ Consta no dicionário Dooley (1982) que o significado seria “sendo transformado, sublimado”, além de também empregado como “madurecer”.

¹⁴ Do original em francês *visage* (tradução nossa).

Já entre os Candoshi, notamos também a relação entre corpo e estados afetivos. Surrallés (2003) afirma que é o sangue que faz circular *ksani*, calor pelo corpo. É dele que deriva a vitalidade, a presença de *vani*. A raiva, assim como para os Mbyá, é entendida como esquentamento da pessoa e está associada à vingança e ao homicídio, sendo constantemente evitada.

Taylor afirma que aprender a odiar, absorvendo as hostilidades do ambiente social, é tão importante quanto aprender a amar entre os Jivaro. Já entre os Mbyá, vemos um investimento para que o primeiro estado afetivo esteja sempre sob controle. Ou melhor, para que esse estado afetivo não se constitua como parte da pessoa, já que ele sempre lhe é exterior.

O *-Exa'ã* (pensar) e o *akã* (cabeça-pensamento) entre os Mbyá não são vistos como algo a se estimular. Ser sábio não está no pensar segundo uma lógica racional, conforme a metafísica ocidental: parece-nos restrito aos sábios xamãs, que conhecem e têm capacidade de atenuar os efeitos de interação com seres invisíveis. O pensamento se distrai, pode ser “adoecido”, “virado”. E daí sua combinação com o termo *arandu* (conhecimento).

Overing (1992) observou que: “A arte do viver *piaroa* está na dosagem certa do conhecimento produtivo, pois se sabe que excesso de conhecimento pode envenenar a vida dos sentidos”; na mesma direção seguiram os trabalhos de Kensinger (1995), McCallum (2001) e Lagrou (1998). Esta última, que realizou sua etnografia entre os Kaxinawa, diz que seus anfitriões falam de “corpos pensantes” quando se referem à pessoa viva. Entre eles, o pensamento encontra-se incorporado em um corpo pensante, pois, somente quando o corpo está em repouso ou enfraquecido, surgem almas independentes deste. O conhecimento mora no corpo e se concretiza por meio dele.

Os “conselhos” ou o fato de pedir para ser aconselhado indica um modo de exercitar o fortalecimento da relação com as alteridades

divinas, imanentes à pessoa por sua *ñe'ẽ* entre os Mbyá. A palavra, aquilo que pronunciado como conselho, adentra no corpo, ocupa e transforma a realidade de dado estado afetivo, trazendo de volta a pessoa após esta ter sido capturada pela subjetividade de um Outro. A audição é a via de entrada de potências que tendem a alterar estados pessoais. A palavra em forma de “conselho” é a alteridade divina veiculada através da fala e que entra no corpo pela audição. Trata-se da contra-ação aos *dja*, que seriam os enfraquecedores por excelência de *akã* (cabeça-pensamento).

Assim como observado com as restrições e prescrições alimentares e sexuais, o corpo ameríndio também é conformado por adornos, por substâncias e qualidades afeitas a outros seres que, ao serem trazidas para si, ajudam a compor sua forma; adorno não somente como termo para enfeite ou decoração, mas no sentido da palavra mbyá *porã*, que, como adjetivo, significa tanto belo ou bonito, quanto bom ou saudável. Vale ressaltar que os adornos corporais são vistos a partir de uma lógica estética em que não há separação entre bom e bonito. Ao longo do ciclo de vida mbyá, vários ornamentos são utilizados, colares, pulseiras e tornozeleiras, enfatizando determinadas qualidades entendidas como importantes para a fabricação desse corpo, e também para constituí-lo e diferenciá-lo de outros corpos.¹⁵

Os Mbyá colocam em suas crianças um colar feito com minúsculos caramujos com o objetivo fazer com que os pequenos consigam controlar sua vontade de urinar. Em um cordão de algodão, vários caramujos são colocados de maneira que circundem o pescoço da criança, já que esses moluscos “são bichos que não fazem xixi”. Visto como uma qualidade a ser incorporada, as crianças absorvem em seus corpos as substâncias dos caramujinhos. Também são utilizados cordões em volta dos joelhos de meninos e meninas no intuito

¹⁵ Para quem se interessar pelo tema, ver Prates (2013).

de fortalecer o caminhar. A confecção deles é feita a partir de ossos das pernas de saracura (*araku*) e jacutinga (*jacu*). Cordões também são colocados em volta da cintura das crianças, pois segundo os mbyá, ajudam-nas a crescer “retas e firmes”, tal como esperado para um ideal de humanidade. Os corpos são feitos: não se nasce “pronto”; o “corpo biológico” não se faz por células, faz-se pelas vitalidades de vários seres.

Noções de pessoa e de corpo singulares, se colocadas lado a lado às cosmologias científicas e ameríndias, percorrem caminhos paralelos quando estão em jogo explicações sobre vida, morte, saúde, doença. Mas qual seria a diferença radical entre elas se vistas à luz de uma radiografia rápida sobre o que abordamos neste capítulo?

PRETENZA NEUTRALIDADE, PERVERSA ASSIMETRIA

Em um texto intitulado *Le corps utopique* (“O corpo utópico”), Foucault aponta que entre os gregos de Homero não havia uma palavra que designasse corpo, o corpo enquanto unidade. Esses nossos ancestrais longínquos, nos primórdios da civilização ocidental, pensavam como muitas cosmologias ameríndias, que atribuem nome ao corpo somente quando cadáver. Tributários que somos de uma ideia de separação entre corpo e alma e de uma reiterada afeição à materialidade, o corpo ganhou o centro de experimentações científicas a partir da transição da Idade Média para a Idade Moderna. Junto dessa concepção de corpo físico, biológico, configurou-se uma noção de vida a partir da explicação científica: seres vivos são aqueles que nascem, vivem e se reproduzem, diferenciando-se de seres inanimados por contarem com características corporais que conformam a si mesmos com suas próprias substâncias.¹⁶

¹⁶ Uma explicação sucinta e quiçá descuidada, mas que por ora nos serve.

Os Guayaki, tão bem descritos em uma das mais belas etnografias ameríndias, de autoria de Pierre Clastres (1995), nominam o nascer como *waa*, que significa literalmente “cair”. Depois de banhado com água fria, o recém-nascido é tomado nos braços para ser aquecido e receber o conforto da *upiaregi*. No pensamento guayaki, observa o antropólogo, essa ação completa e fecha “o processo do nascimento que se inaugura por uma queda. Pode-se mesmo dizer, nascer no sentido de cair é nem-ser (ainda), e o ato de suspendê-la assegura à criança o acesso, a ascensão à existência humana” (CLASTRES, 1995, p. 14). Entre os Mbyá, por sua vez, a pessoa que acompanha a parturiente acolhe a criança em seus braços e a banha, assim como entre os Guayaki, com água fria. Tanto homens quanto mulheres podem acompanhar e ajudar no parto, sendo chamados de *mitã mbojava*, literalmente “criança banho”. A criança mbyá nasce após banhada, para somente assim tornar-se uma pessoa; uma pessoa que terá seu corpo feito ao longo do ciclo de vida, com intervenções, com alimentos, com objetos.

O que esses dois exemplos etnográficos ensinam é que o nascer – enquanto marcador de transição, enquanto rito de passagem – tem diferentes significados entre as culturas. Ao ser parido, um ser não necessariamente é visto como humano. Não se trata de uma ação puramente fisiológica, mas de um evento de forte impacto e de significado variável. Entre nós, é naturalizado o nascimento hospitalar: a engenharia biomédica é angariada para o recebimento de um recém-nascido, em nome de uma sociedade disciplinadora de corpos e sob a ode da segurança. Acostumamo-nos a registrar em câmeras fotográficas esses eventos enquanto vestidos com aventais azuis e máscaras cirúrgicas. Mudam os espaços, as vestimentas, mas a ritualização do nascimento pode ser equiparada a dos ameríndios. Se os significados não são os mesmos, não são nossos aparatos tecnológicos que obliteram os nossos rituais: é apenas a nossa camuflagem racional

científica, a mesma que outorga aos Outros o adjetivo de atrasados ou, na generosidade daqueles que detém o regime de enunciação, de “frutos de uma cultura”. Também temos, o que deveio jargão, a “cultura”; nossa ciência é também fruto de uma cultura.

Se até recentemente apenas homens brancos, vindos de uma elite socioeconômica, faziam ciência, hoje essa composição se alterou (SCHIENBINGER, 2001). Espera-se que se multipliquem as agendas de interesse científico, as linhas de pesquisa e as noções de mundo a ponto de tensionar convergências de poder. A pretensa neutralidade da ciência é o que açoita a emergência de saberes e resistências a ela. Se o poder é, antes de tudo, relacional, como nos ensina Foucault (2001), que as resistências se tornem mais equânimes e perigosas para os sistemas e ideais que pretendem prescrever a verdade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escrita deste breve texto buscou aproximar e produzir questionamentos sobre as noções de corpo, saúde e doença a partir de alguns pontos de partida. São eles o pensamento ameríndio, o qual me interessa enquanto etnóloga, e a perspectiva biomédica, a(s) ciência(s) e a racionalidade científica, temas que tenho pesquisado nos últimos anos. Em relação ao primeiro, o intuito foi o de trazê-lo como contraponto ao segundo. Espero que a consequência tenha sido a de intensificar uma desacomodação em espíritos universalizadores. Sem grandes aprofundamentos, por ora, procuro seguir à risca o sopro antropológico das relativizações reversas.

REFERÊNCIAS

ALBERT, Bruce. *Temps du sang, temps des cendres*: représentation de la maladie, système rituel et space politique chez les Yanomami du Sud-Est (Amazonie brésilienne). 833 f. Thèse Doctorat – Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative, Université de Paris – X, Nanterre, 1985.

CLASTRES, Pierre. *Crônica dos índios guayaki*: o que sabem os Aché, caçadores nômades do Paraguai. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

DESCOLA, Philippe. *Par-delà nature et culture*. Paris: Gallimard, 2005.

DOOLEY, Robert. *Vocabulário do Guarani*. Brasília: Summer Institut of Linguistics, 1982.

FOUCAULT, Michel. Aula de 14 de janeiro de 1976. In: _____. *Em defesa da sociedade*. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 27-48.

_____. Le corps utopiques: conférence radiophonique, 07 décembre. In: _____. *Les corps utopique – les hétérotopies*. Paris: Éditions Lignes, 1966.

_____. Les mailles du pouvoir. In: _____. *Dits et écrits II: 1976-1988*. Paris: Gallimard, 2001.

KESINGER, Kenneth. *How Real People Ought to Live*: the Cashinahua of Eastern Peru. Prospect Heights: Waveland Press, 1995.

LAGROU, Elsje Maria. *Caminhos, duplos e corpos: uma abordagem perspectivista da identidade e alteridade entre os Kaxinawa*. 1998, 303 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social), Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

_____. *A fluidez da forma: arte, alteridade e agência em uma sociedade amazônica (Kaxinawá, Acre)*. Rio de Janeiro: TopBooks, 2007.

LEENHARDT, Maurice. *Do Kamo: la personne et le mythe dans le monde mélanésien*. Paris: Gallimard, 1947.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *Race et Histoire*. Paris: Unesco, 1952.

MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

McCALLUM, Cecilia. *Gender and Sociability in Amazonia: How Real People Are Made*. Oxford: Berg, 2001.

OVERING, Joanna. Review Article: Amazonian Anthropology. *Journal of Latin American Studies*, v. 13, n. 1. Cambridge, 1981.

PRATES, Maria Paula. *Da instabilidade e dos afetos: pacificando relações, amansando Outros*. Cosmopolítica guarani-mbyá (Lago Guaíba/RS-Brasil). 2013. 317 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

ROSE, Nikolas. *A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. Paulus: São Paulo, 2013.

SCHIENBINGER, Linda. *O feminismo mudou a ciência?* Bauru: EDUSC, 2001.

SEGATO, Rita Laura. Antropologia e direitos humanos: alteridade e ética no movimento de expansão dos direitos universais. *Mana*, v. 12, n. 1., p. 207-236, 2006.

STRATHERN, Marilyn. *O gênero da dádiva: problemas com as mulheres e problemas com a sociedade na Melanésia*. Campinas: Editora da Unicamp, 2006.

SURRALLÉS, Alexandre. Peut-on étudier l'émotion des autres? In: JOURNET, N. (coord.). *La culture: de l'universel au particulier*. Auxerre: Editions Sciences humaines, 2002. p. 38-41.

_____. *Au cœur du sens: perception, affectivité, action chez les Candoshi*. Paris: Maison des Sciences de l'Homme, 2003.

_____. Des états d'âme aux états de fait: la perception entre le corps et les affects. (p. 59-75). In: HERITIER, F. XANTHAKOU, M. (coord.). *Corps et affects*. Paris: Odile Jacob, 2004.

TAYLOR, Anne-Christine. Le sexe de la proie: représentations jivaro du lien de parenté. *L'Homme*, v. 154-155, p. 309-334, 2000.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. *A inconstância da alma selvagem*. Cosac Naify: São Paulo, 2002.

2. SAÚDE PÚBLICA E SISTEMA PRISIONAL: UM OLHAR DIFERENCIADO NO ÂMBITO DO SUS GAÚCHO¹

Bárbara Sordi Stock²

Renata Maria Dotta³

¹ A presente reflexão faz parte dos resultados do projeto “Apoio Matricial em Saúde Mental a Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional” (2013-2015/FAPERGS – Processo 113125510130) executado pela Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Departamento de Ações em Saúde, Política Estadual de Atenção Básica à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (SES/RS). Agradecemos à FAPERGS pelo financiamento da investigação. Agradecemos à SUSEPE e à FMP/RS pela colaboração. Agradecemos a todas as pessoas que trabalharam no projeto, em especial a: Águida L. Veriato Schultz, Aline Fuzinato, Brandon Vargas N. Cordeiro, Felipe Ornell, Flavia Madche, Giovanni Francioni Kuhn, Gisáh Michels Chein, Juliane Paim, Michele Marques e Paola Pase, pelas incansáveis e valiosas discussões sobre o texto.

² Jurista-criminóloga. Doutora em Direito (Universidade de Sevilha). Mestre em Ciências Criminais (PUC-RS). Pesquisadora do projeto “Apoio Matricial em Saúde Mental a Equipes de Atenção Básica Inseridas no Sistema Prisional” (2013-2015/FAPERGS). Vicedecana da Faculdade de Ciências Jurídicas, Económicas y Administrativas da Universidad Católica de Temuco, Chile.

³ Psicóloga. Doutora em Ciências da Saúde (UFCSPA). Mestre em Psicologia Social e da Personalidade (PUC-RS). Coordenadora do projeto “Apoio Matricial em Saúde Mental a Equipes de Atenção Básica Inseridas no Sistema Prisional” (2013-2015/FAPERGS). Professora da Fundação Escola Superior do Ministério Público do RS.

A população em situação de privação de liberdade caracteriza-se como jovem, de baixo nível socioeconômico e vulnerável a uma série de eventos adversos à saúde. Os fatores associados ao risco da prática de delitos e as consequências da privação da liberdade são temas de preocupação recorrente no âmbito das Ciências da Saúde e das Ciências Criminais (CEREZO DOMÍNGUES; GARCÍA ESPAÑA, 2007; DOTTA-PANCHI, 2014A; MAPELLI CAFFARENA, 2013; MAPELLI CAFFARENA et al., 2012; SORDI STOCK, 2014). As doenças infectocontagiosas, como HIV/AIDS, tuberculose, doenças respiratórias, são altamente prevalentes e incidentes em ambientes de confinamento (BRASIL, 2013; FERREIRA JÚNIOR; OLIVEIRA; MARINLÉON, 2013; ESPAÑA, 2012; UNAIDS-OMS, 2007). Ao lado dessas antigas conhecidas, a saúde mental de imputáveis abre espaço para a criação de programas dirigidos a enfrentar as vulnerabilidades dos sujeitos (ESPAÑA, 2010; SURT, 2007). O tratamento da saúde física e mental no cárcere é um problema global e multifacetário, que atinge até mesmo os países com maiores índices de desenvolvimento (CRUELLES; IGAREDA, 2005). As Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos da Organização das Nações Unidas (ONU) (CONSELHO ECONÔMICO E SOCIAL DAS NAÇÕES UNIDAS, 1955), a Declaração de Moscou (WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE, 2003) e as Regras de Bangkok (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2010) são evidentes exemplos de que a saúde prisional está na pauta das agendas internacionais da saúde pública.

No Brasil, a saúde das pessoas privadas de liberdade não constou, historicamente, entre as prioridades do poder público. Mesmo com a publicação, em 2003, do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) (BRASIL, 2003), que regulamentou a organização e o acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade no Sistema Único de Saúde (SUS), a falta de cuidados e de programas de saúde validou o discurso populista do cárcere como produtor le-

gítimo de sofrimento. Prova irrefutável dessa afirmação é que nem as disposições da Lei de Execução Penal (LEP), de 1984 (BRASIL, 1984), que asseguram atendimento médico, farmacêutico e odontológico às pessoas presas, lograram ser cumpridas.

Passados 30 anos da promulgação da LEP e mais de 10 anos da publicação do PNSSP, um novo horizonte surge nesse nebuloso cenário. O arranque vem do Rio Grande do Sul, região que dá corpo a um conjunto de ações em saúde no âmbito da atenção básica vinculada ao SUS, com o propósito último de efetivar o direito humano e fundamental à saúde da população privada de liberdade. Essa pioneira forma de trabalho inspirou a regulamentação e a operacionalização da recente Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional (PNAISP) (BRASIL, 2014a) no âmbito do SUS, em 2014, bem como o estabelecimento de critérios mínimos para o funcionamento dos serviços de saúde no sistema prisional e das normas para sua operacionalização e financiamento (BRASIL, 2014b).

O resultado é um novo olhar sobre a saúde das pessoas em situação de prisão. Levando em conta essa nova realidade, o presente capítulo propõe uma análise sobre a integração do SUS na prestação de ações e de serviços de atenção básica em âmbito prisional, com especial destaque para as inovações no Rio Grande do Sul. Parte-se de uma abordagem internacional sobre a regulação do direito humano à saúde para, em um segundo momento, discorrer sobre luzes e sombras do direito fundamental à saúde no Brasil. Ambas as apreciações permitem entender a postura pioneira do Rio Grande do Sul na esfera da saúde pública em âmbito prisional. Considera-se como hipótese que o desencontro do conteúdo do direito humano e fundamental à saúde em relação ao disposto na LEP favoreceu uma visão reducionista sobre o cuidado da saúde em prisões. Longe de legitimar o uso do cárcere, pretende-se fomentar a discussão científica responsável e respeitosa sobre os direitos daqueles que se encontram

em situação de prisão. Não se obviam, pois, os efeitos dissocializadores e destrutivos das penas privativas de liberdade.

SAÚDE E PRISÃO: UM OLHAR INTERNACIONAL

No âmbito das Ciências da Saúde, não é incomum utilizar a expressão direitos humanos para designar o que se reconhece em Direito como direitos humanos e direitos fundamentais. A origem de ambos remonta à Revolução Francesa (1789) e ao intrigante lema de liberdade, igualdade e fraternidade. Com a evolução do constitucionalismo moderno, particularmente após a Segunda Guerra Mundial, sobreveio uma autêntica mutação histórica desses direitos (PÉREZ LUÑO, 2010).

Não há dúvidas de que os direitos fundamentais também são direitos humanos, no sentido de que seu titular será sempre um ser humano, ainda que representado por entes coletivos (povos, nações, estados, etc.). Não se trata de noções excludentes ou incompatíveis, mas de perspectivas diversas para a esfera jurídica. Entende-se por direitos fundamentais aqueles reconhecidos e positivados na esfera constitucional de determinado Estado. Os direitos humanos guardam relação com os documentos de Direito Internacional, ao se referirem àquelas posições jurídicas que reconhecem o ser humano como tal, independentemente de sua vinculação com certa ordem constitucional. Aspiram à validade universal para todos os povos e lugares, revelando caráter universal e supranacional. Os direitos fundamentais, como o próprio nome sugere, servem de fundamento para o sistema jurídico de um estado de direito e encontram-se positivados na Carta Magna. Estão delimitados espacial e temporalmente e podem ser protegidos por cláusulas que impedem sua supressão ou interpretação restritiva (por exemplo, no Brasil, há “cláusulas pétreas”

previstas no art. 60, § 4º da Constituição Federal de 1998) (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2012).

Em sentido amplo, a evolução dos direitos humanos e fundamentais pode ser compreendida por meio de “dimensões”. Os direitos civis e políticos, reconhecidos na primeira dimensão de direitos, são fruto do estado liberal e buscam concretizar o ideal de liberdade. O indivíduo é seu titular e pode exigi-los do Estado. A subjetividade é um traço característico desses direitos, sendo reconhecidos como direitos dirigidos à abstenção e não a uma conduta positiva por parte do Estado (cunho negativo). São exemplos o direito à liberdade, à vida, à propriedade e os direitos políticos. Fruto do movimento operário e das ideias socialistas, a segunda dimensão de direitos vincula-se ao lema da igualdade. Concretamente, fala-se de direitos sociais, culturais e econômicos. Nessa esfera, o Estado é o responsável pela promoção de políticas que garantam a igualdade entre os diversos grupos sociais. Os direitos de segunda dimensão são, fundamentalmente, direitos a prestações, como prestação à saúde, à assistência social e à educação. A terceira dimensão de direitos está vinculada às ideias de fraternidade e de solidariedade. O direito ao desenvolvimento, à paz, ao meio ambiente saudável e à qualidade de vida constituem exemplos clássicos. Destinam-se à proteção de grupos humanos (povos, nação), isto é, são direitos com titularidade transindividual/metaindividual, o que exige esforços e responsabilidades em escala mundial para sua efetivação (PÉREZ LUÑO, 2010; SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2012).

Essa perspectiva evolutiva, enquanto facilita a compreensão sobre o processo cumulativo dos direitos ao longo da história, não aclara o profundo debate que marcou – e ainda marca – cada direito especificamente considerado. Destacam-se particularmente os direitos sociais e, por decorrência, o direito humano à saúde. Por se tratar de direito prestacional, para cuja concreção o Estado deve promover

políticas, o direito à saúde provoca acaloradas discussões sobre o conteúdo exato a ser garantido pelo poder público (FIGUEIREDO, 2011). Na atualidade, entende-se que o mínimo existencial, interpretado como condições materiais mínimas para uma vida com dignidade, é o que deve ser garantido (GOSEPATH, 2013). Por conseguinte, quanto mais sólida for a vivência democrática de um Estado e quanto mais desenvolvida for sua economia, mais efetivos serão os direitos sociais e, portanto, o direito à saúde (TOLEDO, 2013).

Essa perspectiva um tanto abstrata não constituiu obstáculo para a cautelosa positivação do direito humano à saúde em documentos internacionais. Na Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948), o direito humano à saúde é acolhido como direito universal (de todas as pessoas), integral (de qualidade de vida) e interdependente (realiza-se com outros direitos). Saúde não é apenas ausência de doenças ou cura. Para a ONU, saúde é “qualidade de vida” a ser garantida à pessoa individualmente e ao seu grupo familiar (art. XXV, 1). Dessa forma, está relacionada com outros direitos, como alimentação, vestuário, habitação, etc.

No mesmo ano da promulgação da Declaração Universal, nasceu a Organização Mundial da Saúde (OMS), com o específico propósito de elevar os padrões mundiais de saúde. A OMS foi a primeira organização internacional de saúde a se considerar responsável pela saúde mental, além de pela saúde do corpo. Tal preocupação se encontra estampada no preâmbulo da constituição da OMS, a qual define saúde com “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946). Sem deixar de obviar o matiz utópico das Nações Unidas, uma vez que “completo” bem-estar é inatingível na prática e acaba comprometendo a meta dos serviços de saúde, o alcance que proporciona ao direito humano à saúde serve de referên-

cia para consolidar um entendimento amplo e minimamente uniforme na esfera internacional.

Em 1966, com o advento do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), a universalidade e a integralidade do direito humano à saúde foram reafirmadas ao se estabelecer expressamente que toda pessoa deve desfrutar do mais alto padrão de saúde física e mental (art. 12) (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1966). Como um diferencial, o PIDESC ainda elenca as medidas necessárias para assegurar o pleno exercício do direito à saúde: diminuição da mortalidade infantil; garantia de condições saudáveis no trabalho e meio ambiente; prevenção e tratamento de doenças e epidemias; e garantia de assistência médica em casos de enfermidades (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1966).

O direito humano à saúde é uma dimensão dos direitos humanos imprescindível para assegurar a dignidade humana. Sob esse ponto de vista, as disposições legais sobre o direito humano à saúde necessariamente vinculam-se aos contemporâneos debates sobre direitos humanos e saúde pública (BRASIL, 2006). A luta mundial contra a AIDS e o HIV nas décadas de 1980 e 1990 alavancou essa discussão (QUEIROZ, 2006). Hoje, outros temas tencionam tal interface, especialmente a saúde no sistema prisional.

A atual ênfase na saúde prisional emergiu porque a maioria dos serviços de saúde nas prisões funciona de forma isolada e desarticulada do conjunto de diretrizes e princípios das políticas públicas de saúde fomentadas pelos Estados. Se comparada aos serviços de saúde equivalentes oferecidos na comunidade, a qualidade dos serviços na prisão é marcadamente deficitária (VAN DER BERGH, 2011). Em outras palavras, não se garantem as condições materiais mínimas para o cuidado da vida humana com dignidade.

Esse descompasso se instaura apesar dos notórios esforços dos organismos internacionais para salvaguardar a saúde daquele que se

encontra em situação de prisão. Os preceitos estabelecidos nas Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos da ONU (CONSELHO ECONÔMICO E SOCIAL DAS NAÇÕES UNIDAS, 1955) e no Projeto Saúde no Sistema Prisional da OMS foram pioneiros – porém insuficientes – marcos internacionais. Este último, particularmente, buscou fortalecer e facilitar a relação das principais diretrizes norteadoras no campo da saúde e das políticas públicas à saúde no sistema prisional. A OMS passou a apoiar os Estados-membros no desenvolvimento do sistema de saúde nas prisões e de uma série de questões técnicas relativas a doenças transmissíveis (como tuberculose, HIV/AIDS e hepatites virais) e ao uso de drogas ilícitas, incluindo a terapia de substituição/redução de danos e de saúde mental. A organização reforça ainda a integração do sistema de saúde no enfrentamento e no apoio à operacionalização de programas de saúde nas prisões.

O abismo entre proposições internacionais e práticas executadas pelos Estados favoreceu o surgimento de um corpo formal mais sólido na virada do século. Destacam-se a Declaração de Moscou, que recomenda expressamente a “integração da saúde no sistema prisional como parte da saúde pública” (WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE, 2003, p. 3), e as Regras de Bangkok (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2010), que tratam particularmente da saúde das mulheres infratoras. Tais regras estabelecem que os serviços de atenção à saúde – no mínimo – devem ser equivalentes aos prestados em âmbito comunitário (Regra 10.1) e que a prevenção e o tratamento devem estar orientados às necessidades próprias das mulheres, ou seja, deverão estar contextualizados no marco das especificidades de gênero. Pode-se citar, como exemplo, a Regra 12, que trata da disponibilização de programas amplos e individualizados de saúde mental, sensíveis às questões de gênero e habilitados para o tratamento do trauma.

O marco internacional anteriormente descrito fornece orientação aos governos sobre os compromissos que devem ser assumidos com a saúde no sistema prisional, além de promover saúde pública na comunidade em geral. O propósito é garantir aos reclusos e às reclusas todos os direitos que não lhes foram retirados pela situação de encarceramento. Aqui se combinam duas perspectivas: o direito humano à saúde, como dimensão dos direitos humanos imprescindíveis para garantir a dignidade humana da pessoa encarcerada, e os direitos humanos e os de saúde, no sentido de que a restrição do acesso à saúde pública não viole outros direitos humanos. O ponto de partida é a transitoriedade da situação de encarceramento, o que implica que o recluso ou a reclusa voltará à comunidade de origem. A saúde individual adquire uma perspectiva de saúde coletiva e exige que o trabalho na prisão não considere apenas a cura de doenças.

SAÚDE E PRISÃO NO BRASIL: LUZES E SOMBRAS

No Brasil, desde a década de 1980, está previsto em lei o atendimento à saúde das pessoas reclusas em unidades prisionais. A Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984, conhecida como Lei de Execução Penal (LEP), expressamente assegura atendimento médico, farmacêutico e odontológico às pessoas presas (art. 11, inciso II, e art. 14) (BRASIL, 1984). Com o advento da Constituição Federal (CF) de 1988, máxima expressão do período democrático brasileiro, e com a regulamentação do SUS em lei específica, os preceitos da LEP ganharam reforço normativo.

Na Constituição Federal, o direito à saúde encontra-se em distintos dispositivos legais. Em relação às pessoas privadas de liberdade, a Carta Magna assegura o respeito à sua integridade física e moral (art. 5º, inciso XLIX, da CF). Em sentido amplo, o legislador situou a saúde expressamente dentre os direitos sociais (art. 6º da

CF), atribuindo-lhe, pela primeira vez, *status* de direito fundamental. As normas de direitos sociais encontram-se intimamente vinculadas ao sistema de fins e valores constitucionais a serem respeitados e concretizados por toda a sociedade. Em outras palavras, os direitos sociais e, de forma particular, o direito à saúde evidenciam um forte compromisso com a justiça social, reforçando os objetivos da República Federativa do Brasil de construir uma sociedade mais justa, solidária e igualitária (art. 3º da CF). Os princípios que fundamentam o estado democrático de direito, concretamente a dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III, da CF), também são reforçados.

Igualmente, estabeleceu o legislador constitucional que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Ela deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas destinadas à redução dos riscos de doenças e também pelo acesso universal e igualitário às ações e aos serviços destinados à sua promoção, proteção e recuperação (art. 196 e ss. da CF). O princípio da universalidade, pelo qual todas as pessoas são titulares do direito à saúde, é plasmado na Carta Magna brasileira. Em se tratando de direito subjetivo, cabe ao poder público uma série de tarefas para garantir que brasileiras e brasileiros possam desfrutar desse direito.

Nesse contexto, criou-se o SUS. Regulamentado pelas Leis n.º 8080, de 19 de setembro de 1990, e n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990, prevê em seus princípios a universalidade, a integralidade e a equidade da assistência em saúde. Cabe ao Estado fundamentalmente garantir as mesmas condições de acesso ao sistema público de saúde no Brasil (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2012).

O conteúdo do direito assegurado em lei torna-se questão nuclear não apenas para a Justiça, mas também para o sistema de políticas públicas e para o orçamento público. Segundo a doutrina constitucional e a jurisprudência dominantes, a saúde é um direito

subjetivo definitivo, o que significa que gera uma prestação por parte do Estado, ao menos no plano do mínimo existencial (PÉREZ LUÑO, 2010; SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2012).

Apesar de ser um conceito aberto, o mínimo existencial do direito social à saúde guarda relação com uma vida saudável, com certa qualidade e dignidade (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2012). Não se trata de um direito isolado, mas intimamente vinculado à vida, à dignidade humana e à integridade física (corporal e psíquica) (FIGUEIREDO, 2011). No entanto, o conteúdo do direito à saúde deve ser interpretado segundo as necessidades de cada pessoa, possuindo uma dimensão positiva (o Estado deve assegurar por meio de prestações de natureza material) e uma dimensão negativa (o Estado não pode subtrair do indivíduo) (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2012). Em definitivo, o Estado nem pode ser omissivo em matéria de políticas públicas voltadas para a prestação da saúde, nem pode deixar de cumprir as políticas preestabelecidas (LEIVAS, 2011).

Na esfera das políticas públicas, as Conferências Nacionais de Saúde, cuja principal finalidade foi a avaliação da saúde da população e a proposição de diretrizes para a formulação das políticas públicas, ofereceram, por meio da participação social, uma leitura ampliada do conceito de saúde. Especialmente a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, propôs um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral. Em seu relatório final, a saúde foi definida não apenas como resultado das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes.

A violação do direito fundamental à saúde é facilmente percebida em relação às pessoas privadas de liberdade. O passado recente comprova que os avanços produzidos pela LEP, pela Constituição Federal, por leis infraconstitucionais e pelas Conferências Nacionais

de Saúde nem apresentam coerência formal, nem encontram expressão prática no contexto prisional. A análise conjunta e sistemática da legislação, da teoria dos direitos fundamentais e das políticas públicas demonstra que, no Brasil, se trabalha com concepções distintas – para não dizer opostas – sobre o conteúdo do direito à saúde. A saúde prevista na LEP, quando comparada à estabelecida nas Conferências Nacionais, mostra-se limitada ao modelo assistencial, esvaziando-se de uma visão de saúde pública que objetiva não apenas o tratamento curativo, mas a integralidade do cuidado e das ações em saúde. Paralelamente a essa questão conceitual, na prática, as más condições das prisões brasileiras são produtoras de sofrimento e de enfermidades (AMORIM; DORNELLES; RUDNICKI, 2013; BRASIL, 2008; RUDNICKI, 2012). A falta de produtos higiênicos básicos e de alimentação apropriada, a precariedade das instalações, úmidas e sem ventilação adequada, são apenas alguns dos fatores que comprovam que os estabelecimentos penitenciários são incompatíveis com o respeito à saúde e, por consequência, a outros direitos fundamentais como a vida, a integridade física e o trato digno.

Mesmo que nenhum direito fundamental seja absoluto, a privação da liberdade não deve conduzir à restrição do direito à saúde, muito menos à restrição de acesso a serviços de saúde similares aos disponíveis na rede comunitária. O que se pretende aqui demonstrar é que os problemas de ordem formal e material descritos anteriormente contribuem para que reclusos e reclusas não logrem nem mesmo o direito de acesso à saúde, realidade que dificulta uma discussão mais profunda sobre o próprio conteúdo do direito à saúde. A impossibilidade de acesso à assistência básica e, de forma ainda mais problemática, a tratamentos especializados torna a proibição de adoecer “lei” não escrita do cárcere.

Enfatiza-se que o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços do SUS, como um direito de cidadania e um dever das três

esferas de governo, tem sido tímido em relação às pessoas privadas de liberdade. Em sentido lato, há falta de investimentos no sistema público de saúde. Em sentido estrito, há falta de uma política pública específica no campo da saúde prisional. Esses fatores, entre outros, constituem importantes obstáculos para a formulação de cuidados de saúde adequados e integrais nos espaços prisionais.

Em 2003, o desconfortante cenário retratado arriscou um giro em direção ao otimismo. Os serviços de saúde nas prisões eram de responsabilidade única do Ministério da Justiça, em articulação com os órgãos de justiça e de segurança dos respectivos estados e do Distrito Federal. Naquele ano, o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde homologaram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) (BRASIL, 2003), que regulamentou no SUS a organização e o acesso à saúde por pessoas privadas de liberdade.

O PNSSP estabeleceu a composição de equipes multidisciplinares, no âmbito de atenção primária, com, no mínimo, sete profissionais de saúde (psicólogo, assistente social, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário), nos estabelecimentos prisionais com mais de 100 pessoas presas, considerando uma equipe para até 500 presos, com carga horária mínima de 20 horas semanais (BRASIL, 2003). Definiu diretrizes para as ações de promoção e prevenção da saúde, bem como a constituição de serviços de referência voltados para o tratamento e a redução dos agravos transmissíveis, como DST/AIDS, tuberculose e hepatites virais, e dos agravos não transmissíveis na linha das políticas da atenção básica, i.e., saúde bucal, saúde da mulher, hipertensão, diabetes, atenção farmacêutica, imunizações, etc., buscando, da mesma forma, minimizar danos provocados pelas condições do confinamento.

O PNSSP trouxe avanços em relação à concepção de saúde identificada na LEP pela inclusão de outros profissionais e pelo ca-

ráter multidisciplinar do trabalho da equipe na perspectiva da atenção à saúde integral, direito de todos os cidadãos como usuários do SUS. O plano criou a porta de entrada do primeiro atendimento em saúde, através das Equipes de Atenção Básica, que organizam o acesso do usuário aos demais níveis de complexidade do sistema de saúde (BRASIL, 2012), orientou o cadastramento das Unidades de Saúde Prisional e dos profissionais da equipe no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e criou o Piso de Atenção Básica – Variável (Atenção Integral à Saúde da População Privada de Liberdade no Sistema Penitenciário), com repasse mensal de 3.780 reais por equipe habilitada.

É interessante ainda recordar que, na esfera das políticas públicas, a participação social incentivou o debate sobre a necessidade da assistência à saúde pelo SUS com a discussão do PNSSP na 12ª Conferência Nacional de Saúde em 2003. Tal conferência teve como tema central “Saúde: um direito de todos e dever do Estado; a saúde que temos, o SUS que queremos” e foi vista por muitos como a oportunidade de retomar os ideais da Reforma Sanitária (PAIM, 2008). Pela primeira vez, o direito à saúde da pessoa presa foi discutido no SUS.

Não resta dúvida, o PNSSP representou um passo essencial do Estado brasileiro e da sociedade como um todo para a criação de laços de reciprocidade (SÁ E SILVA, 2009). Constituíram-se diretrizes entre o sistema público de saúde e o sistema prisional, na forma de uma relação em que se pode operar o diálogo baseado na lógica do tratamento penal e da assistência à saúde, por meio da implementação de uma política pública de saúde nas prisões articulada ao SUS.

Entretanto, ao completar 10 anos (2003–2013) de sua publicação, poucos avanços foram observados. Os motivos estão essencialmente relacionados ao subfinanciamento federal para a implementação do PNSSP, bem como à pouca experiência dos estados

na operacionalização de uma política intersetorial que envolva tanto a articulação da esfera do SUS dos estados com as Secretarias de Segurança Pública, como destas com as esferas municipais do SUS (DOTTA-PANICHI, 2014a). Conforme se constatará na sequência, o estado do Rio Grande do Sul vem trabalhando para ser uma exceção no contexto brasileiro.

SAÚDE E PRISÃO NO RIO GRANDE DO SUL: NOVOS OLHARES NA PRODUÇÃO DE DIREITOS

De forma contrária à maioria dos estados brasileiros, o Rio Grande do Sul formulou uma resposta diferente para o enfrentamento dos impasses nacionais à implementação do PNSSP. Em comparação aos outros 26 estados, esse foi único a construir uma política de cofinanciamento e de gestão articulada pela esfera estadual do SUS, a partir da habilitação de Equipes de Atenção Básica de Saúde Prisional (EABp), vinculadas às redes municipais de atenção à saúde do SUS. Trata-se de uma proposta inovadora na perspectiva de universalidade, integralidade e equidade em saúde. Tal proposição reorienta o modelo de atenção em saúde para o cuidado integral, afastando-se da concepção limitada do antigo modelo da saúde penitenciária vinculado ao sistema de segurança e ao modelo penal, para dar luz à concepção de saúde do sujeito como cidadão, usuário do SUS. Essa nova forma de olhar a saúde produz consequências para além do cuidado da saúde física e mental da pessoa reclusa, pois restabelece o significado de cidadania. Além disso, aciona as redes de atenção à saúde do território, que passam a se ocupar da saúde das pessoas em situação de privação de liberdade e, posteriormente, de seu cuidado nas redes de atenção quando do retorno do cidadão à comunidade (DOTTA-PANICHI, 2014b).

Os resultados ultrapassam o cuidado da saúde em si, abrangendo o cuidado da saúde de toda a comunidade, com o fortalecimento das redes de saúde e de atenção básica do território, bem como com as ressonâncias nas políticas sociais envolvidas no retorno de cidadãs e cidadãos à sociedade. A municipalização da assistência à saúde da população prisional, no âmbito de atenção básica, no Rio Grande do Sul, segue as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012). Esta estabelece que cabe à gestão municipal a coordenação do cuidado em saúde, o gerenciamento dos recursos instalados em seu território e a responsabilidade pela garantia de acesso da população a ações e serviços de saúde de acordo com suas necessidades, independentemente do local onde o atendimento é prestado.

Desde 2006, o Rio Grande do Sul possui cofinanciamento estadual – complementar ao federal – para a implantação das equipes de atenção básica no sistema prisional. Com a municipalização das EABp, os novos serviços assistenciais criados passaram a integrar e a seguir as normas e orientações dos serviços equivalentes de atenção básica do âmbito da comunidade, ou seja, as mesmas diretrizes das políticas públicas de saúde do Ministério da Saúde. As Unidades Básicas de Saúde Prisional (UBSp) implantadas nos estabelecimentos prisionais e compostas por equipes multidisciplinares formam parte da rede de atenção à saúde do SUS (DOTTA-PANICHI, 2014a). Esse avanço teve maior impacto a partir da publicação da Resolução n.º 257/2011 – CIB/RS (RIO GRANDE DO SUL, 2011), que regulamentou o aumento do incentivo estadual e fomentou o crescimento do número de EABp. De acordo com os dados consolidados da SES/RS, o número de equipes habilitadas no estado do RS, passou de oito, em 2010, para 37, em 2017, o que permitiu o acesso ao serviço de atenção básica no estabelecimento prisional, vinculado ao SUS, para 63,3% da população prisional em regime fechado.

As iniciativas descritas foram reconhecidas pelos Ministérios da Saúde e da Justiça e inspiraram a regulamentação e a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), por meio da Portaria Interministerial MS/MJ n.º 1, de 2 de janeiro de 2014 (BRASIL, 2014a), no âmbito do SUS. Em 1º de abril de 2014, o Ministério da Saúde, por meio de normativa própria (BRASIL, 2014b), estabeleceu os critérios mínimos para o funcionamento dos serviços de saúde no sistema prisional e definiu as normas para sua operacionalização e seu financiamento. A PNAISP apresentou ampliação significativa no financiamento federal de custeio para a composição dos serviços de saúde e criou uma normativa específica para a qualificação de serviço de saúde mental de retaguarda às ações de atenção básica. Foi um progresso para o tratamento e para a criação de programas de saúde mental específicos para a população em situação de prisão (PANICHI-PANICHI, 2014a).

Ressalta-se que a desejada acessibilidade permanente deixa de ser exceção para se transformar em regra no Rio Grande do Sul. Os dispositivos da LEP, que asseguram atendimento médico, farmacêutico e odontológico às pessoas presas, estão sendo cumpridos em relação a mais da metade das pessoas privadas de liberdade, dentro de uma perspectiva de atenção integral à saúde, unificando práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, além de possibilitar o acesso aos serviços de média e alta complexidade, como a qualquer outra brasileira ou brasileiro.

Os desafios futuros, sem dúvida, são muitos. Primeiramente, o compromisso dos governos em dar continuidade aos trabalhos dentro das prisões em momentos de crise, como o atual. Para citar outro exemplo: que as equipes de atenção básica possam trabalhar em prisão com temas importantes como as situações decorrentes do uso de substâncias psicoativas e as especificidades das questões de gênero (DOTTA-PANICHI et al., 2014b). Estima-se também que o fortalecimento dos mecanismos

de cuidado em rede advenha com a integração dos sistemas de informação em saúde, mais recentemente pela implantação do e-SUS AB, que está em vias de ocorrer nas UBS prisionais do Rio Grande do Sul.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, a saúde prisional caminha a passos lentos. Por um lado, o PNSSP foi um avanço e demonstra certo alinhamento do governo brasileiro às normas e regulamentações internacionais. Por outro lado, a concepção de saúde reducionista da LEP, conjuntamente com a falta de investimento em infraestrutura mais adequada para o cumprimento da pena, com o histórico subfinanciamento federal para a implementação do PNSSP e com a pouca experiência dos estados na operacionalização de uma política intersetorial, impossibilitou o respeito ao direito humano e fundamental à saúde.

O estado do Rio Grande do Sul trabalha para ser exceção às práticas prevalentes nos demais territórios do Brasil. O pioneirismo da exitosa estratégia de municipalização das equipes de atenção básica implantadas no sistema prisional gaúcho, tornou o RS referência nacional para os serviços de atenção básica em prisão, sendo o estado com o maior número de equipes habilitadas no Brasil, segundo o Ministério da Saúde. O cofinanciamento estadual, complementar ao federal, para a implantação das EABp e sua municipalização alterou o modelo de trabalho em saúde, que hoje já vislumbra resultados positivos. A recente regulamentação e a operacionalização da PNAISP (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b) com os novos financiamentos federais, inspirada pela experiência gaúcha, é um importante reconhecimento do trabalho realizado. Não se pode negar que o Rio Grande do Sul é pioneiro na formulação de bases para a implementação de uma política pública de saúde nas prisões articulada ao SUS. Em outras palavras, comprova a possibilidade da criação de ações e serviços

de atenção básica equivalentes aos serviços oferecidos à comunidade em geral no âmbito prisional, assegurando os princípios da universalidade, da equidade e da atenção integral próprios do SUS.

Não se trata de um trabalho acabado, mas sim de um novo início. Faz-se necessário produzir conhecimentos por meio de pesquisas científicas e da elaboração de indicadores para monitoramento e avaliação das ações e dos programas voltados para as necessidades específicas da população em situação de prisão. A proposta não é apenas garantir o acesso aos serviços de saúde adaptados às condições do sistema carcerário. O compromisso é questionar o próprio sistema penitenciário e acreditar no início de uma nova etapa de respeito aos direitos humanos e fundamentais que deve inspirar qualquer sistema de execução da pena para que se possa lançar um olhar diferenciado sobre a saúde prisional.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Andressa de Ávila; DORNELLES, Cássia Juliana Vargas; RUDNICKI, Dani. A saúde no sistema penitenciário de Porto Alegre. *Revista de Informação Legislativa*, v. 50, n. 199, p. 285-302, jul./set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da justiça. Portaria Interministerial n.º 01, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 jan.

2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0001_02_01_2014.html>. Acesso em: 8 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 482, de 1º de abril de 2014. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 abr. 2014b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html>. Acesso em: 8 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/TB/mat_tec/manuais/MS11_Manual_Recom.pdf> Acesso em: 15 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério Público Federal. CPI do sistema carcerário. *Relatório final*. Brasília: Ministério Público Federal, 2008. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/sistema-prisional/relatorio-final-cpi-sistema-carcerario-2008>>. Acesso em: 8 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman. *Saúde e Direitos Humanos*, Brasília, ano 3, n.3, 2006. Disponível em: <<http://>

bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_direitos_humanos_ano3_n3.pdf>. Acesso em: 8 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 set. 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri_1777_09_09_2003.html>. Acesso em: 8 out. 2018.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html>. Acesso em: 15 ago. 2018.

_____. Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jul. 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm>. Acesso em: 8 out. 2018.

CEREZO DOMÍNGUEZ, Ana Isabel; GARCÍA ESPAÑA, Elisa (Coord). *La prisión en España: una perspectiva criminológica*. Granada: Comares, 2007.

CONSELHO ECONÔMICO E SOCIAL DAS NAÇÕES UNIDAS. *Resolução 663 C (XXIV)*, de 31 de julho de 1957: regras mínimas para o tratamento dos reclusos -1955, 1955. Disponível em: <www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/comite-brasileiro-de-direitos-humanos-e-politica-externa/RegMinTratRec.html>. Acesso em: 15 ago. 2018.

CRUELLES, Marta; IGAREDA, Noelia (ed.). *Women, Integration and Prison*. Barcelona: Surt, 2005. Disponível em: <<http://cps.ceu.hu/publications/joint-publications/women-integration>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

DOTTA-PANICHI, Renata Maria. *The Right to Health: Women in Prison and Mental Health*. 2014. 128 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2014.

DOTTA-PANICHI, Renata et al. Apoio matricial em saúde mental a equipes de atenção básica inseridas no sistema prisional: novos olhares. In: SEMINÁRIO nacional de estudos prisionais, 4. fórum sobre vitimização de mulheres no sistema de justiça criminal 3., 2014, Marília. *Anais...* Marília: FUNDEPE; UNESP, 2014.

ESPAÑA. Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Secretaría General Técnica. Documentos Penitenciarios. *Programa de prevención de violencia de género para las mujeres en centros penitenciarios*. Ser Mujeres. Madrid: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2010. Disponível em: <<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/publicaciones.html>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

ESPAÑA. Secretaría General De Instituciones Penitenciarias. Informes generales de la administración penitenciaria. *Informe general de 2011*. Madrid: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2012. Disponível em: <<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/publicaciones.html>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

FERREIRA JÚNIOR, Sérgio; OLIVEIRA, Helenice Bosco de; MARIN-LÉON, Letícia. Knowledge, Attitudes and Practices on Tuberculosis in Prisons and Public Health Services. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 16, n.1, p. 100-113, 2013.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. *Direito fundamental à saúde*. Salvador: JusPodivm, 2011.

GOSEPATH, Stefan. Uma pretensão de direito humano à proteção fundamental. In: TOLEDO, Cláudia (coord.). *Direitos sociais em debate*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; Elsevier, 2013. p. 67-80.

LEIVAS, Paulo Gilberto Côgo. O direito fundamental à saúde segundo o Supremo Tribunal Federal. In: SARMENTO, Daniel; SARLET, Ingo Wolfgang (coord.). *Direitos Fundamentais no Supremo Tribunal Federal: balanço e crítica*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011. p. 635-647.

MAPELLI CAFFARENA, Borja et al. *Mujeres en las cárceles de Andalucía*. Madrid: Dykinson, 2012.

MAPELLI CAFFARENA, Borja; HERRERA MORENO, Myriam; SORDI STOCK, Bárbara. La exclusión de las excluidas: ¿atiende el sistema penitenciario a las necesidades de género?: una visión andaluza. *Estudios Penales y Criminológicos*, v. 33, p. 59-95, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Adotada e proclamada pela resolu-

ção 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

_____. *Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Adotado e aberto à assinatura, ratificação e adesão pela resolução 2200A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de dezembro de 1966. Entrada em vigor na ordem internacional: 3 de janeiro de 1976, em conformidade com o art. 27. Disponível em: <<http://www.prr4.mpf.gov.br/pesquisaPauloLeivas/arquivos/PIDESC.pdf>>. Acesso em: 8 out. 2018.

_____. Resolução n.º 2010/16, de 22 de julho de 2010. *Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras* (Regras de Bangkok), 2010. Disponível em: <<http://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2012/09/Tradu%C3%A7%C3%A3o-n%C3%A3o-oficial-das-Regras-de-Bangkok-em-11-04-2012.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 18 maio 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PÉREZ LUÑO, Antonio Enrique. *Derechos humanos, estado de derecho y constitución*. Madrid: Tecnos, 2010.

_____. *Los derechos fundamentales*. Madrid: Tecnos, 2004.

QUEIROZ, Rosiana. Direitos humanos e saúde. *Saúde e Direitos Humanos*, ano 3, n. 3, p. 45-50, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_direitos_humanos_ano3_n3.pdf>. Acesso em: 8 out. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução n.º 257/2011 – CIB/RS. Aprova a alteração do incentivo estadual para habilitação de equipes municipais de saúde prisional em unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas. *Diário Oficial do RS*, Porto Alegre, RS, 9 set. 2011. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1338407229_Resolucao%20CIB%20257%202011.pdf>. Acesso em: 8 out. 2018.

RUDNICKI, Dani. Três dias no Presídio Central de Porto Alegre: o cotidiano dos policiais militares. *Revista de Informação Legislativa*, v. 49, n. 193, p. 49-63, 2012.

SÁ E SILVA, Fábio. A cidadania encarcerada: problemas e desafios para a efetivação do direito à saúde nas prisões. In: COSTA, Alexandre Bernardino et al. (org.). *O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: CEAD/UnB, 2009. p. 241-252.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012.

SORDI STOCK, Bárbara. *Análisis político criminal de los programas de rehabilitación para agresores de violencia de género*. 2014. 569 f.

Tese (Doutorado em Direito Penal e Processual) – Universidad de Sevilla, Sevilha, 2014.

SURT (ed.). *Abordando la violencia de género en prisión: manual de programas penitenciarios contra la violencia de género*. Barcelona: SURT, 2007. Disponível em: <http://www.surt.org/altra/docs/manual_castella.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2018.

TOLEDO, Cláudia (coord.). *Direitos sociais em debate*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; Elsevier, 2013.

UNAIDS-OMS. *HIV/AIDS em ambientes prisionais: prevenção, atenção, tratamento e apoio*. Marco referencial para uma resposta nacional eficaz. Nova York: Organização Mundial da Saúde; Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2007.

VAN DER BERGH, Brenda J. et al. Imprisonment and Women's Health: Concerns About Gender Sensitivity, Human Rights and Public Health. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 89, p. 689-694, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE. *Moscow Declaration on Prison Health as Part of Public Health*. WHO Europe: Moscow, 2003. Disponível em:<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98971/E94242.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2018.

3. SISTEMA PRISIONAL E VIOLAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: O CASO DO PRESÍDIO CENTRAL DE PORTO ALEGRE

Gilberto Schäfer¹

Moisés de Oliveira Matusiak²

Este capítulo trata de violações do direito à saúde no sistema prisional, a partir do caso do Presídio Central de Porto Alegre (PCPA). Faz-se uma análise das disposições constitucionais e legais brasileiras sobre os direitos do preso, especialmente o direito à saúde, e os princípios da humanidade e da dignidade da pessoa humana, bem como dos tratados e convenções internacionais de direitos humanos, de que o Brasil é signatário, através de uma revisão bibliográfica. Apresentam-se informações sobre a realidade das condições de saúde dos presos nas penitenciárias brasileiras, com o

¹ Juiz de Direito. Doutor em Direito (UFRGS). Professor do curso de Mestrado em Direito da UniRitter. Presidente da Associação dos Juizes do Rio Grande do Sul (Ajuris).

² Doutorando em Desenvolvimento Regional (Unijuí). Mestre em Direito (UniRitter). Professor do curso de graduação em Direito da Unicruz.

exemplo concreto do PCPA, em que pelas condições aí estabelecidas há violação do direito à saúde.

O Presídio Central de Porto Alegre³ tem uma área de aproximadamente 24 mil metros quadrados, e é atualmente um complexo constituído de pórtico de entrada, sala de visita, pavilhão administrativo, oficina de serralheria, gráfica, ambulatório, cantina e refeitório, almoxarifado, capela, setor de segurança, corredor, alojamentos da brigada e dez pavilhões: A, B, D, E, F, G, H, I e J⁴, com nove pátios internos (SALDANHA, 2005). Hoje, esses pavilhões são verdadeiras galerias com celas abertas dos dois lados. Eram celas inicialmente projetadas para uma só pessoa e sem banheiro individual, com um único coletivo que ficava nos fundos. No entanto, o Presídio começou a receber cada vez mais detentos, acarretando em superlotação e em uma perda do poder por parte do Estado e um ganho do poder pelas facções⁵ que compartilham, na prática, a sua administração.

³ O Presídio Central de Porto Alegre foi projetado na década de 1950. As obras iniciaram em 1955, no governo de Ildo Meneghetti, que inaugurou a penitenciária em 1959. Maiores informações se encontram em Dornelles, 2008. Conforme Dornelles, os projetos iniciais dividiam a penitenciária em três partes: a primeira, conforme consta acima; a segunda, um pavilhão industrial com 1.572 metros quadrados de área coberta; e a terceira, com 6.072 metros quadrados, 705 metros de muros de segurança com sete metros de altura. Depois, seriam iniciadas obras para construir um presídio para o alojamento em celas individuais de presos sem condenação. Em 20 de março de 1969, com o Decreto 19.572, o governador transformou a Penitenciária Estadual no Centro Penitenciário de Porto Alegre, constituído pelo presídio central, a casa do egresso, o hospital penitenciário e o instituto de biotipologia criminal (IBC) e a escola penitenciária. Então, o que se verifica é o surgimento da estrutura administrativa da qual que é composto o presídio central. O presídio foi originalmente projetado para ter celas individuais, banheiro e refeitório, e para acomodar um número máximo de seiscentos presos, proposta que, no entanto, nunca se concretizou. Desde 2017, o Presídio Central de Porto Alegre passou, formalmente, a se chamar Cadeia Pública de Porto Alegre. No entanto, a população continua a chamá-lo de Presídio Central, e é por essa razão que assim o designaremos neste capítulo.

⁴ O Pavilhão C foi demolido em 2014.

⁵ Conforme a Petição das entidades signatárias para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, realizada pelo Fórum da Questão Penitenciária: “Exemplifica-

Há ali, portanto, um espaço intangível ao poder estatal, já que quem dá as ordens são os presos, comandados por líderes de cada facção. Ocorre submissão, acerto de contas, tráfico de drogas e pagamento de propina para acesso a serviços cujo fornecimento são de responsabilidade do Estado, tais como saúde e alimentação.

O presídio atualmente abriga cerca de 4.700 pessoas, para uma estrutura que comportaria no máximo 1.700 presos, e se destina a presos não condenados (presos em flagrantes, preventivos e temporários). A casa prisional tem recebido os piores adjetivos, pois não cumpre várias normas constitucionais, legais e de direito internacional dos direitos humanos estabelecidas para as pessoas privadas de liberdade. Entre estas estão normas atinentes à saúde, violadas de forma recorrente no sistema carcerário brasileiro e que encontram na superlotação um campo fértil para o seu desrespeito.

Serão aqui apresentadas essas violações, partindo de uma revisão bibliográfica sobre o tema e da análise de um caso concreto, o do Presídio Central de Porto Alegre, que foi objeto de uma representação contra o Brasil na Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) da Organização dos Estados Americanos (OEA), em razão da violação de direitos humanos dos presos.

se isto em certas rotinas, como o caso do preso que necessitava ir ao banheiro. Um agente penitenciário realizava a abertura da cela, aguardava a ida ao banheiro e após a espera tinha que esperar para levá-lo de volta. Esta rotina demandava tempo, funcionários, com o aumento de custos. A forma em que se foi procedendo a superlotação o torna um presídio em que há dificuldades graves em sua administração, com estruturas físicas totalmente improvisadas. O administrador do sistema prisional, retira as paredes, improvisa banheiros e vai abrindo mais vagas e, com o perigo do sistema, torna-se perigoso que guardas prisionais transitem nas galerias e o poder público se retira deste sistema.” (ASSOCIAÇÃO DOS JUÍZES DO RIO GRANDE DO SUL, 2013).

PREVISÃO NORMATIVA DO DIREITO À SAÚDE

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 prevê, em seu art. 25, § 1º, que:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família *saúde e bem-estar*, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. (grifo nosso).

Antes disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já havia conceituado saúde no preâmbulo de sua Constituição (1946): “Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”.⁶ Resta claro, portanto, que a proteção do direito à saúde visa a garantir não apenas o tratamento da pessoa vítima de alguma doença, mas também a prevenção de sua ocorrência.

No Brasil, o direito à saúde é garantido a todos pelo art. 196 da CF/88, partindo da mesma premissa de prevenção da OMS. Nossa carta de direitos garante a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, no art. 1º, inciso III. Conforme Bitencourt (2015, p. 69), a “Dignidade da pessoa humana é um bem superior aos demais e essencial a todos os direitos fundamentais do Homem, que atrai todos os demais valores constitucionais para si”.

Nesse conjunto, a estrita observância do direito à saúde é imprescindível para que se possa cogitar o respeito à garantia constitucional da dignidade da pessoa humana.

⁶ “Todavia, tal ideia representa ideal impossível, pois é inimaginável uma pessoa em ‘completo bem-estar físico, mental e social’. Essa é ideia que apresenta o ser humano de forma fantasiosa. Adaptar tal concepção para a pessoa presa seria ainda mais inviável, pois em qualquer prisão, por mais ‘perfeita’ que seja, existem fatores que impedem um ‘completo bem-estar físico, mental e social’. Mesmo que se resolvessem questões relativas à superpopulação carcerária e às condições insalubres das instituições, restaria o estresse devido ao encarceramento”. (RUDNICK, 2013, p. 287).

O DIREITO À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

Um dos princípios que rege a aplicação da pena privativa de liberdade é o princípio da humanidade, que deve nortear toda a atuação do sistema penal. De acordo com Batista (2005, p. 100), “O princípio da humanidade intervém na cominação, na aplicação e na execução da pena, e neste último terreno tem hoje, face à posição dominante da pena privativa de liberdade, um campo de intervenção especialmente importante”. No mesmo sentido aponta a lição de Prado (2002, p. 123): “Em um Estado de Direito democrático vedam-se a criação, a aplicação ou a execução de pena, bem como de qualquer outra medida que atentem contra a dignidade humana (v.g., tratamento desumano ou degradante)”.

E, mesmo que a pena privativa de liberdade tenha, dentre outras, a função de castigar, deve ter como limite o princípio da humanidade, como escreve Luisi (2003, p. 51): “Dentro destas fronteiras, impostas pela natureza de sua missão, todas as relações humanas disciplinadas pelo direito penal devem estar presididas pelo princípio da humanidade”.

Assim, além das garantias da dignidade da pessoa humana e do direito à saúde, a Constituição Federal brasileira de 1988 assegura que ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante, conforme o art. 5º, inciso III. E ainda, garante aos presos o respeito à integridade física e moral, art. 5º, inciso XLIX, e veda as penas cruéis, como aponta o art. 5º, inciso XLVII, alínea “e”.

Na Lei de Execução Penal (LEP) são assegurados ao condenado e ao internado todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei, segundo o art. 3º. Além disso, tem-se a assistência à saúde prevista no art. 14. Reza o dispositivo legal: “A assistência à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”.

A Resolução n.º 14, de 11 de novembro de 1994, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), por sua vez, estabelece como deve ser o atendimento à saúde do preso. A assistência à saúde do preso é devida tanto em caráter preventivo, quanto curativo, compreendendo atendimento médico, psicológico, farmacêutico e odontológico (art. 15). Ainda, a Resolução determina que os estabelecimentos prisionais sejam dotados de enfermaria suficientemente equipada para atendimento e internação médica ou odontológica, inclusive de urgência, e também com dependência para observação psiquiátrica e cuidados toxicológicos, além de unidade de isolamento para doenças infectocontagiosas (art. 16). O documento assegura ainda a possibilidade de transferência do preso doente para unidade hospitalar apropriada, caso o estabelecimento prisional não esteja suficientemente aparelhado para prover a assistência necessária (art. 16, parágrafo único).

No que se refere ao atendimento das mulheres presas, existe previsão específica na resolução (art. 17), a fim de garantir que o estabelecimento prisional disponha de material obstétrico para atender à grávida, à parturiente e à convalescente, possibilitando, ainda, a transferência da mulher presa para unidade de atendimento hospitalar apropriado, quando necessário.

Sobre as atribuições do médico no atendimento aos presos, os arts. 18, 19 e 20 da Resolução são claros:

Art. 18. O médico, obrigatoriamente, examinará o preso, quando do seu ingresso no estabelecimento e, posteriormente, se necessário, para:

I – determinar a existência de enfermidade física ou mental, para isso, as medidas necessárias;

II – assegurar o isolamento de presos suspeitos de sofrerem doença infecto-contagiosa;

III – determinar a capacidade física de cada preso para o trabalho;

IV – assinalar as deficiências físicas e mentais que possam constituir um obstáculo para sua reinserção social.

Art. 19. Ao médico cumpre velar pela saúde física e mental do preso, devendo realizar visitas diárias àqueles que necessitem.

Art. 20. O médico informará ao diretor do estabelecimento se a saúde física ou mental do preso foi ou poderá vir a ser afetada pelas condições do regime prisional. (BRASIL, 1994).

Destaca-se, ainda, que a resolução tem dispositivo (parágrafo único do art. 20) que garante ao preso ou seus familiares a liberdade de contratar médico de sua confiança para orientar e acompanhar seu tratamento.

Além das disposições do direito interno, o sistema prisional deve observar todos os direitos e garantias consagrados internacionalmente pelos tratados e convenções internacionais de direitos humanos. A Declaração Universal dos Direitos Humanos dispõe em seu art. V que “Ninguém será submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante”. Já o art. 5º do Pacto de São José da Costa Rica traz a seguinte previsão:

Artigo 5º - Direito à integridade pessoal

1. Toda pessoa tem direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral.
2. Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada de liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano.
3. A pena não pode passar da pessoa do delinquente.
4. Os processados devem ficar separados dos condenados, salvo em circunstâncias excepcionais, e devem ser submetidos a tratamento adequado à sua condição de pessoas não condenadas.
5. Os menores, quando puderem ser processados, devem ser separados dos adultos e conduzidos a tribunal especializado, com a maior rapidez possível, para seu tratamento.
6. As penas privativas de liberdade devem ter por finalidade essencial a reforma e a readaptação social dos condenados. (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1969).

A fim de garantir a integridade pessoal dos presos, bem como que as penas privativas de liberdade cumpram com sua finalidade essencial de ressocialização dos condenados, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu as Regras Mínimas para Tratamento dos Prisioneiros. No art. 22 dessas regras constam as disposições sobre os serviços médicos. Estabelece-se que cada estabelecimento deve ter os serviços de pelo menos um médico qualificado, que tenha conhe-

cimentos em psiquiatria (item 1). Também segundo o documento, os presos doentes devem ser transferidos para hospitais civis quando necessarem de atendimento especializado não oferecido na unidade prisional (item 2), e cada preso tem direito a atendimento odontológico por profissional qualificado (item 3). Sobre o atendimento do médico ao preso, os arts. 24 e 25 das Regras Mínimas, abaixo transcritos, esclarecem que:

24. O médico deverá ver e examinar cada preso o mais depressa possível após a sua admissão no estabelecimento prisional e depois, quando necessário, com o objetivo de detectar doenças físicas ou mentais e de tomar todas as medidas necessárias para o respectivo tratamento; de separar presos suspeitos de doenças infecciosas ou contagiosas; de anotar deformidades físicas ou mentais que possam constituir obstáculos à reabilitação dos presos, e de determinar a capacidade de trabalho de cada preso.

25. 1. O médico deverá tratar da saúde física e mental dos presos e deverá diariamente observar todos os presos doentes e os que se queixam de dores ou mal-estar, e qualquer preso para o qual a sua atenção for chamada. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1955).

Também merece referência o princípio X dos Princípios e Boas Práticas para a Proteção das Pessoas Privadas de Liberdade nas Américas, da Organização dos Estados Americanos (OEA). De acordo com o princípio X, entende-se por direito à saúde das pessoas privadas de liberdade o gozo do mais alto nível possível de bem-estar, tanto físico, quanto mental e social. Isso inclui, entre outras coisas, o adequado atendimento médico, psiquiátrico e odontológico. Consta também que a prestação do serviço médico deve, em todas as circunstâncias, respeitar os princípios da confidencialidade da informação médica, da autonomia dos pacientes sobre sua própria saúde e do consentimento fundamentado na relação entre médico e paciente. Sobre questões específicas, cumpre destacar o seguinte trecho do princípio X:

[...] O Estado deverá assegurar que os serviços de saúde oferecidos nos locais de privação de liberdade funcionem em estreita coordenação com o sistema de saúde pública, de maneira que as políticas e práticas de saúde pública sejam incorporadas a esses locais.

As mulheres e as meninas privadas de liberdade terão direito de acesso a atendimento médico especializado, que corresponda a suas características físicas e biológicas e que atenda adequadamente a suas necessidades em matéria de saúde reprodutiva. Em especial, deverão dispor de atendimento médico ginecológico e pediátrico, antes, durante e depois do parto, que não deverá ser realizado nos locais de privação de liberdade, mas em hospitais ou estabelecimentos destinados a essa finalidade. Caso isso não seja possível, não se registrará oficialmente que o nascimento ocorreu no interior de um local de privação de liberdade.

Os estabelecimentos de privação de liberdade para mulheres e meninas deverão dispor de instalações especiais bem como de pessoal e recursos apropriados para o tratamento das mulheres e meninas grávidas e das que tenham recém dado à luz.

Nos casos em que se permita às mães ou pais manter os filhos menores de idade no interior dos centros de privação de liberdade, deverão ser tomadas as medidas necessárias para a organização de creches infantis, que disponham de pessoal qualificado e de serviços educacionais, pediátricos e de nutrição apropriados, a fim de assegurar o interesse superior da infância. (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 2009).

Verifica-se, assim, que a proteção da saúde do preso é garantida tanto pelas legislações constitucional e infraconstitucional, brasileiras bem como pela legislação internacional de proteção dos direitos humanos. Portanto, no que se refere à proteção formal desse direito do preso, o Brasil busca a observância do princípio da humanidade na aplicação da pena, uma obrigação, como leciona Bitencourt (2015, p. 71):

Concluindo, nesse sentido, nenhuma pena privativa de liberdade pode ter uma finalidade que atente contra a incolumidade da pessoa como ser social, o que violaria flagrantemente o princípio da dignidade humana, postulado fundamental da Carta da República.

No entanto, apesar dessa proteção formal aos direitos do preso no Brasil, em especial do direito à saúde, conforme as normas citadas, a realidade pode apresentar quadro diverso. Existem registros de que a situação do sistema prisional brasileiro é preocupante, que a prática dos cuidados básicos de saúde dos presos não corresponde aos

direitos formalmente garantidos. E o caso do Presídio Central de Porto Alegre é um deles, o qual será tratado a seguir.

O CASO DO PRESÍDIO CENTRAL DE PORTO ALEGRE

A superlotação, a falta de estrutura e de condições materiais são fatores determinantes para a precariedade dos cuidados básicos de saúde dos prisioneiros no Brasil, que estão longe de receber um atendimento digno. Nesse sentido, Assis (2007, p. 75) declara que:

A superlotação das celas, sua precariedade e insalubridade tornam as prisões um ambiente propício à proliferação de epidemias e ao contágio de doenças. Todos esses fatores estruturais, como também a má-alimentação dos presos, seu sedentarismo, o uso de drogas, a falta de higiene e toda a lugubridade da prisão fazem com que o preso que ali adentrou numa condição sadia de lá não saia sem ser acometido de uma doença ou com sua resistência física e saúde fragilizadas.

O aprisionamento em condições precárias contribui para agravar a situação de vulnerabilidade do preso em relação às mais diversas patologias. Sobre a questão, prossegue Assis (2007, p. 75):

Os presos adquirem as mais variadas doenças no interior das prisões. As mais comuns são as doenças do aparelho respiratório, como a tuberculose e a pneumonia. Também é alto o índice de hepatite e de doenças venéreas em geral, a AIDS por excelência. Conforme pesquisas realizadas nas prisões, estima-se que aproximadamente 20% dos presos brasileiros sejam portadores do HIV, principalmente em decorrência do homossexualismo (sic), da violência sexual praticada por parte dos outros presos e do uso de drogas injetáveis.

Um exemplo dessa realidade caótica do sistema prisional brasileiro é o PCPA. Em razão de variadas violações de direitos humanos dos presos que lá estão (ou já estiveram) um grupo de entidades ofereceu uma representação na CIDH da OEA contra a o Brasil: a Representação por Violação dos Direitos Humanos no Presídio Central de Porto Alegre (PCPA) – MC-8-13 – Brasil, na

qual se pedem sanções e medidas cautelares a fim de buscar alguma alternativa para a solução do problema, já que as tentativas no âmbito interno não restaram exitosas devido à inércia do Estado.

O nível de insalubridade, precariedade e contaminação descrito no “Relatório Final da Visita de Inspeção ao Presídio Central de Porto Alegre realizada em 28 de outubro de 2013” é suficiente para mostrar como tal fato afeta a questão da saúde, que não pode ser entendida apenas como a presença de atendimento médico:

A rede de esgoto, face à deterioração dos canos de água servida oriunda das celas e banheiro, verte “in natura” no pátio em quase todas as colunas do Pavilhão.

Tal situação é um atentado à salubridade, pois fezes, urina e outros dejetos humanos são despejados pelos canos no chão escorrendo pelo pátio, mercê de cobertores e toalhas colocadas à volta das colunas com o objetivo de evitar o transbordamento. Se houve reforma da tubulação de esgoto nesses pátios, a mesma não atingiu os objetivos e precisa ser refeita, pois a água servida jorra dos canos diretamente para o pátio. O estado de higiene dos pátios é deplorável. Viceja o lixo, o mau cheiro e carece de instalações sanitárias para a utilização de presos e visitas quando estão nos pátios. Considerando que o número de presos por galeria fica em torno de 300, e que cada preso, em dia determinado, receba uma visita, temos algo em torno de 600 pessoas para utilizar 3 vasos sanitários, os quais se encontram em precárias condições.

São mais ou menos 200 pessoas para cada vaso sanitário, o que fala por si só. (ASSOCIAÇÃO DOS JUÍZES DO RIO GRANDE DO SUL, 2014, p. 20).

No que se refere ao direito à saúde, em sentido mais estrito, a representação aponta vários problemas verificados no PCPA, com base em vistorias do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul – CREMERS, assim como, nos relatos de profissionais que trabalham no local e conhecem sua realidade. Assim, parte-se do pressuposto que as condições precárias de saúde não estão isoladas, mas são decorrentes de um conjunto de problemas:

De tudo que até o presente momento se apresentou a essa Comissão Interamericana de Direitos Humanos, facilmente se percebe que a estrutura física deficitária do Presídio Central de Porto Alegre (PCPA), notadamente as péssimas condições de habitabilidade, o problema da saturação do sistema de esgoto, somados à situação de superpopulação prisional e à não prestação adequada das assistências previstas nas leis brasileiras, estabelecem vínculo direto de causalidade com o número de pessoas doentes e mortas em suas dependências. (ASSOCIAÇÃO DOS JUÍZES DO RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 26).

É importante relatar o precário atendimento médico verificado pelo CREMERS na sua inspeção, o que contribui muito para a gravidade do quadro:

[...] em inspeção realizada em 19.4.2012, esclareceu que há apenas um médico do quadro do Estado do Rio Grande do Sul lotado no estabelecimento prisional, com carga horária de duas horas por dia, de segunda a sexta-feira; no restante do tempo, os apenados têm de ser atendidos ou por médicos de estabelecimento hospitalar conveniado ou ser levados a atendimento externo em hospitais referenciados. Ainda, o relato indica a ausência de um plano de atendimento médico continuado: *os presos do Presídio Central somente recebem atendimento médico quando solicitam, destacando-se que não há equipamento para reanimação de urgência, inexistindo isolamento de apenados portadores de doenças dos demais doentes.* (ASSOCIAÇÃO DOS JUÍZES DO RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 26-27, grifo nosso).

Outro aspecto é que o atendimento, muitas vezes, é feito com o auxílio de presos que têm acesso a prontuários e dados sigilosos dos pacientes. Ainda, a ausência de controle do Estado sobre os presos faz com que os próprios presos (os líderes de galeria) decidam sobre quem deve receber o precário atendimento médico, o que também colabora para o agravamento do risco à saúde dos presos doentes, já que nem todos recebem atendimento médico (ASSOCIAÇÃO DOS JUÍZES DO RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 29).

Não existe atendimento de saúde por especialidade dentro do PCPA, apenas o atendimento com medicamentos básicos (antialérgico, antitérmico, etc.), atendimentos especializados somente fora da casa prisional, o que ainda faz com que haja dificuldades de encaminhamento dos presos para o Sistema Único de Saúde, especialmente quando se exigem internação ou cirurgias eletivas.

Outra situação preocupante é a ausência de separação entre os presos:

Não bastasse isso, no Presídio Central não há nenhuma separação racional de presos, senão aquela dos travestis e homossexuais, das facções criminosas. Em suma, os primários ficam com os reincidentes, os provisórios com condenados, não importa a categoria que pertençam, todos ficam juntos, não há qualquer seleção. E, nessa mistura, evidentemente, o preso sadio divide espaço com o preso doente. (ASSOCIAÇÃO DOS JUÍZES DO RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 30).

Em consequência, são elevados os percentuais de casos de doenças respiratórias:

Como é presumível em circunstâncias tais, as causas de morte na referida unidade penal, em sua maioria, derivam de problemas nas vias respiratórias. Conforme levantamento realizado até 31/10/2011, no universo de 229 mortes (sendo 72% dentre indivíduos com até 40 anos), a broncopneumonia lidera, representando 53,23% dos casos; em seguida, a pneumonia e a tuberculose, em 39,17% e 33,14%, respectivamente. (ASSOCIAÇÃO DOS JUÍZES DO RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 30).

Sobre as questões de saúde no PCPA, merece destaque ainda o relato do juiz da Vara de Execuções Penais de Porto Alegre, responsável pela fiscalização do estabelecimento prisional em questão:

Conforme depoimento de Sidinei Bruzuska, Juiz de Direito da Vara de Execuções Penais de Porto Alegre, devido a uma campanha de conscientização dos presos, a administração prisional tem evitado que a pessoa morra dentro da galeria por doença. O que se detecta é que preso que tem uma doença respiratória continua alojado numa galeria lotada. Por vezes, sequer na cela ele encontra espaço e não consegue circular pelo corredor. A contaminação acaba acontecendo igual, pois eles são retirados praticamente à beira da morte. Segue o depoente, relatando que no PCPA existe um atendimento básico de saúde, mas nada que envolva especialização. O básico é antitérmico, anti-inflamatório, relaxante muscular, medição de pressão. O que for curável por via medicamentosa e que possa ser diagnosticado com exame clínico, isso é cuidado e tratado. Todavia aquilo que depender de um exame outro ou de um especialista, não é disponibilizado pelo sistema. (ASSOCIAÇÃO DOS JUÍZES DO RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 31).

Cumprido destacar, que a representação foi feita à CIDH da OEA em 2013. O quadro geral do PCPA ainda não apresentou melhora efetiva, mesmo com o Brasil intimado a tomar providências.

Tanto que, no ano de 2015, as entidades representantes peticionaram novamente, informando o descumprimento das medidas cautelares (ASSOCIAÇÃO DOS JUÍZES DO RIO GRANDE DO SUL, 2014, p. 4-5), embora reconhecendo melhorias na saúde, a respeito do tema pontuou o seguinte:

Quanto à nova unidade básica de saúde que estaria em implantação no PCPA, considerando a letra “b” das medidas cautelares deferidas (“b) assegurar condições de higiene no recinto e proporcionar tratamentos médicos adequados para os internos de acordo com as patologias que estes apresentem” - MC-8-13), os peticionários pedem que se determine ao Estado Brasileiro:

(i)- Que sejam indicadas quais são as medidas novas no âmbito da saúde prisional, que estão sendo implementadas após o deferimento da MC 8-13 pela CIDH;

(ii)- Sobre os profissionais da área de saúde (os já existentes e os novos) que apresente quadro contendo: a) nome de cada um; b) qualificação profissional, com a indicação de especialidade; c) carga horária para atuação no PCPA; d) grade de horário (onde fique claro turnos/períodos nos quais cada profissional deve ser encontrado em atividade no PCPA); e) tipos de medicamentos disponibilizados na farmácia do PCPA; f) esclarecimento sobre a possibilidade/forma de entrada de outros medicamentos (receitados fora do PCPA e eventualmente não dispensados pela farmácia interna); g) modo de distribuição dos medicamentos, isto é, como é assegurado que eles cheguem aos presos/pacientes; h) como, no caso específico da tuberculose, está sendo garantida a continuidade do longo tratamento que é sempre necessário nesses casos.

Podem nesse período ser apontados como um avanço sobre o tema a fixação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído em 2003, e outras duas iniciativas complementares em 2014. A primeira é a Portaria Interministerial nº 1/MS/MJ, em 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS, que tem como objetivo dar aporte financeiro, aumento de equipes de profissionais e qualificação do repasse dos medicamentos e de estrutura física do servido ofertado. A segunda, trata-se do art. 21 da Portaria Interministerial, nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que dispõe que “Os entes Federativos terão o prazo de até 31 de dezembro de 2016 para efetuar as medidas necessárias de adequação de suas ações e seus serviços para que seja im-

plementada a PNAISP conforme as regras previstas nesta Portaria” (BRASIL, 2014), o que demonstra certa falta de percepção da urgência e da gravidade da situação.

Os dados e relatos da representação e das petições posteriores à CIDH da OEA indicam que, no caso do PCPA, há avanços no sentido de uma maior integração com o SUS no sistema prisional, mas ainda há uma necessidade de medidas efetivas para a melhora desse quadro. Há que se considerar, ainda, que outras pessoas, além dos presos, estão expostas aos riscos relatados, pois também frequentam o ambiente prisional, a exemplo de funcionários, policiais e visitantes.

CONCLUSÃO

O Brasil é signatário de diversos documentos internacionais de proteção dos direitos humanos que garantem o direito à saúde dos presos, bem como possui disposições em sua legislação interna, tanto constitucional, quanto infraconstitucional, no mesmo sentido. Assim, sob o ponto de vista da proteção formal, o País observa os direitos do preso na aplicação da pena, em consonância com o princípio da humanidade.

No entanto, o cenário real do sistema prisional brasileiro é de abandono e negligência, especialmente em relação aos cuidados básicos de saúde. O caso do PCPA é um grande exemplo de violações de direitos humanos dos presos, por isto é alvo também de uma representação contra o Brasil na CIDH da OEA.

Dentre as violações de direitos ocorridas no PCPA, merece destaque a violação do direito à saúde, a qual se verifica tanto no atendimento insuficiente, quanto na precariedade de políticas básicas de prevenção, como higiene, salubridade e separação dos presos doentes dos saudáveis. A República Federativa do Brasil ainda não

apresentou medidas efetivas para a melhora do quadro, mesmo depois de intimada das medidas cautelares deferidas pela CIDH da OEA. Verifica-se, ainda, que o problema ultrapassa os muros do presídio, pois também estão expostas aos riscos outras pessoas que frequentam o mesmo ambiente, como policiais, funcionários e visitantes, podendo se transformar em uma questão de saúde pública geral.

Nesse conjunto, é possível afirmar que o momento é de efetivar os dispositivos normativos do direito internacional e do direito nacional que garantam o direito à saúde no sistema prisional.

Dois dos graves problemas do PCPA que atinge a todo o sistema é o da superlotação e o da falta de estrutura de pessoal, inclusive para os cuidados com a saúde, questões que vêm se agravando. A superlotação não permite, por exemplo, sequer uma cama para cada preso, que dormem no chão, em condições insalubres e que são grandes vetores de doenças, bem como da situação de poder que os presos vivenciam, com as facções, que acabam substituindo o Estado e selecionando quem da população carcerária pode receber tratamento de saúde.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DOS JUÍZES DO RIO GRANDE DO SUL. *Resposta às Medidas Cautelares, MC-8-13*, 2014. Disponível em: <http://www.ajuris.org.br>. Acesso em: 6 abril, 2016.

ASSOCIAÇÃO DOS JUÍZES DO RIO GRANDE DO SUL et al. *Representação - violação dos Direitos Humanos no Presídio Central de Porto Alegre*. Porto Alegre: 2013. Disponível em: <http://www.ajuris.org.br/sitenovo/wp-content/uploads/2013/05/representacao_oea.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2018.

ASSIS, Rafael Damaceno de. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. *Revista CEJ*, Brasília, a. XI, n. 39, p. 74-78, 2007.

BATISTA, Nilo. *Introdução crítica ao direito penal brasileiro*. 10. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2005.

BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de Direito Penal: parte geral 1*. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 2, 3 jan. 2014.

_____. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução n.º 14, de 11 de novembro de 1994. Fixa as regras mínimas para o tratamento do preso no Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 dez. 1994.

DORNELLES, Renato. *Falange gaúcha*. RBS Publicações: Porto Alegre, 2008.

LUIZI, Luiz. *Os princípios constitucionais penais*. 2. ed. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Primeiro Congresso das Nações Unidas para a Prevenção ao Crime e Tratamento dos Infratores. Regras mínimas para o tratamento de prisioneiros. Genebra, 22 agosto a 3 setembro 1955. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Justiça. *Normas e princípios das Nações Unidas sobre prevenção ao crime e justiça criminal*. Brasília: Secretaria Nacional de Justiça, 2009. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/projects/UN_Standards_and_Norms_CPCJ_-_Portuguese1.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2018.

_____. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, 1948. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2018.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. *Princípios e boas práticas para a proteção das pessoas privadas de liberdade nas Américas*. 2009. OEA Documentos Oficiais, 2009. Disponível em: <<https://cidh.oas.org/pdf%20files/PRINCIPIOS%20PORT.pdf>>. Acesso em: 6 abr. 2018.

_____. Pacto da Convenção Americana de Direitos Humanos (“Pacto de San José de Costa Rica”), 1969. In: BRASIL. Decreto n. 678, de 6 de novembro de 1992. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 nov. 1992.

PRADO, Luiz Regis. *Curso de Direito Penal brasileiro*, volume 1: parte geral. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

RUDNICKI, Dani; AMORIM, Andressa de Ávila; DORNELLES, Cássia Juliana Vargas. A saúde no sistema penitenciário de Porto Alegre. *Revista de Informação Legislativa*, Brasília, Subsecretária de edições técnicas, v. 50, n. 199, 2013, p. 285-302.

SALDANHA, Marcelo Suares. *Laudo Técnico de inspeção pre-dial: Presídio Central* (IBAPE/RS e CREA/RS). 25 abril 2012. Disponível em: <http://www.crea-rs.org.br/site/documentos/Laudo_de_Inspecao_Presidio_Central_IBAPE_30_04_2012_Versao_Revisada.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2018.

4. POR QUE DIZEMOS “MANICÔMIOS NUNCA MAIS”? MEMÓRIAS DE UM MANICÔMIO JUDICIÁRIO E NOTAS SOBRE A ATUAL POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Marianna Rodrigues Vitório¹

Escrever sobre os manicômios judiciários não é o que se pode denominar como uma opção de pesquisa; tampouco faço-o por conveniência. Na verdade, vivi boa parte de minha vida sem saber exatamente do que se tratavam os manicômios judiciários. Foi apenas em 2012, no primeiro semestre do curso de Direito, que realizei uma visita ao Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (IPF), localizado em Porto Alegre – RS, e pude observar as condições precárias a que eram submetidos os pacientes de medida de segurança. Um ano depois, em decorrência da etapa do curso de Psicologia que exigia a um realização de um estágio de observação, voltei a cruzar os portões do IPF.

¹ Graduada em Psicologia (UFCSPA) e em Direito (FMP). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional (UFRGS).

De agosto de 2013 a março de 2015 realizei estágio no IPF e desenvolvi uma série de trabalhos no Cafofo – espaço de oficina criado por estagiários de Psicologia no interior do Instituto e que funcionava, segundo Roitman (2014), como “uma ilha de resistência frente às duras engrenagens do manicômio judiciário”. Durante esse período, um misto de espanto frente ao improvável e ao inaceitável incorporou em mim memórias que, não tenho dúvidas, jamais esquecerei. Registrei-as no diário de campo, e alguns extratos serviram de fonte para a monografia apresentada para conclusão do curso de Psicologia na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre em 2016. Este capítulo é uma sistematização daquele trabalho.

Devo ressaltar que a pesquisa que desenvolvi não tratou da loucura do sujeito do manicômio, de suas patologias, de sua suposta anormalidade ou de sua tendência criminosa. Diferentemente de parte considerável dos trabalhos que percorreram a história da loucura, o grande campo problemático em que me situo é o sistema manicomial penal em si e as razões que o sustentam. O paralelo com a campanha nacional por “Memória, Verdade e Justiça – para que não se esqueça, para que nunca mais aconteça”, fixada em um subtítulo, é também uma maneira de colocar o sistema manicomial no bojo dos acontecimentos políticos de hoje, devido à correlação direta dos manicômios, enquanto aparelhos estatais repressores da loucura, com os demais acontecimentos sociais que perpassam o funcionamento do atual “Estado Democrático de Direito”. Além disso, bem como na história apagada do período ditatorial instaurado pelo Golpe Burgo-Militar de 1964, que se findou, mas deixou como herança institutos e governantes criados no período, os manicômios judiciários persistem e proliferam muitas de suas práticas.

Recentemente, inclusive, logo após a posse de Jair Bolsonaro à presidência da República do Brasil em 2019, o Ministério da

Saúde lançou uma nota técnica que apresenta mudanças na Política Nacional de Saúde Mental. Dentre as medidas anunciadas, está a instrução de que “o Hospital Psiquiátrico passa a ser incluído na RAPS² e não mais se incentiva o seu fechamento” (BRASIL, 2019).³ Cabe ressaltar que, desde a Lei n.º 10.216/2001 – a Lei da Reforma Psiquiátrica, implementavam-se serviços substitutivos para o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos. Por isso, o debate em torno da Reforma Psiquiátrica e do funcionamento dos manicômios volta à atualidade no Brasil, incumbindo-nos da tarefa de apresentar um contraponto aos defensores das novas diretrizes da política nacional de saúde mental.

PARA QUE NÃO SE ESQUEÇA: O QUE SÃO OS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS?

Um dos primeiros estabelecimentos particularmente destinados para “delinquentes alienados”, a prisão especial de Broadmoor, foi estabelecido na Inglaterra, em 1863 (CARRARA, 2010). No Brasil, remonta a 1903 o primeiro marco legal que instituiu um estabelecimento semelhante, através do Decreto no 1.132, que reorganizou a assistência a alienados e proibiu a manutenção destes em cadeias públicas ou entre criminosos. No entanto, foi apenas em 1921, com o Decreto n. 14.831, que se aprovou a regulamentação do Manicômio Judiciário e fundou-se o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro – o primeiro do gênero no Brasil.

Desde sua origem, os manicômios judiciários são compostos por uma mistura de hospital psiquiátrico com presídio, o que lhes dá um caráter híbrido. Trata-se, conforme apresentado por Carrara

² Rede de Atenção Psicossocial, instituída pelo Decreto n.º 7.508/2011.

³ Nota Técnica 11 (7718127), lançada em fevereiro de 2019. SEI 25000.021223/2019-50, p. 21.

(2010), de um conflito histórico de competências, de uma justaposição de dois modelos de intervenção social: o modelo jurídico-punitivo, e o modelo psiquiátrico-terapêutico. Em relação ao primeiro, o sujeito é visto como possuidor de direitos e de deveres, capaz de adaptar livremente seu comportamento às leis e às normas sociais. Já no modelo psiquiátrico-terapêutico, ocorre uma visão que o autor denomina como “psicológico-determinista”, na qual o indivíduo não é sujeito, mas objeto de estruturas determinantes de seu comportamento, e incapaz de se adaptar moralmente. Nesse sentido, mesmo que juridicamente se entenda o indivíduo como inimputável (alguém que não será punido devido ao reconhecimento de sua incapacidade mental para compreender o significado do delito e da condenação), o funcionamento e a estrutura da instituição, que deveriam ser em prol de tratamento, caem em contradição.

Esses modelos se retroalimentam, em maior ou menor medida, devido à própria relação institucional/formal que rege o funcionamento dos manicômios judiciários. Em síntese, atualmente é enviado para esse tipo de estabelecimento o sujeito que infringe uma norma penal e para cujo crime é atestado um nexo-causal com sua doença mental. O art. 26 do Código Penal Brasileiro dispõe que “é isento de pena o agente que, por doença mental (...), era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”. Logo, o estudo acerca dos manicômios judiciários perpassa, diretamente, a interpretação de, no mínimo, duas culturas sociais que o fomentam: a psiquiátrica, que define quem são os doentes mentais na sociedade; e a jurídica, que define o que é crime e o que fazer com quem o comete, uma vez instaurado o incidente de sanidade mental.

Assim, um paciente, ao ingressar no manicômio judiciário, não será mais visto socialmente como “um louco qualquer”. Trata-se, agora, de um “louco criminoso”. E, por sê-lo, mais do que se depa-

rar com a atmosfera moral dos estigmas que agora pairam sobre sua identidade, também precisará enfrentar um sistema que reúne elementos da justiça penal e da rede de saúde mental – ambas altamente deficitárias. Da porta de entrada à porta de saída, os caminhos do manicômio judiciário perpassam pelos seguintes pontos: a) o laudo pericial psiquiátrico, que constata o nexo causal do ato penal ilícito com a “doença mental” do agente; b) a medida de segurança de internação, proferida pelo Poder Judiciário, ante a triagem no interior do próprio IPF; c) o laudo de cessação de periculosidade, feito com base em exames periódicos, o que pode renovar a medida a cada três anos ou extingui-la; d) a extinção da medida de segurança, seja por meio de laudo psiquiátrico que constate que cessou a periculosidade, ou por meio da justiça, quando se ultrapassa o tempo de internação.

Evidentemente, no meio desses caminhos, há uma série de percalços. Foi apenas em 2015, por exemplo, que o Superior Tribunal de Justiça (STJ) aprovou a súmula 527, determinando que “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”. Até então, era possível que o paciente passasse em um manicômio judiciário um tempo muito superior ao que passaria na “prisão comum” (SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2015) É que, mesmo tendo a medida de segurança de internação um prazo de três anos, ela poderia ser renovada incessantemente enquanto fosse atestada por laudo pericial a periculosidade do paciente.

Ao cessar a medida de segurança de internação, o paciente deveria estar livre para viver em sociedade. Mas não é o que acontece. O manicômio judiciário, de um jeito ou de outro, continua presente na vida do sujeito, já que tem parte de seus direitos civis prejudicados: após a cessão, o indivíduo passa a depender de um curador responsável para administrar seus recursos; fica com os recursos bastante escassos, pois no interior do IPF ou precisa contar

com auxílio governamental, ou com os poucos trocados recebidos por serviços subalternos (como realizar as obras do IPF, trabalhar no jardim, etc.); há ainda a ausência de uma rede de apoio interpessoal, em razão do estigma do “louco perigoso”.

“O que se quer dizer ao afirmar que alguém é doente mental?” foi, justamente, uma das perguntas lançadas por Szasz (1980) para criticar as intervenções psiquiátricas legitimadas por essa concepção. Para ele, “a doença mental é um mito cuja função é disfarçar, e assim tornar mais aceitável, a amarga pílula dos conflitos morais nas relações humanas” (SZASZ, 1977, p. 30). Ao combater o entendimento majoritário na psiquiatria, não se negam as ocorrências sociais e psicológicas da doença mental, mas se questiona o que fazer tendo-se estabelecido um sujeito como um doente mental. Somado a essas questões, ao longo do século XX, mais precisamente no período pós-Segunda Guerra, proliferaram-se denúncias acerca do tratamento desumano realizado por instituições manicomiais (AMARANTE, 1996; HEIDRICH, 2007). Todo esse cenário impulsionou uma série de movimentos de reforma psiquiátrica e antimanicomiais que, em linhas gerais, deslocaram a centralidade do diagnóstico da doença para a promoção de saúde mental.

No Brasil, o marco inicial da Reforma Psiquiátrica está na I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987. Em seu relatório final, estão traçados como objetivos de ação em saúde mental a modificação do modelo assistencial centrado na hospitalização psiquiátrica e a reorientação da política terapêutica. No mesmo ano, em Bauru, o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental adotou como lema “Contra a mercantilização da doença! Por uma sociedade sem manicômios!”. O Rio Grande do Sul foi precursor da Reforma Psiquiátrica em todo o País, implementando, já em 1992, a Lei nº 9.716, determinando a substituição progressiva dos leitos dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção

integral em saúde mental. Nacionalmente, foi apenas com a Lei nº 10.216, em 2001, que se legalizou a Reforma Psiquiátrica. Os manicômios judiciais, entretanto, seguem em funcionamento, como veremos adiante ao tratarmos da experiência trilhada no Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso, o manicômio judiciário do Rio Grande do Sul.

“CAFOFAGENS”, GRITOS DE GOL E OUTRAS MEMÓRIAS DO IPF

Na porta de entrada do IPF, um agente ligado à Superintendência de Serviços Penitenciários é responsável pelo registro das entradas e saídas de pacientes e visitantes. “Para onde vai?”, questiona a quem ali visita nas primeiras vezes, e que logo precisa se identificar. Em seguida, à direita da entrada, alguns pacientes caminham em torno de uma quadra de esportes com o concreto já bastante desgastado. Seguidamente, um camburão estaciona, e uma pessoa é conduzida até o local onde será feita a triagem. De lá, sairá com um diagnóstico que, se enquadrado como caso de medida de segurança, poderá levá-lo a ser internado nas dependências do Instituto Psiquiátrico Forense. A partir de então, enquanto interno do IPF, o paciente precisará se reportar à equipe de saúde e aos agentes penitenciários, confirmando a característica híbrida constatada na literatura sobre a natureza dos manicômios judiciais.

Feita a triagem, configurada a medida de segurança de internação, o paciente será conduzido para uma das sete unidades do Instituto. Essas unidades dividem-se em “aberta”, “fechada” e “feminina”. Nas unidades abertas (B, C e D), o paciente tem acesso ao pátio da instituição, ao passo que, nas unidades fechadas (E, F e G), não. Na feminina, havia acesso apenas ao pequeno espaço cercado em frente à unidade. Para cada unidade, uma ou mais equipes de

saúde ficam referenciadas. Em geral, são compostas de um médico, um técnico em enfermagem ou enfermeiro, e um psicólogo. A cada consulta realizada com a equipe, registram-se informações no prontuário do paciente, que ficará guardado na mesma unidade em que esteja. Assim, é possível acompanhar parte do que ocorreu com cada paciente desde sua chegada no Instituto Psiquiátrico Forense. O tamanho do prontuário sugere o tempo de internação. Nas páginas iniciais, constam algumas linhas sobre a sua história de vida prévia. Remédios, castigos, fugas, relatos pessoais: o prontuário se torna uma espécie de biografia do paciente, que não poucas vezes chega ao manicômio sem sequer saber, de fato, quem é.

Tive conhecimento de um paciente cujo sobrenome é “Cardoso”. Surpreendeu-me o fato de não se tratar de mera coincidência: tendo chegado o paciente sem seus documentos de registro civil, fora questionado seu nome e, sem saber o registro completo, deu-se a ele o sobrenome Cardoso, em razão da internação no Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso. (VITÓRIO, 2016, s/p).

O prontuário é o principal instrumento de consulta por parte da equipe de saúde. No entanto, nele se encontra principalmente a história posterior à internação, ou seja, já no cumprimento da medida de segurança. Em relação à história de vida pregressa, encontram-se os atos ilícitos cometidos que o levaram ao manicômio judiciário, e outros diversos elementos com o intuito de justificar a periculosidade do paciente. Cabe ressaltar que o prontuário carece de uma análise meticulosa da história de vida do paciente. Aliás, nos manicômios judiciários, como já dito, não é incomum a chegada de indivíduos cuja história é desconhecida, inclusive por eles próprios. Esta situação pode nos fornecer pistas sobre a condição social do sujeito do manicômio judiciário, que é atravessado também pela seletividade do sistema penal.⁴

⁴ “Sistema penal seletivo” é uma expressão empregada pela criminologia crítica para definir o funcionamento do sistema penal na sociedade capitalista, já que a maior parte da população carcerária atualmente é de extração proletária, ao mesmo tempo

Hoje pude ir à Unidade fechada realizar a leitura do prontuário de um paciente. Ali estava toda sua vida, desde a chegada no Instituto. Dos remédios tomados diariamente, das tentativas de contato com a família, dos pequenos progressos em atendimentos e, também, dos incidentes no interior do IPF, que o levavam a estar na Unidade fechada. Na verdade, chamou-me a atenção como o prontuário era atualizado, principalmente, com as informações negativas sobre o paciente. Ou seja, muito pouco havia sobre o dia a dia do paciente, apenas sobre o “mau” comportamento (ou seja, acerca dos atos em desacordo com as normas do IPF). (VITÓRIO, 2016, s/p).

O caminho da desinstitucionalização, para quem está recluso nas unidades fechadas, pode ser mais longo, já que muito dificilmente o paciente receberá direito à alta progressiva⁵ quando sequer tem o direito de acessar o pátio livremente. Durante todo o período em que realizei trabalhos no local, apenas alguns poucos pacientes costumavam obter a possibilidade de participarem de atividades fora da Unidade. Até mesmo o período de exposição ao sol era escasso. Durante as noites, as luzes permaneciam acesas, dificultando o sono. Não suficiente, os desentendimentos no interior das celas também eram corriqueiros, e muitas vezes pacientes de maior complexidade dividiam cela com outros de menor complexidade,⁶ fato que impedia até mesmo o diálogo entre muitos deles.

que a maior parte dos delitos perseguidos são contra a propriedade privada, deixando evidente o caráter de classe das prisões (BARATTA, 1986). Havendo uma classe dominante sobre os meios de produção, esta será também responsável pelo controle de determinados aparelhos para manutenção da sua hegemonia político-econômica que, no caso do sistema penal, manifesta-se no desequilíbrio das penas, atribuindo penas mais brandas às elites, e mais rigorosas às classes subalternas.

⁵ Modalidade de alta planejada em que o paciente recebe a possibilidade de sair da instituição progressivamente, com horários e locais pré-determinados pela equipe de saúde.

⁶ Diferentemente do que se possa imaginar, “os loucos” não são todos iguais. De fato, no IPF havia aqueles cuja convivência com os demais ficava prejudicada em razão de questões orgânicas graves, que por vezes impossibilitavam a elaboração de uma frase compreensível. Havia também outros casos, como um paciente que, sem aparelho de audição, nada ouvia; ou ainda, a situação de um interno chinês que só falava sua língua originária. E, no mais, os problemas de convivência eram oriundos de diferenças interpessoais, não necessariamente ligados ao diagnóstico: era o caso de um paciente que tinha muito apreço pela psicanálise e adorava longas discussões; por ser assim, era isolado dos demais, que não estavam dispostos a discutir por tanto tempo.

Nas Unidades Abertas, ao mesmo tempo, a realidade também se mostrou complexa. Afinal, mantinham-se os problemas de insalubridade, e, embora com maior liberdade de circulação pelo pátio, enfrentavam-se a escassez de atividades ocupacionais e os efeitos do uso constante e elevado da medicação. Dessa forma, o caminho para a desinstitucionalização não necessariamente era simples. As cenas cotidianas do Instituto repetiam-se dia após dia: nos mesmos horários, os mesmos pacientes sentados nos mesmos locais, fazendo uso abusivo de palheiros (cigarros) para ver o dia passar; alguns, aventureiros, caminhando em círculos pela quadra na tentativa, muitas vezes frustrada, de se manterem na melhor forma física; a maior parte pouco se afastava das unidades em que eram alocados.

Ainda assim, mesmo diante das condições pouco terapêuticas a que estavam submetidos, alguns pacientes recebiam direito à alta progressiva. Podiam sair do Instituto em dias e horários determinados pela equipe médica, acompanhados ou não, também a critério da equipe. Nesse momento, então, poderiam explorar a cidade, mas com restrições. De um lado, há o que é imposto pela própria equipe, que poderia selecionar os locais a serem visitados pelo paciente – seja de forma direta, quando o paciente só poderia sair com alguém da equipe, agente penitenciário ou em programas pré-agendados; seja de forma indireta, quando restringiam o dinheiro do paciente, ou não lhes ensinavam os caminhos da cidade. De outro lado, havia ainda as restrições impostas pelo próprio funcionamento da cidade: poucos espaços públicos de convivência ao redor do Instituto, baixa divulgação de programas culturais gratuitos, dificuldade na mobilidade urbana coletiva, dentre outros elementos.

A possibilidade de alta progressiva faz uso, ainda, de outros elementos na tentativa da desinstitucionalização – como, por

exemplo, a transição para o Morada São Pedro,⁷ ou outras alternativas de moradia popular. Essa transição é feita com monitoramento da equipe de saúde referenciada no manicômio judiciário e, em alguns casos, com o suporte do acompanhamento terapêutico.⁸

Assim, as condições sob as quais é feita a transição da alta progressiva são bastante precárias. Sem apoio familiar, como em geral ocorre, o paciente precisará encontrar uma maneira de sobreviver. Sob o estigma do louco perigoso, dificilmente encontrará um bom emprego ou conseguirá rapidamente estruturar uma rede de apoio pessoal. Ficará dependente, então, novamente, da tutela estatal.

Inválidos para os interesses estatais prioritários, a saída dos pacientes é bastante dificultada: retiram-se parte de seus direitos civis, submetem-se seus direitos a terceiros – quando da exigência de curador, por exemplo – e, mesmo quando reunidos todos os requisitos para a saída, quem fecha as portas é a própria sociedade. Diante disso, os movimentos sociais que pautam o fim das instituições psiquiátricas desenvolvem uma série de ações com intuito de modificar essa realidade.

“CAFOFAGENS”

O Cafofó é um projeto criado em 2013, oriundo de uma parceria entre estagiários da Psicologia e supervisoras locais, com enfo-

⁷ O Residencial Terapêutico “Morada São Pedro” conta com 27 casas que funcionam como local de passagem para pacientes, principalmente, oriundos do Hospital Psiquiátrico São Pedro. O objetivo do abrigo é operacionalizar uma modalidade assistencial substitutiva ao manicômio (HIRDES; BELINI, 2006), nos marcos da Reforma Psiquiátrica.

⁸ Acompanhamento Terapêutico é uma política de desinstitucionalização que escapa do modelo clínico tradicional, ampliando sua atuação para a própria cidade. Seu exercício dá-se “entre lugares, entre o serviço e a rua, entre o quarto e a sala, fora de lugar, a céu aberto” (PALOMBINI, 2006).

que na desinstitucionalização. Seu espaço físico fora, inicialmente, uma peça que até então funcionava como sala de aula, mas que ficou desocupada devido ao término do contrato da profissional que lá atuava. Mesmo antes de ser estabelecido, o Cafofo já era alvo de vigilância constante. Do nome (Cafofo) às práticas, absolutamente tudo era questionado em relação ao novo espaço. Nos caminhos do manicômio judiciário, as novas iniciativas são questionadas, especialmente quando afetam a ordem instituída.

A potência transgressora do Cafofo está, portanto, nessa nova possibilidade de relação com a própria vida e poder se posicionar de outra forma em relação às condições de existência naquele espaço. Não é somente um ataque/denúncia à instituição, mas sim um produzir vida em um local tão inóspito, produzir tamanho estranhamento no cotidiano da instituição, e constituir um campo de atuação da psicologia que foge aos paradigmas ali postos, ou seja, institui uma outra forma de trabalhar e fazer psicologia. Aos poucos, o espaço que nasceu tímido e sem um rumo pré-definido, foi se tornando um emblema da “desinstitucionalização” dentro do IPF, funcionando como um cartão de visitas às entidades que chegavam e como um projeto vinculado diretamente à Reforma Psiquiátrica e suas diretrizes. (ROITMAN, 2014, p. 25).

Nunca houve um projeto concreto totalmente pré-determinado para o Cafofo; afinal, fora pensado, justamente, para fugir à lógica predominante de enquadramento totalitário e constante das pessoas internadas no Instituto. Sempre foi livre a entrada de pacientes nas oficinas ali realizadas, bem como em todo o âmbito das intervenções. O Cafofo se tornou, aos poucos, “uma fuga, uma brecha, uma fenda dentro da instituição que abriga e refugia o pensamento e a criação” (ROITMAN, 2014, p. 12).

Uma mudança interessante ocorreu no início do primeiro semestre de 2014: o Cafofo, que até então estava localizado em uma pequena sala próxima às unidades C e D da instituição, foi realocado para um espaço abandonado, que já havia servido de unidade, mas que, nos últimos dois anos, ficara ao resguardo dos poucos curiosos que ali se aventuravam:

A sala foi encontrada em estado deplorável de convivência. Cada movimento realizado levantava uma nuvem de mosquitos, e cada objeto deslocado explicitava a inutilidade extrema do espaço durante muito tempo. O odor desagradável apenas confirmava que ali poderia viver de tudo, menos seres humanos. Inacreditável pensar, contudo, que em menos de três anos alguém vivera ali (afinal, até pouco tempo ainda era uma das unidades). “Não dá pra deixar aberto senão eles tomam conta”, disse um agente, referindo-se ao fato de, mesmo neste estado, os pacientes utilizarem o espaço para seus curiosos momentos de privacidade. Enquanto ele falava, eu observava pela janela a quadra inundada pelo esgoto que transbordou, e dois pacientes sentados ao redor enquanto um caminhava para esticar as pernas. (VITÓRIO, 2016, s/p).

De volta ao início, o antigo espaço do Cafofó voltaria a funcionar como sala de aulas. O “novo Cafofó” ganhou mais espaço físico. Entretanto, a resistência institucional às “cafofagens” se mantinham.

A COPA DO CAFOFÓ

Logo que ingressei no IPF como estagiária, foi-me repassada a tarefa de construir uma atividade terapêutica para selar o vínculo com o local. Nos primeiros dias, restringi-me a observar como trabalhavam os demais e a dialogar com os pacientes para que pudesse oferecer uma atividade de interesse geral. Incomodava-me a falta de atividades esportivas, e certa vez questioneei a razão do desinteresse por elas. Fiquei surpreendida positivamente ao saber que, na verdade, todos sempre gostaram muito de esportes, como o futebol, mas não jogavam porque lhes faltava uma bola, e alguém que organizasse. Foi assim que se iniciou o projeto de futebol no Cafofó.

A bola é levada até o Cafofó. Nas janelas com grade da ala fechada, alguns olhares curiosos perguntam se podem jogar. Infelizmente, só podem sair aqueles que receberam permissão de seu médico ou psicólogo. Até o momento, apenas dois participantes das alas não-abertas já participaram: o P, da ala fe-

chada F, e a C., da ala feminina. No Cafofo, enquanto alguns pintam e outros fazem música, alguns internos reclamam da preguiça. Insisto um pouco e consigo alguns participantes para o jogo de logo mais, que ocorre sempre depois do café, a partir das 15h. Saímos do Cafofo e vamos para a quadra – nesse trajeto, vamos convidando quem estiver pelo pátio para jogar e muitos vão se agregando ao grupo, enquanto outros continuam sua rotina. “Tem pouca gente hoje”, disse alguém. Sempre tem, o pessoal costuma chegar no meio do jogo. As partidas devem iniciar com o número de atletas que tiver... Mas primeiro, uma roda para aquecer. Jogamos bobinho. Quando conseguimos oito atletas, pudemos dividir os times: quatro para cada lado. Termina em cinco! (Quando um dos times fizer cinco gols). Nosso jogo não tem muita regra além das básicas. Nosso dia-a-dia já é regrado demais, com regras impostas. Falta, bola fora, pênalti... Isso a gente vai decidindo no meio do jogo, se alguém reclamar. O importante é que esse espaço seja de libertação. Enfim, a primeira partida acabou rápido porque um dos times estava muito forte... (Re)distribuímos os atletas enquanto alguns ficam fazendo piada do lado de fora. Todos riem. Hoje meu time ganhou uma e perdeu outra. Foi um bom dia, afinal. A bola não foi para o outro lado do muro e nem furou. [“A bola rolando” - Extrato do diário de campo, 24 de outubro de 2013]. (VITÓRIO, 2016, s/p).

As primeiras tentativas foram tímidas, ainda em frente ao Cafofo, embora depois tenhamos ocupado a quadra de futebol. Já na primeira roda de toques de bola realizada, antes mesmo da primeira partida, vi os sorrisos nos rostos de quem participava (e até mesmo de quem estava ao redor), integrando internos e internas de diferentes Unidades. A saída do Cafofo para a quadra de futebol também possibilitou uma maior ocupação dos espaços da Instituição, modificando simbolicamente a estrutura corriqueira, fornecendo uma nova alternativa à rotina. Os corpos se movimentavam. Como nos lembra Foucault (2013, p. 12): “Uma coisa, entretanto, é certa: o corpo humano é o ator principal de todas as utopias. O sonho de um corpo imenso, o mito dos gigantes, de Prometeu, é uma utopia. O sonho de voar também.”.

A justificativa inicial do projeto era basicamente servir como um instrumento terapêutico alternativo, já que os prejuízos pela ausência de atividades laborais num contexto de uso rotineiro de medicamentos podem ser devastadores. Inclusive, os benefícios do futebol nesse sentido são comprovados. Na Itália, Mauro Rafaelli e Santo

Rulo, médicos psiquiatras, são fundadores do clube Gabbiano, um projeto pensado inicialmente por Rafaelli por volta de 1993:

O conceito de terapia futebolística só me ocorreu pela primeira vez há 14 anos, quando trabalhava em um hospital romano. Lá, eu tratava um dos pacientes que hoje está aqui, o Alessandro. Enquanto lhe dava uma injeção nas pernas, dei-me conta de que eram muito musculosas, como as de um atleta, e assim que lhe perguntei se alguma vez havia feito algum esporte, ele me disse: “sim, antes eu jogava futebol”. (RAFAELLI apud EL FÚTBOL, 2008, tradução nossa).

A popularidade do projeto no IPF levou-me à propositura de uma Copa – a Copa de Futebol do Cafófo, que ocorreu em 30 de agosto de 2014. Durante uma tarde, o IPF esteve de portas abertas: pessoas externas à instituição, como estudantes e profissionais da saúde, participaram da atividade. Naquele dia, os gritos foram de gol.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E UM ALERTA SOBRE A NOVA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Trazer à tona as memórias registradas no interior do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso foi um processo doloroso, mas necessário. Não é possível encarar o que acontece no interior de um manicômio judiciário e esquecê-lo. Da porta de entrada à porta de saída, registrar os caminhos de um manicômio judiciário é uma maneira de manter viva uma história esquecida. Esquecida porque pouco estudada e muito longe de ser superada.

Não esquecer é apenas um passo para não permitir mais acontecer. É preciso dar fim ao sistema manicomial penal. Não há razões que o sustentem, pois o manicômio quebra com os marcos legais instituídos e ignora as conquistas das categorias da saúde que participaram da Reforma Psiquiátrica brasileira. Sobretudo,

também, dar fim ao sistema manicomial não significa abandonar a complexa questão em torno do sofrimento psíquico, mas criar formas alternativas de cuidado em saúde mental. Aliás, em debate realizado no Brasil, disse Basaglia:

Eu aproveito para precisar, e tenho testemunhas presentes, que jamais falei de “anti”. Eu não sou um antipsiquiatra porque esse é um tipo de intelectual que eu rejeito. Eu sou um psiquiatra que quer dar ao paciente uma resposta alternativa àquela que foi dada até agora. (FIGUEIREDO, 2001, s/p)⁹.

As experiências na oficina Cafófo – as “cafófagens” – foram os dispositivos que permitiram percorrer os caminhos do manicômio judiciário, buscando compreender suas raízes, seus atravessamentos, e, principalmente, por que, ao passar pela porta de entrada, encontra-se um labirinto que dificulta, a todo custo, o encontro da porta de saída. Em síntese, a principal reflexão realizada naquele trabalho foi pensar no porquê de o processo de desinstitucionalização não se concluir ou avançar a passos tão lentos no Brasil.

Certamente, este é o maior paradigma a ser vencido no debate manicomial penal: como impor uma medida que vise à ressocialização, em instituições que produzem um resultado oposto? Ora, há, de um lado, a cultura penal mais popular de nossos tempos, a do “bandido bom, é bandido morto” ou preso. A soltura não é uma medida socialmente aceitável para quem comete crimes, então enclausurar ou internar é uma medida de segurança confortável ao judiciário, praticamente inquestionável. Medidas alternativas, como o tratamento ambulatorial, não são recorrentes nas sentenças e, tampouco, facilmente indicadas nos laudos psiquiátricos, embora estejam previstas em nosso ordenamento. Não suficientemente, de outro lado,

⁹ Fala de Basaglia em debate ocorrido no Hospital das Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em 29 de junho de 1979.

há o impacto da hipermedicalização, próprio da cultura biomédica contemporânea, sem o devido acompanhamento terapêutico e planejamento singular do dia a dia dos pacientes – pelo contrário, diante da rotina repetitiva, senão mórbida, a que estão submetidos – cria-se uma dependência institucional de difícil reversibilidade, levando ao que se denomina de a sua “cronificação”:

A cronificação acontece quando há um processo progressivo de distanciamento entre o portador de transtorno mental e os vários atores e instituições sociais, isto é, assim como um processo caracterizado pela desistência, principalmente, dos técnicos de saúde, de investir em um projeto terapêutico para o paciente, em uma atitude de se desresponsabilizarem frente à impotência curativa e de salva-guardarem suas próprias auto-estimas profissionais. (FIORATI, 2006, p. 107)

Dessa maneira, mesmo pacientes cujos diagnósticos não eram crônicos ao chegarem no Instituto – eram “curáveis”, na linguagem médica tradicional –, acabam por se “cronificar” diante do longo tempo de internação submetidos ao funcionamento manicomial. Durante muito tempo, a porta de saída do manicômio judiciário simplesmente não existia. E ainda hoje, mesmo com a instituição da Reforma Psiquiátrica, encontrá-la é difícil.

Ocorre que, não havendo uma previsão concreta de desinstitucionalização dos pacientes, qualquer atividade proposta lida com os limites da vontade e do sentido. Embora mesmo o modelo “educar-se para trabalhar, trabalhar para viver” já esteja desgastado na sociedade em geral, no manicômio judiciário não há sequer como criar uma expectativa como essa, já o tempo no interior da instituição é, em geral, longo e, mesmo que se consiga sair dela, ela não sairá do paciente: o estigma da loucura criminosa criará barreiras na vida externa ao manicômio. Então, o manicômio judiciário não é uma instituição feita para desinstitucionalizar, razão pela qual todas as iniciativas desinstitucionalizantes em seu interior correm forte

risco de fracassar. O tempo é emblemático nos manicômios judiciais, afinal é uma instituição criada com as funções de tutela e de tratamento, na qual quanto mais tempo se passa nela, menor são as chances de sair.

Da mesma maneira, a alta progressiva no manicômio judiciário é de difícil execução. Trata-se do momento em que a política manicomial penal, que não desinstitucionaliza, choca-se com a sociedade influenciada pelas mesmas condições sócio-históricas que sustentam os manicômios. Ou seja, cruza-se a porta de saída, mas todos os caminhos levam o paciente de volta à porta de entrada. Essa relação dialética entre instituição e contexto é uma peça chave para a devida compreensão do funcionamento do manicômio judiciário e de todas as demais instituições manicomiais.

Desde sua conquista, uma grande lacuna da Reforma Psiquiátrica brasileira foi a deficiência nos serviços de desinstitucionalização, somadas à ineficácia dos elevados períodos de internação em instituições psiquiátricas. Por essa razão, é preciso lançar um alerta à atual política de saúde mental brasileira. Além de alterar profundamente os marcos da Reforma Psiquiátrica – ao interromper a política de fechamento de hospitais psiquiátricos através de serviços substitutivos –, as novas orientações destacam a ampliação dos serviços de internação, inclusive com a modernização de algumas técnicas de contenção, a exemplo da eletroconvulsoterapia. Trata-se de uma política que está na contramão das principais elaborações sobre o tema ao longo de toda a história recente.

Dentre as tarefas das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde mental no século XXI, intervir no sistema manicomial (penal ou não) é uma ação urgente. Para que nunca mais aconteça, será necessário elaborar uma nova práxis, epistemologicamente próxima às questões sociais diversas que integram o ser culturalmente, de modo

diferente do que foram os manicômios. Tal prática deve ser, sobretudo, pedagogicamente persistente para não se restringir à esfera particular da saúde mental e fazer parte, realmente, da vida popular.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo D. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994a.

_____. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde*, v. I, n. 1, p. 61-77, 1994b.

BARATTA, Alessandro. *Criminologia crítica y crítica del derecho penal*. México: Siglo Veinteuno, 1986.

BRASIL. Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Legislação informatizada*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 10 fev. 2019.

_____. Decreto n.º 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a assistência a alienados. *Legislação informatizada*. Disponível em:

<<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoSigen.action?norma=595867&cid=14441371&cidBinario=15779915&mime=application/rtf>>. Acesso em: 10 fev. 2019.

_____. Código Penal. Decreto Lei n.º 2848, de 7 de dezembro de 1940. *Legislação informatizada*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 10 fev. 2019.

BRASIL, Rafaela. *Da maquinaria mortífera do manicômio judiciário à invenção da vida: saídas possíveis*. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

CARRARA, Sergio Luis. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. São Paulo: *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2010.

EL FÚTBOL desafia a la esquizofrenia. Football's Hidden Stories. Abril de 2008. *Fifa*. Disponível em: <<https://es.fifa.com/sustainability/news/y=2008/m=4/news=futbol-desafia-esquizofrenia-760069.html>>. Acesso em 10 fev. 2019.

FIGUEIREDO, Gabriel R. Comentário sobre os encontros de Ulysses Vianna Filho com Franco Basaglia. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 23, n. 1, p. 54, 2001. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462001000100013>>. Acesso em: 10 fev. 2019.

FOUCAULT, Michel. *O corpo utópico, as heterotopias*. São Paulo: N-1 Edições, 2013.

HIRDES, Alice; BELINI, Maria Gorete. Projeto morada São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental. *Texto & Contexto Enfermagem*, out.-dez., v. 15, n. 4, p. 562-569, 2006.

PALOMBINI, Analice de Lima. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. *Psyche*, v. 10, n. 18, p. 115-127, 2006.

ROITMAN, Daniel de Maman. *A clínica da presença no manicômio judiciário: considerações cartográficas a partir da experiência na Oficina Cafofo*. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Psicologia). Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, 2014.

SZASZ, Thomas. *O mito da doença mental: ideologia e doença mental*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

_____. *Ideologia e doença mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

VITÓRIO, Marianna Rodrigues. *Diário de campo*. Porto Alegre, 2016. (mimeo)

5. ASPECTOS JURÍDICO-PENAIIS DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Gilberto Thums¹

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um problema complexo, que extrapola aspectos meramente jurídicos. Por isso, o primeiro volume desta coleção contém o artigo “Violência sexual contra crianças e adolescentes: um problema de saúde pública, um problema de cada cidadão”, de autoria de Jean Von Hohendorff, Luísa Fernanda Habigzang e Silvia Helena Koller, que trata da questão do ponto de vista psicológico e cuja leitura recomendamos. Assim como tantas outras formas, lamentamos que tal violência exista. Esforços conjuntos têm permitido uma maior eficácia na criminalização de agressores. A solução do problema, contudo, não está na condenação dos agressores, mas na eliminação dessa forma de violência, que provoca danos, em muitos casos, irreversíveis às ví-

¹ Procurador de Justiça. Mestre em Ciências Criminais (PUCRS). Professor da Faculdade de Direito da Escola Superior do Ministério Público do Rio Grande do Sul (FMP).

timas. Considerando que é praticamente impossível eliminar todas as formas de violência contra a infância e a adolescência, resta-nos punir quem a causa. Neste capítulo, discutem-se os aspectos jurídico-penais da violência sexual contra crianças e adolescentes e sua criminalização.

Conforme a Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), considera-se criança a pessoa humana com até 12 anos incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos incompletos (BRASIL, 1990).² Esses parâmetros são utilizados para todas as questões em que se discute a aplicação do Estatuto da Criança e do Adolescente.

No Código Penal (CP) (BRASIL, 1940), não se utilizam essas expressões, por se tratar de legislação mais antiga; emprega-se sempre o termo “menor” ou “menor de x anos”. Assim, por exemplo, no caso de estupro de criança ou adolescente, o Código Penal refere-se a menor de 14 anos (pessoa considerada vulnerável). Conseqüentemente, adolescentes com 14 anos completos não são considerados vulneráveis para efeitos sexuais. Se praticarem atos sexuais de forma consentida, não haverá o crime de estupro de vulnerável, porque já têm 14 anos completos e o Código Penal refere-se apenas a menores de 14 anos, e não às categorias criança ou adolescente. Este aspecto cria dificuldades de conjugar a aplicação do Código Penal e do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Iniciaremos a abordagem da violência sexual a partir do crime de estupro, passando pelos crimes relacionados à prática de atos de pedofilia, e finalizaremos com as infrações administrativas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente.

² “Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade” (Lei n.º 8.069/1990, ECA).

CRIMES SEXUAIS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES PREVISTOS NO CÓDIGO PENAL

A partir da reforma penal dos crimes sexuais (Lei n.º 12.015, de 7 de agosto de 2009),³ que alterou o Código Penal, deixou de existir o termo “presunção de violência” para vítimas de estupro menores de 14 anos. O legislador simplesmente emprega a expressão “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com pessoa menor de 14 anos”. Assim, não importa se a relação sexual foi consentida ou forçada. Menores de 14 anos não podem praticar qualquer espécie de ato libidinoso. Não existe a possibilidade de interpretar o texto da lei de outra forma, a não ser por má-fé. É uma disposição clara do legislador de que os menores de 14 anos não possuem capacidade de autodeterminação sexual. Quem praticar qualquer ato sexual que envolva toque no corpo de menor de 14 anos está praticando o crime de estupro de pessoa vulnerável. Os atos sexuais podem consistir em conjunção carnal, beijo lascivo, masturbação, toque nos genitais ou qualquer ato libidinoso cujo objetivo seja o prazer sexual. A idade do agente, isto é, do sujeito ativo que pratica o ato, tampouco é relevante.⁴ Se um adolescente de 16 anos, ou mesmo outra criança de 11 anos, praticar conjunção carnal com uma criança de 11 anos, está ocorrendo estupro de vulnerável (art. 217-A do Código Penal). O tipo de processo não interessa ao nosso tema.

³ “Estupro de vulnerável – Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos: Pena – reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos. § 1º Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no *caput* com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência” (BRASIL, 2009).

⁴ Se ambos tiverem menos de 14 anos completos, ocorre estupro recíproco. Neste caso, contudo, entende-se, conforme o ECA (art. 103), que ocorreu um ato infracional, e não um crime, o que sujeita ambos os infratores ao cumprimento de medidas socioeducativas.

O crime de estupro que não tenha como vítima pessoas vulneráveis está previsto no art. 213 do Código Penal e corresponde ao ato praticado com violência física ou mediante grave ameaça à pessoa. A partir da reforma penal de 2009, quando o crime de atentado violento ao pudor (art. 214 do Código Penal) foi extinto e incorporado ao art. 213 do Código Penal, tanto o homem quanto a mulher podem ser vítimas de crime de estupro. Antes apenas a mulher poderia ser estuprada, porque a lei só mencionava conjunção carnal, isto é, penetração do pênis na vagina, como caracterizadora do estupro, de modo que apenas os seres humanos com vagina, ou seja, o que se entendia outrora como mulher, poderiam ser vítimas. Agora o art. 213⁵ se refere a alguém e a qualquer ato libidinoso, não importando sexo ou gênero da vítima.

Atualmente se considera, pois, que uma mulher também pode ser a agressora e estuprar um homem ou outra mulher. Posições machistas de outrora supunham que apenas um homem poderia ser o agente de um estupro. Por isso, causou espanto a muitos a condenação de uma professora americana em Oklahoma a 15 anos de prisão por ter mantido relações sexuais com seu aluno menor de 15 anos (PROFESSORA, 2015). Tal condenação leva em consideração apenas a idade da vítima e presume, corretamente, que o agressor pode ser tanto homem quanto mulher.

No Brasil, é possível igualmente punir mulher adulta que praticar atos sexuais com pessoa menor de 14 anos. Trata-se, nesse caso, de estupro de pessoa vulnerável (art. 217-A do Código Penal) – uma das formas de estupro –, e a pena é de 8 a 15 anos de prisão. No

⁵ “Estupro – Art. 213. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: Pena – reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos. § 1º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave ou se a vítima é menor de 18 (dezoito) ou maior de 14 (catorze) anos: Pena – reclusão, de 8 (oito) a 12 (doze) anos.” (BRASIL, 2009).

estupro de vulnerável, o emprego ou não de violência para a prática do ato é irrelevante para fins penais, ao contrário do estupro nos termos do art. 213, que é praticado com violência ou grave ameaça. Na hipótese de um adolescente com 14 anos completos e 18 incompletos ser constrangido a praticar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso mediante violência ou grave ameaça, ocorrerá o crime de estupro previsto no art. 213, com pena aumentada (8 a 12 anos), mas não estupro de vulnerável.

Atos sexuais praticados com adolescentes maiores de 14 anos, sem violência ou grave ameaça, em princípio, não caracterizam crime. Somente haverá crime se o ato sexual ocorrer em situação de prostituição ou de exploração sexual. Nesse caso, caracteriza-se o crime do art. 218-B do Código Penal,⁶ com pena de 4 a 10 anos de prisão. Todavia, quem praticar atos sexuais com menor de 14 anos estará sempre estuprando a vítima, nos termos do art. 217-A, mesmo que seja, por exemplo, em um bordel. Quem faz “turismo sexual” com adolescentes entre 14 e 18 anos ficará sujeito a pena de 4 a 10 anos de prisão (art. 218-B do Código Penal) e quem o fizer com menores de 14 anos responderá por estupro de vulnerável, com pena de 8 a 15 anos de prisão (art. 217-A do Código Penal).

Há exploração sexual de filhos pelos pais em várias regiões do País (turismo sexual, ofertas em hotéis, em bordéis, pela Internet, etc.) quando praticam uma ou mais das diversas condutas elencadas pelo Código Penal: “submeter, induzir, atrair, facilitar, impedir ou

⁶ “Art. 218-B. Submeter, induzir ou atrair à prostituição ou outra forma de exploração sexual alguém menor de 18 (dezoito) anos ou que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, facilitá-la, impedir ou dificultar que a abandone: Pena – reclusão, de 4 (quatro) a 10 (dez) anos. § 1º Se o crime é praticado com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa. § 2º Incorre nas mesmas penas: I – quem pratica conjunção carnal ou outro ato libidinoso com alguém menor de 18 (dezoito) e maior de 14 (catorze) anos na situação descrita no *caput* deste artigo; II – o proprietário, o gerente ou o responsável pelo local em que se verifiquem as práticas referidas no *caput* deste artigo” (BRASIL, 2009).

dificultar que abandone a prostituição ou exploração sexual”. Toda forma de exploração sexual ou prostituição envolvendo criança ou adolescente é punida, como citado, conforme o art. 218-B. A sanção penal ocorre para o explorador, e não para o agente que praticou ou vai praticar o ato sexual. Destaca-se que o *caput* art. 218-B refere-se à criança ou adolescente quando há criminalização do explorador. O parágrafo 2º, inciso I, do art. 218-B, se aplica ao agente que pratica o ato sexual com pessoa maior de 14 anos e menor de 18 anos nas condições em que ela é vítima de exploração sexual ou de prostituição. Estranhamente, a lei pune de forma diferente o explorador e o sujeito que pratica atos sexuais quando o explorado tem menos de 14 anos. Quem pratica atos sexuais com menores de 18 anos e maiores de 14 anos, na situação do art. 218-B, tem a mesma pena do explorador. Se a pessoa explorada é menor de 14 anos, o explorador tem pena de 4 a 10 anos (CP, art. 218-B), e quem pratica ato sexual responderá por estupro de vulnerável (CP, art. 217-A) com pena de 8 a 15 anos, mais grave, portanto. O estranhamento decorre do fato de a lei punir mais gravemente aquele que pratica o ato de modo único ou eventual, ou seja, quem mantém relação sexual com menor de 14 anos mediante pagamento, e criminaliza de modo mais brando aquele que diariamente submete menor de 14 anos à situação de exploração sexual.

Quanto ao estupro de vulnerável ou quanto ao estupro mediante violência ou grave ameaça de maior de 14 e menor de 18 anos, há discussão na doutrina e nos tribunais sobre a possibilidade de ocorrer estupro sem tocar no corpo da vítima. Isto porque a figura penal de estupro consiste em ter conjunção carnal ou em praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. Pela letra fria da lei teria de ocorrer contato físico entre agressor e vítima. Recentemente o Superior Tribunal de Justiça (STJ) solucionou a questão com o seguinte entendimento: “decidiu-se que a contemplação lasciva configura o ato libidinoso constitutivo dos tipos dos arts.

213 e 217-A do Código Penal, sendo irrelevante, para a consumação dos delitos, que haja contato físico entre ofensor e ofendido”.⁷ No caso julgado, o agente (conselheiro tutelar) havia obrigado a vítima a se despir, mediante ameaça, e masturbou-se na presença dela, sem tocar no corpo da vítima.

Na mesma linha do STJ, recentemente, o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJ-RS) condenou um estudante de medicina a 14 anos, 2 meses e 11 dias de prisão por “estupro virtual de vulnerável” (art. 217-A do CP) e por armazenar imagens pornográficas de menores de idade (art. 241-B do ECA). O processo corre em segredo de justiça. Conforme o Ministério Público, o universitário passou a ser investigado em abril de 2017, quando o pai da vítima de estupro – um menino de 10 anos de idade – descobriu mensagens trocadas pelo seu filho com o suspeito e levou o caso à Polícia Civil. Em setembro de 2017, o suspeito foi preso, enquanto cumpria plantão em um hospital, sendo denunciado no mês seguinte. Os agentes policiais, ao revistarem o apartamento do estudante, no bairro Bom Fim, encontraram um computador, que continha mais de 12 mil fotografias pornográficas de crianças e adolescentes. A condenação está em sintonia com a legislação vigente e com as normas constitucionais que tem por objetivo a proteção integral de crianças e adolescentes, bem como está de acordo com as exigências impostas nas inovações ético-jurídicas da pós-modernidade (BOND, 2018).

Contudo, tanto o estupro virtual, quanto o estupro sem tocar o corpo da vítima (porém na presença da vítima), podem ser confundidos com o crime de “satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente”, previsto no art. 218-A do CP, que tipifica a prática de atos sexuais na presença de menor de 14 anos ou induzin-

⁷ Recurso Especial 1640087/MG, Rel. Ministro Ribeiro Dantas, Quinta Turma, julgado em 15/12/2016; cf. DJe 01/02/2017.

do-o a presenciar atos libidinosos.⁸ A conduta de se masturbar ou de praticar ato sexual na presença de menor de 14 anos para satisfazer a própria lascívia constitui o crime do art. 218-A do Código Penal, com pena de 2 a 4 anos, bem menor do que o estupro de vulnerável, cuja pena é de 8 a 15 anos de prisão. A distinção é de ordem subjetiva, portanto difícil de estabelecer. O crime de estupro sem tocar na vítima, é praticado contra ela, como foco central da fonte de prazer do agente, enquanto na hipótese do art. 218-A, a vítima é apenas um espectador passivo, pois o agente pratica com alguém conjunção carnal ou outro ato libidinoso e a presença do menor é um elemento a incrementar o prazer sexual. Errou o legislador, conforme será discutido adiante, porque tornou mais grave o ato de forçar um adolescente ou um adulto a se exhibir sexualmente de modo virtual do que uma criança.

Há outra forma de abuso sexual denominada violação sexual mediante fraude (art. 215).⁹ Alguns exemplos de tal crime são as condutas de profissionais da área da saúde que, durante a realização de procedimentos biomédicos ou terapêuticos, aproveitam-se da situação de vulnerabilidade de seus pacientes; ou o agente que se vale da situação de ter contato com a vítima, de poder tocar seu corpo, e dela abusa sexualmente. Não é fácil obter provas, mas é possível. Há vários casos já julgados no Brasil em que médicos são denunciados e condenados por terem abusado de seus pacientes durante consulta ou procedimento. Exemplificativamente, cita-se o caso do ginecologista

⁸ “Art. 218-A. Praticar, na presença de alguém menor de 14 (catorze) anos, ou induzi-lo a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem: Pena – reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos” (BRASIL, 2009).

⁹ “Violação sexual mediante fraude – Art. 215. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima: Pena – reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos” (BRASIL, 2009).

que foi condenado a 19 anos e 10 meses de prisão por ter abusado sexualmente de cinco pacientes durante consulta na rede pública de saúde (MÉDICO, 2015). Em Rondônia, um ginecologista está sendo acusado de ter abusado de mais de 200 mulheres durante consultas ou procedimentos (VALE, 2015). Obviamente, essas vítimas não são menores de 14 anos, porque, se tal situação ocorresse, estaríamos diante de crime de estupro de vulnerável (art. 217-A). No caso de adolescentes a partir de 14 anos completos, já é possível a caracterização do crime previsto no art. 215, de violação sexual mediante fraude. Convém observar que a vítima não pode estar anestesiada ou sedada, sem ter condições de opor resistência, pois nessa situação ocorre o crime de estupro de vulnerável (art. 217, § 1º). É o caso do médico pediatra Eugênio Chipkevitch, condenado a 114 anos de prisão em 2002 por molestar pacientes adolescentes enquanto estavam sedados (STF, 2013). Também foi o caso do ex-médico Roger Abdelmassih, condenado a 278 anos de prisão pelo estupro de 37 mulheres (EX-MÉDICO, 2014).

Outra hipótese de crime é o assédio sexual, também previsto no Código Penal. Menos comum para as vítimas deste artigo, uma vez que adolescentes menores de 14 anos são proibidos de trabalhar e adolescentes maiores de 14 anos e menores de 18 anos, geralmente trabalharão como estagiários.¹⁰ Apesar disso, podemos identificar esse crime, que ocorre sem violência e sem ameaça e só pode ser praticado por superior hierárquico ou por quem tem ascendência em razão de cargo, emprego ou função. Exige-se que a vítima seja submetida a constrangimento, vexame, ou humilhação com o fim de obter favor sexual. Não é necessário ocorrer qualquer ato sexual com

¹⁰ “Assédio sexual – Art. 216-A. Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função. Pena – detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos” (BRASIL, 2001).

a vítima para a sua consumação. Basta a prática dos atos de molestar ou importunar a vítima com ameaças de demissão, rebaixamento de salário ou de causar-lhe outra forma de prejuízo, por exemplo, na avaliação sobre o seu trabalho, com a finalidade de obter favor sexual. Se o abusador vier a praticar ato sexual com menor de 18 e maior de 14 anos, sem violência e sem ameaça, em princípio não há crime, além do assédio sexual, que se consumou no momento em que a vítima foi molestada.

A reforma penal de 2009 também revogou o crime de corrupção sexual de menores, previsto no art. 218, *caput*, dando-lhe nova redação. Embora tenha sido mantido o nome do crime como “corrupção de menores”, modificou-se totalmente seu texto.¹¹ Ele apresenta uma redação injustificável, dado que a conduta está mais próxima da cumplicidade no crime de estupro de vulnerável do que da corrupção de menores. Isso porque aquele que induz uma pessoa menor de 14 anos a satisfazer a lascívia ou o instinto sexual de outra pessoa deveria responder pelo crime que esta pessoa vai praticar contra criança ou adolescente, e não por corrupção sexual de menor. Entendemos que se trata de um absurdo legislativo. Imagine-se a hipótese de uma criança de 11 anos que é convencida (induzida) por alguém em quem confia, a praticar ato sexual com terceiro e isso venha a acontecer. Quem pratica o ato sexual com a criança responde por estupro de vulnerável (art. 217-A), e a pessoa que convenceu a criança a se sujeitar a isso responderá pelo crime do art. 218. Se a vítima tem entre 14 e 18 anos, o crime será o do art. 227, § 1º, cuja pena é a mesma da do art. 218, ou seja, de 4 a 8 anos de prisão. Dessa forma, não haveria nenhuma razão para fazer essa distinção.

¹¹ “Corrupção de menores – Art. 218. Induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem: Pena – reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos” (BRASIL, 2009).

É importante registrar que o processo criminal por crime sexual corre em segredo de justiça com o objetivo de preservar a vítima. A ação penal, no caso de vítima criança ou adolescente, é pública incondicionada, isto é, basta comunicar o fato à polícia, ao Conselho Tutelar ou ao Ministério Público, para que se proceda de ofício, sem exigência de autorização dos pais, até porque, muitas vezes, os próprios pais são abusadores ou cúmplices do abuso sexual.

Também deve ser ressaltado que a lei prevê um aumento de pena para os crimes sexuais se o agente for ascendente, padrasto ou madrasta, tio, irmão, cônjuge, companheiro, tutor, curador, preceptor ou empregador da vítima ou se por qualquer outro título tiver autoridade sobre ela. Assim, no caso de estupro de vulnerável, a pena de 8 a 15 anos pode ser aumentada da metade, totalizando no mínimo 12 anos de prisão.

Em resumo, pessoas menores de 14 anos que tiverem seus corpos tocados para fins de proporcionar prazer sexual ao abusador serão vítimas de estupro de vulnerável (art. 217-A). Quando se tratar de adolescente maior de 14 anos, o crime se configurará como estupro com pena majorada (art. 213, § 1º), desde que os atos sexuais sejam praticados mediante violência ou grave ameaça. Se o adolescente maior de 14 anos for vítima de exploração sexual ou prostituição, quem com ele praticar atos sexuais responderá pelo crime do art. 218-B, §1º, inciso I, e quem o submeter, induzir ou facilitar a prostituição ou a exploração sexual responderá pelo crime do art. 218-B, *caput*. Já o crime de violação sexual mediante fraude só pode ocorrer com adolescentes maiores de 14 anos (art. 215). O mesmo se dá com o crime de assédio sexual (art. 216-A) e de importunação sexual (art. 215-A).

A Lei n.º 13.718 de 2018, que altera artigos do Código Penal na parte dos crimes sexuais, estabeleceu duas circunstâncias de aumento de pena, acrescentando o inciso IV ao art. 226. O aumento

é de um terço até dois terços no caso de ocorrer estupro coletivo ou estupro corretivo.¹² No caso de crianças ou adolescentes, a hipótese mais comum é a de estupro corretivo, como forma de castigo. Os pais tentam impor limites aos filhos, em questões sexuais, da forma mais absurda. Na maioria das vezes é o pai ou o padrasto que, sabendo da situação de namoro ou atividade sexual da filha ou enteada, a submete ao estupro corretivo. Para esta hipótese, a lei prevê dois aumentos de pena: metade, pela condição de pai ou padrasto, e até dois terços pelo estupro corretivo. A pena final facilmente passa de 20 anos de prisão.

O Código Penal ainda prevê o crime de rufianismo, praticado por pessoas (cafetão, cafetina) que vivem às custas de quem se prostitui ou é explorado sexualmente,¹³ estabelecendo uma pena maior na hipótese de a vítima ser maior de 14 e menor de 18 anos. Se a vítima for menor de 14, então se enquadra no crime do art. 218-B. Lembrando que, quem pratica atos sexuais com menor de 14 anos está cometendo crime de estupro de vulnerável.

Há uma última situação, bem grave, envolvendo vítimas crianças ou adolescentes, que diz respeito ao tráfico de pessoas para fins de prostituição, prevista no Código Penal. Independentemente de ser tráfico internacional¹⁴

¹² “Art. 226. A pena é aumentada: IV – de 1/3 (um terço) a 2/3 (dois terços), se o crime é praticado: Estupro coletivo – a) mediante concurso de 2 (dois) ou mais agentes; Estupro corretivo – b) para controlar o comportamento social ou sexual da vítima.” (BRASIL, 2009).

¹³ “Rufianismo – Art. 230. Tirar proveito da prostituição alheia, participando diretamente de seus lucros ou fazendo-se sustentar, no todo ou em parte, por quem a exerça: Pena – reclusão, de um a quatro anos, e multa. § 1º Se a vítima é menor de 18 (dezoito) e maior de 14 (catorze) anos [...]; Pena – reclusão, de 3 (três) a 6 (seis) anos, e multa.” (BRASIL, 2009).

¹⁴ “Tráfico internacional de pessoa para fim de exploração sexual – Art. 231. Promover ou facilitar a entrada, no território nacional, de alguém que nele venha a exercer a prostituição ou outra forma de exploração sexual, ou a saída de alguém que vá exercê-la no estrangeiro. Pena – reclusão, de 3 (três) a 8 (oito) anos. § 1º Incorre na mesma pena aquele que agenciar, aliciar ou comprar a pessoa traficada, assim como, tendo conhecimento dessa condição, transportá-la, transferi-la ou alojá-la. § 2º A pena é aumentada da metade se: I – a vítima é menor de 18 (dezoito) anos [...]” (BRASIL, 2009).

ou doméstico¹⁵, a pena é pouco significativa: de 3 a 8 anos de prisão. O tráfico de pessoas para fins de exploração sexual ou prostituição é um problema de dimensão mundial. Pessoas são atraídas por falsas promessas de emprego e carreira de sucesso, muitas vezes no exterior, especialmente mulheres jovens. A carreira milionária de modelo é uma promessa sedutora. As vítimas, ao chegarem no país estrangeiro, tem seu telefone celular, passaporte e outros documentos e equipamentos eletrônicos confiscados pelos agentes criminosos, que vão submetê-las à prostituição. Há uma situação agravante, que é o confinamento (cativeiro). O crime é de difícil combate, em face do poder econômico dos criminosos e da sua capacidade de corromper agentes públicos. Pessoas são vendidas como mercadoria e escravizadas para se prostituírem. O tráfico interno ocorre com o deslocamento das vítimas no território nacional com o objetivo de exploração sexual ou prostituição. Todos aqueles que se envolverem no processo, quer de cooptação, recrutamento, alojamento ou deslocamento das vítimas, respondem pelo mesmo crime. Para cada pessoa traficada, haverá um crime, e a pena pode ficar bem elevada no caso de descoberta de esquema pela polícia. Frequentemente o crime é praticado por organização criminosa e haverá também a incidência das penas da Lei n.º 12.850, de 2 de agosto de 2013, que criminaliza as organizações criminosas (cf. BRASIL, 2013).

Merece aplauso o legislador quando, em 2018, editou a Lei n.º 13.718 com a finalidade de responder aos abusos sexuais que as pessoas são submetidas em ônibus ou metrô, etc. Foi criada nova figura penal, com o *nomen juris* de importunação sexual, acrescentando o art. 215-A ao Código Penal, que ficou assim redigido: “Praticar

¹⁵ “Tráfico interno de pessoa para fim de exploração sexual – Art. 231-A. Promover ou facilitar o deslocamento de alguém dentro do território nacional para o exercício da prostituição ou outra forma de exploração sexual: Pena – reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos. § 1º Incorre na mesma pena aquele que agenciar, aliciar, vender ou comprar a pessoa traficada, assim como, tendo conhecimento dessa condição, transportá-la, transferi-la ou alojá-la. § 2º A pena é aumentada da metade se: I – a vítima é menor de 18 (dezoito) anos [...]” (BRASIL, 2009).

contra alguém e sem a sua anuência ato libidinoso com o objetivo de satisfazer a própria lascívia ou a de terceiro. Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, se o ato não constitui crime mais grave”.

Antes da Lei n.º 13.718, a conduta era tipificada no art. 61 da Lei de Contravenções Penais. Esta norma felizmente foi revogada. Tratava-se da contravenção de importunação ofensiva ao pudor. Era uma grande janela para a impunidade, porque muitos tribunais entendiam que as condutas classificadas como estupro, quando não ocorria invasão da intimidade, poderiam ser desclassificadas para essa contravenção.

Condutas como beijar lascivamente em qualquer parte do corpo, tocar nas genitais, ou seios ou nádegas, masturbar-se sobre o corpo da vítima ou esfregar-se lascivamente no corpo da vítima constituem o crime do art. 215-A. Por esta razão aplaude-se a revogação da aludida contravenção. Agora as condutas que se caracterizam por molestar sexualmente as vítimas, mas que são praticadas sem violência física ou grave ameaça, constituem a figura penal de importunação sexual, com pena de prisão de 1 a 5 anos.

Chama-se a atenção que, tanto a violação sexual mediante fraude, quanto a importunação sexual, se praticadas contra pessoas menores de 14 anos, constituem crime de estupro de vulnerável, previsto no art. 217-A do Código Penal, visto que são atos libidinosos praticados contra pessoas vulneráveis. Assim, relativamente à criança ou ao adolescente, temos de distinguir pela idade: menores de 14 anos serão vítimas de estupro de vulnerável (art. 217-A do Código Penal) e maiores de 14 e menores de 18, serão vítimas da mesma forma que os adultos dos crimes previstos nos arts. 215 e 215-A.

Outra inovação legislativa de 2018 foi a Lei n.º 13.772, que trata de “registro não autorizado da intimidade sexual”. Resultou na criação da figura penal do art. 216-B, com a seguinte redação: “Produzir, fotografar, filmar ou registrar, por qualquer meio, conte-

údo com cena de nudez ou ato sexual ou libidinoso de caráter íntimo e privado sem autorização dos participantes: Pena – detenção, de 6 (seis) meses a 1 (um) ano, e multa”. Também foi acrescentado um parágrafo único ao mesmo artigo para incluir a conduta referente à montagem para colocar pessoa em cena, com a seguinte redação: “Parágrafo único. Na mesma pena incorre quem realiza montagem em fotografia, vídeo, áudio ou qualquer outro registro com o fim de incluir pessoa em cena de nudez ou ato sexual ou libidinoso de caráter íntimo.”

Trata-se de figura penal criada com o objetivo de proteger a intimidade sexual e o pudor das pessoas. É cada vez mais comum fazer-se registros, gravações, fotos, vídeos, etc. de cenas de intimidade sexual. Isso só será crime se não houver a concordância dos envolvidos. O registro de cenas, contudo, cria uma situação de vulnerabilidade dos envolvidos, pois as imagens podem ser usadas para os mais diversos fins, como chantagem, extorsão, etc., conhecida muitas vezes como “vingança pornô”. O crime do art. 216-B se consuma com o registro ou com a gravação sem autorização dos participantes. Se houver publicação em redes sociais, Internet, etc. então caracteriza-se o art. 218-C parte final, que será analisado a seguir.

A Lei n.º 13.718 de 2018, anteriormente referida, também acrescentou ao Código Penal a figura do art. 218-C, sob o nome de “Divulgação de cena de estupro ou de cena de estupro de vulnerável, de cena de sexo ou de pornografia”. A norma incriminadora está assim descrita:

Oferecer, trocar, disponibilizar, transmitir, vender ou expor à venda, distribuir, publicar ou divulgar, por qualquer meio – inclusive por meio de comunicação de massa ou sistema de informática ou telemática –, fotografia, vídeo ou outro registro audiovisual que contenha cena de estupro ou de estupro de vulnerável ou que faça apologia ou induza a sua prática, ou, sem o consentimento da vítima, cena de sexo, nudez ou pornografia. Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, se o fato não constitui crime mais grave.

Também foi criada uma forma de majoração da pena para uma situação que é bastante comum nos dias atuais e está prevista no parágrafo 1º: “A pena é aumentada de 1/3 (um terço) a 2/3 (dois terços) se o crime é praticado por agente que mantém ou tenha mantido relação íntima de afeto com a vítima ou com o fim de vingança ou humilhação”.

Mais uma vez chama-se a atenção para o fato de que as inovações legislativas dos arts. 216-B e 218-C só alcançam a proteção das pessoas maiores de 18 anos, porque normas similares já existiam no Estatuto da Criança e do Adolescente e com pena mais elevada. Portanto, temos de raciocinar da seguinte forma: se analisa o fato ocorrido referente aos menores de 18 anos, levando em conta as normas do Estatuto da Criança e do Adolescente; se houver previsão legal neste diploma, então não se aplicam as normas do Código Penal. Exemplificativamente: no interior de um ônibus lotado, um homem encosta seu pênis contra as nádegas de uma criança (até 12 anos). Esta matéria não tem previsão no Estatuto da Criança e do Adolescente, porque se trata de estupro de vulnerável (art. 217-A do Código Penal). Se esta cena do ônibus fosse filmada por alguém com seu celular e postada em grupo de comunicação por telefone móvel (WhatsApp), haveria dois crimes previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente: art. 240, com pena de 4 a 8 anos de prisão, e 241-A, com pena de 3 a 6 anos de prisão. Portanto a pena é bem mais grave e há um espectro maior de condutas criminalizadas. A matéria será examinada a seguir.

CRIMES DE NATUREZA SEXUAL PREVISTOS NO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei n.º 8.069/1990) não trata de crimes sexuais propriamente ditos, tais como

estupro, corrupção sexual, exploração sexual, importunação sexual, etc., mas da manifestação de atos que também apresentam natureza sexual, porém são realizados à distância, sem tocar no corpo do menor de 18 anos. Esses atos com conotação sexual são praticados geralmente por pessoas rotuladas como pedófilas, que se valem de uma forma de agir que a tecnologia propiciou, consistente na exploração de imagens, que não envolve a prática de atos sexuais com contato físico.

O termo pedofilia apresenta muita controvérsia entre especialistas. Para facilitar a compreensão deste artigo, pode-se entendê-la como um transtorno psicológico de caráter libidinoso envolvendo crianças e adolescentes. É considerada uma espécie de parafilia – comportamento em que a fonte do prazer não se encontra nos atos sexuais socialmente aceitos, mas em situações consideradas fora do comum e bizarras.

A pessoa pode ter o transtorno, mas se o controlar e não o manifestar, isso não será de interesse do direito penal. Os pedófilos que não controlam sua pulsão libidinoso e cometem atos de pedofilia terão tais atos passíveis de punição pelo direito penal, por exemplo, ao sentir prazer sexual em contemplar a nudez de um bebê. A sociedade se choca com a divulgação de casos de pedofilia, porque atinge vítimas infantis. Quando um ato de pedofilia consiste em tocar fisicamente o corpo da vítima, temos de tratá-lo como estupro de vulnerável. Assim é possível que um pedófilo também seja um estuprador. A maioria dos pedófilos vive na escuridão da impunidade, porque utiliza-se de recursos tecnológicos e não toca o corpo da vítima para satisfazer sua pulsão sexual. Tais indivíduos geralmente exploram imagens de crianças ou adolescentes em cenas pornográficas ou de sexo explícito, ou ainda pelo induzimento de realização de ato sexual à distância. Muitos utilizam o termo pornografia em vez de pedofilia, com a única ressalva de que o pedófilo, ao tocar o corpo físico da vítima, passa a ser estuprador de vulnerável e não apenas um

pedófilo. Muitos pedófilos são também estupradores. Mas nem todo pedófilo é um estuprador. No início deste capítulo já examinamos a possibilidade de estupro virtual de pessoa vulnerável.

Julgamos pertinente estabelecer, inicialmente, a distinção entre crimes e infrações administrativas do Estatuto da Criança e do Adolescente. Os crimes sempre possuem a previsão de pena privativa de liberdade (prisão ou detenção, com ou sem multa), já as infrações administrativas preveem a imposição de multa ou, eventualmente, a interdição de estabelecimento comercial. Embora as infrações administrativas sejam objeto de processo regulado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, jamais se confundem com crimes, porque a condenação pela prática de crime implica a perda da liberdade.

Os crimes do Estatuto da Criança e do Adolescente referentes às questões sexuais estão previstos a partir do art. 240. O foco são os atos de pedofilia, confundidos, por muitas pessoas, com atos sexuais concretos praticados com criança ou adolescente. Ato de pedofilia não é sinônimo de estupro. Uma pessoa pode praticar vários atos criminosos contra a vítima sem tocá-la e, ao final, vir a estuprá-la. Nesse caso, terá cometido vários crimes relacionados à pedofilia mais o crime de estupro, com penas que serão somadas.

O Estatuto da Criança e do Adolescente protege as vítimas contra atos que criam situações de perigo para a futura vida sexual saudável de pessoas em desenvolvimento. Há repúdio ao abuso da situação de vulnerabilidade dessas pequenas pessoas. Não existe na lei brasileira um crime com o nome de pedofilia. A doutrina e os tribunais assim rotularam os crimes relacionados à exploração de imagens de criança ou adolescente em cena pornográfica ou de sexo explícito.

Grande parte dos que praticam atos de pedofilia são homens, com idade superior a 30 anos, situação econômica estável e família constituída (CASTRO, 2011), e levam uma vida acima de qualquer suspeita. Preferem a utilização da Internet para extravasar seus desejos

e praticar atos repugnantes, cujas ferramentas facilitam encontrar vítimas e dificultam a punição. Em geral, as vítimas são pré-púberes, portanto uma presa fácil. Os pedófilos utilizam nomes falsos e linguagem apropriada para a idade da vítima que querem atrair, são sedutores e conquistam com facilidade sua confiança. É um processo que dura muito tempo e aliena a vítima, que acaba confiando no abusador. O filme *Confiar* (2010) é um bom exemplo de como os pedófilos atuam.¹⁶

Seguindo as orientações da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral da ONU em 1989, através da Resolução n.º 44/25, o Brasil adaptou sua legislação para combater os crimes sexuais contra crianças e adolescentes, inclusive os crimes praticados pela Internet. A idade que indica se alguém, de fato, ainda é uma criança, adolescente ou se já é um adulto varia muito de país para país. Cada cultura tem suas regras – por exemplo, na tradição judaica, consideram-se adultos os membros da sociedade com 12 anos, se mulheres, e com 13 anos, se homens. No Brasil, a Lei n.º 8.069/1990 estabelece que a vida adulta se inicia no primeiro minuto do dia em que o indivíduo completa 18 anos.

A Associação de Psiquiatras Americanos, no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V), define um pedófilo como alguém que preenche os seguintes requisitos:

1. por um período de ao menos seis meses a pessoa possui intensa atração sexual, fantasias sexuais ou outros comportamentos de caráter sexual por pessoas com 13 anos de idade ou menos ou que ainda não tenham entrado na puberdade;

¹⁶ Para uma análise do filme *Confiar*, recomendo a leitura do artigo “Confiar: pedofilia e acesso à Internet, nem em casa nossos filhos estão a salvo”, escrito por Gilberto Thums e Ana Carolina da Costa e Fonseca, publicado no livro *Cinema, Ética e Saúde: Volume 2* (THUMS; FONSECA, 2014).

2. a pessoa decide por realizar seus desejos, seu comportamento é afetado por seus desejos, e/ou tais desejos causam estresse ou dificuldades intra e/ou interpessoal;
3. a pessoa possui mais do que 16 anos de idade e é no mínimo 5 anos mais velha do que a criança (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Esse é um parâmetro para norte-americanos. Psiquiatras, psicólogos, sociólogos e outros profissionais tratam a pedofilia de uma forma própria. Juridicamente, no Brasil, como já afirmamos, não existe o termo pedofilia definido em lei. Assim, podemos dizer que um estuprador de uma criança é um pedófilo, embora cientificamente isso não faça sentido, pois, para ser descrito como tal, seria preciso, não apenas, mas também, que ele realizasse mais do que um ato. O termo, contudo, acabou tomando significado de uso popular. Em razão disso, entendemos ser importante apresentar a pedofilia conforme é tratada no ECA. Reafirmamos que, do ponto de vista psicológico, nem todo o pedófilo pratica atos de pedofilia. E nem todos os que praticam atos de pedofilia são, psicologicamente, reconhecidos como pedófilos. No Brasil, usualmente, denomina-se pedófilo, quem tem atração sexual por menores de 14 anos. Tal denominação, contudo, apesar de correta do ponto de vista jurídico, não está correta do ponto de vista da taxionomia psiquiátrica e psicológica. Utilizamos neste artigo o termo pedófilo e pedofilia conforme entendido juridicamente.

Os crimes de pedofilia estão centrados em um aspecto fundamental para sua existência, isto é em uma cena pornográfica ou de sexo explícito,¹⁷ para fins primordialmente sexuais, nos termos defi-

¹⁷ “Art. 241-E. Para efeito dos crimes previstos nesta Lei, a expressão ‘cena de sexo explícito ou pornográfica’ compreende qualquer situação que envolva criança ou adolescente em atividades sexuais explícitas, reais ou simuladas, ou exibição dos órgãos genitais de uma criança ou adolescente para fins primordialmente sexuais” (BRASIL, 1990).

nidos no art. 241-E do ECA. O legislador utilizou-se de uma técnica de criminalização, fechando um círculo sobre as possibilidades de práticas criminosas. Se assim não fosse, uma performance de criança em programa de televisão poderia gerar cena pornográfica para criminalização. Constitui crime a captação das imagens, o recrutamento das vítimas, a publicação, a divulgação, a venda, a transmissão, a disponibilização dos recursos e o armazenamento pelo consumidor final das referidas imagens.

A primeira forma de pedofilia envolve o registro de imagens pornográficas ou de sexo explícito.¹⁸ Trata-se de fotos, filmes, imagens, peças de teatro, etc., produzidas ou registradas pelo abusador. O crime do art. 240, *caput*, está ligado à pessoa que filma, fotografa, produz, reproduz, dirige ou registra, por qualquer meio, cena de pornografia ou de sexo explícito com criança ou adolescente. A pena para esse crime é de 4 a 8 anos de reclusão.

A segunda forma refere-se à conduta de quem faz o agenciamento, a intermediação, o recrutamento, a facilitação ou até coage para efetivar a participação de criança ou adolescente em cenas pornográficas ou de sexo explícito. O aspecto jurídico mais absurdo é a situação de quem contracena com criança em cenas de sexo explícito, pois estaria, em tese, estuprando a criança; entretanto, como está participando de um filme ou registro de cena pornográfica, comete apenas o crime do art. 240, § 1º, com pena de 4 a 8 anos. Prevendo o perfil das pessoas que se envolvem nesse crime, o legislador estabeleceu situações que aumentam a pena. Em geral, os indivíduos

¹⁸ “Art. 240. Produzir, reproduzir, dirigir, fotografar, filmar ou registrar, por qualquer meio, cena de sexo explícito ou pornográfica, envolvendo criança ou adolescente: Pena – reclusão, de 4 (quatro) a 8 (oito) anos, e multa. § 1º Incorre nas mesmas penas quem agencia, facilita, recruta, coage, ou de qualquer modo intermedeia a participação de criança ou adolescente nas cenas referidas no *caput* deste artigo, ou ainda quem com esses contracena [...]” (BRASIL, 1990).

que deveriam cuidar e zelar pela integridade das crianças são justamente os que abusam delas.¹⁹ Muitas vítimas estão em abrigos públicos ou em instituições de acolhimento, encontram-se em situação de alta vulnerabilidade e são alvos fáceis dos pedófilos. Há equívoco legislativo na medida em que uma criança efetivamente está sendo estuprada, mas como está participando de um filme, a legislação considera apenas ato de pedofilia, com pena de 4 a 8 anos. Jamais concordamos com esse texto legal, pois o ato de estuprar é muito mais grave do que o de filmar e, portanto, não poderia deixar de ser devidamente punido.

A terceira forma de pedofilia está prevista no art. 241 do ECA²⁰ e consiste em vender ou expor à venda foto, vídeo ou outro registro de imagens pornográficas ou de cenas de sexo explícito com criança ou adolescente. A pena também é de 4 a 8 anos de reclusão. Trata-se da pessoa que ganha dinheiro com a pedofilia, seja pela Internet ou até em bancas de revistas.

A quarta forma de pedofilia consta no art. 241-A do ECA²¹ e diz respeito à conduta de quem distribui, publica, transmite, oferece,

¹⁹ “Art. 240. [...] § 2º Aumenta-se a pena de 1/3 (um terço) se o agente comete o crime: I – no exercício de cargo ou função pública ou a pretexto de exercê-la; II – prevalecendo-se de relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade; ou III – prevalecendo-se de relações de parentesco consanguíneo ou afim até o terceiro grau, ou por adoção, de tutor, curador, preceptor, empregador da vítima ou de quem, a qualquer outro título, tenha autoridade sobre ela, ou com seu consentimento” (BRASIL, 1990).

²⁰ “Art. 241. Vender ou expor à venda fotografia, vídeo ou outro registro que contenha cena de sexo explícito ou pornográfica envolvendo criança ou adolescente: Pena – reclusão, de 4 (quatro) a 8 (oito) anos, e multa” (BRASIL, 1990).

²¹ “Art. 241-A. Oferecer, trocar, disponibilizar, transmitir, distribuir, publicar ou divulgar por qualquer meio, inclusive por meio de sistema de informática ou telemático, fotografia, vídeo ou outro registro que contenha cena de sexo explícito ou pornográfica envolvendo criança ou adolescente: Pena – reclusão, de 3 (três) a 6 (seis) anos, e multa. §1º Nas mesmas penas incorre quem: I – assegura os meios ou serviços para o armazenamento das fotografias, cenas ou imagens de que trata o *caput* deste artigo; II – assegura, por qualquer meio, o acesso por rede de computadores às fotografias, cenas ou imagens de que trata o *caput* deste artigo [...]” (BRASIL, 1990).

troca, disponibiliza ou divulga, por qualquer meio físico ou eletrônico, fotos, vídeos ou registros que contenham cenas pornográficas ou de sexo explícito com criança ou adolescente. Também se incluem nesse crime as condutas de quem assegura os meios ou serviços para o armazenamento, ou garante o acesso por rede de computador às fotografias, cenas ou imagens pornográficas. Hoje é muito comum o armazenamento de arquivos em nuvem, a publicação em redes sociais e em sítios de filmes, vídeos ou fotografias. O provedor que permite o acesso à rede mundial só pode ser responsabilizado se tiver conhecimento pela vítima, de seu responsável, ou por ordem judicial, e não desabilitar o acesso. Pune-se então o administrador ou o responsável pelos provedores de acesso à Internet ou de serviços de armazenamento.

A quinta forma de pedofilia, a mais comum, é praticada pelos “consumidores” de tais imagens ou cenas e que, muitas vezes, pagam por elas. A lei pune as condutas de adquirir, possuir ou armazenar,²² física ou eletronicamente, imagens ou cenas pornográficas ou de sexo explícito com criança ou adolescente. Há casos em que crianças são raptadas na rua e levadas a um “estúdio”, onde são abusadas ao vivo, com milhares de pedófilos conectados *online*, assistindo e podendo interagir com o abusador ou com a criança, pagando certo valor.

Ao se prender um pedófilo, apreendem-se os equipamentos e os materiais que possui, principalmente computador, telefone celular, *pen drive*, HD externo, mídias em geral, material impresso e tudo que puder ser relacionado com a atividade de pedofilia. A expectativa é que, após a perícia de tais equipamentos, haverá prova concreta dos crimes, bem como de sua rede de contatos. O simples armazenamento de imagens pornográficas de criança ou adolescente

²² “Art. 241-B. Adquirir, possuir ou armazenar, por qualquer meio, fotografia, vídeo ou outra forma de registro que contenha cena de sexo explícito ou pornográfica envolvendo criança ou adolescente: Pena – reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa” (BRASIL, 1990).

já é suficiente para caracterizar o crime (art. 241-B), independentemente do meio (eletrônico ou físico). Quem recebe arquivo com imagens, fotografias ou cenas pornográficas e não as deleta após visualizá-las, mantendo-as armazenadas no aplicativo, pode estar cometendo esse crime, mesmo que tais imagens estejam na “lixeira” do equipamento eletrônico.

A sexta forma de pedofilia consiste na simulação de participação de criança ou adolescente em cenas de sexo explícito ou pornográfica, por meio de adulteração, modificação ou montagem de foto, vídeo ou outra forma de representação visual. O crime está previsto no art. 241-C.²³ São hipóteses mais raras, e é difícil identificar o autor da montagem, por isso a lei pune também as pessoas que vendem, expõem à venda, disponibilizam, distribuem, publicam ou divulgam as referidas imagens.

A sétima e última forma de pedofilia consiste em assediar ou instigar criança com o fim de praticar ato sexual com ela. Não é necessário que o ato ocorra fisicamente; o pedófilo molesta, perturba e insinua que quer praticar ato sexual com a criança. Na maioria das vezes, o abusador pede que a vítima mostre seus genitais ou os seios para a câmera de seu dispositivo eletrônico, a fim de que possa ver e fazer comentários picantes sobre seu corpo e insinuar a prática de atos sexuais. Pode também ocorrer simulação de ato sexual com a criança de forma virtual.

²³ “Art. 241-C. Simular a participação de criança ou adolescente em cena de sexo explícito ou pornográfica por meio de adulteração, montagem ou modificação de fotografia, vídeo ou qualquer outra forma de representação visual: Pena – reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa. Parágrafo único. Incorre nas mesmas penas quem vende, expõe à venda, disponibiliza, distribui, publica ou divulga por qualquer meio, adquire, possui ou armazena o material produzido na forma do *caput* deste artigo” (BRASIL, 1990).

Essa conduta só é punível no Brasil se a vítima for criança,²⁴ isto é, com até 12 anos incompletos. Estranhamente, não é crime se isso for feito com adolescente. Assim, assediar adolescente com o fim de praticar ato sexual não constitui crime de pedofilia. Pedir para um adolescente exibir seus genitais ou seios na frente da câmera de dispositivo conectado à Internet não constitui pedofilia. Por que, então, fotografá-lo exibindo os genitais (art. 240) é crime? Por isso, muitos pedófilos preferem assediar adolescentes, inclusive pedindo para mostrarem-se nus perante a câmera, a fotografá-los. Além disso, ter relações sexuais virtualmente com criança constitui o crime do art. 241-D, e não estupro. Pedir a exibição dos genitais e simular a prática de ato sexual com criança tem pena menor (de 1 a 3 anos) do que fotografá-la. São incoerências do nosso legislador.

Essa última forma de pedofilia é uma das mais comuns: os pedófilos regozijam-se quando conseguem despir virtualmente a criança e fazê-la se exibir pornograficamente. As condutas que deveriam ter punição mais grave são as que têm penalidades mais leves. Dar à criança acesso à material com cenas de sexo explícito com o fim de praticar atos sexuais com ela é muito mais pernicioso do que fazer apenas uma foto (art. 240, pena de 4 a 8 anos de prisão), porém tem pena menor. Mais uma incoerência legislativa.

Diversos estudos nas áreas de psiquiatria e de psicologia buscam identificar o perfil dos pedófilos. Um estudo da Universidade de Yale em pedófilos, com emprego de ressonância magnética, encontrou diferenças significativas de atividade cerebral. Traços comuns

²⁴ “Art. 241-D. Aliciar, assediar, instigar ou constringer, por qualquer meio de comunicação, criança, com o fim de com ela praticar ato libidinoso: Pena – reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa. Parágrafo único. Nas mesmas penas incorre quem: I – facilita ou induz o acesso à criança de material contendo cena de sexo explícito ou pornográfica com o fim de com ela praticar ato libidinoso; II – pratica as condutas descritas no *caput* deste artigo com o fim de induzir criança a se exibir de forma pornográfica ou sexualmente explícita” (BRASIL, 1990).

identificados por pesquisadores são a baixa autoestima e a pouca habilidade social. O que mais assusta é o alto índice de homens que apresentam alguma excitação sexual em relação a crianças, conforme estudos em várias partes do mundo. Destacamos a pesquisa feita nos Estados Unidos sobre pedofilia de J. Briere e M. Runtz (1989) com 197 estudantes universitários masculinos: 21% disseram ter alguma atração sexual por crianças, 9% afirmaram ter fantasias sexuais envolvendo crianças, 5% admitiram masturbar-se por causa dessas fantasias, e 7% conceberiam praticar ato sexual com uma criança caso pudessem evitar ser descobertos e punidos. Os autores advertem que os índices podem ser ainda maiores, tendo em vista que há repulsa social pela admisão de tal impulso sexual.

É do conhecimento público que a pedofilia assume números alarmantes na Igreja Católica, bem como casos de estupros praticados por sacerdotes. Em 2014, foi divulgado um relatório elaborado pelo Comitê dos Direitos da Criança das Nações Unidas, exigindo que o Vaticano entregasse à Justiça todos os pedófilos de que tivesse conhecimento no seio da Igreja. O documento também criticou a atitude da Santa Sé sobre o tema no passado por ter-se limitado a transferir os abusadores de cidade, estimulando a impunidade e acarretando que mais crianças fossem vítimas dos mesmos abusadores. A presidente do comitê, Kristen Sandberg, afirmou que o Vaticano viola a convenção dos direitos das crianças. A ONU destacou em outro relatório, publicado no dia 5 de fevereiro de 2014, em Genebra, sua “profunda preocupação quanto aos abusos sexuais de crianças pelos membros da Igreja Católica sob a autoridade da Santa Sé, com religiosos implicados no abuso de dezenas de milhares de crianças em todo o mundo” (ONU, 2014). Percebe-se que os pedófilos referidos nesses documentos internacionais são, também, estupradores, o que é bem mais grave.

INFRAÇÕES ADMINISTRATIVAS PREVISTAS NO ECA E RELACIONADAS AO DESENVOLVIMENTO MENTAL, SEXUAL E MORAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Há mais de 20 infrações administrativas previstas no ECA, o que não afasta a incidência de crime sobre o mesmo fato. Um exemplo disso é a venda de bebidas alcoólicas ou de produtos cujos componentes podem causar dependência a crianças e adolescentes, ainda que por uso indevido, conforme prevê o art. 243. As pessoas físicas respondem por esse crime (vendedor, gerente, etc.), e as pessoas jurídicas (estabelecimentos comerciais, empresas), pela infração administrativa. A punição mais comum para a infração administrativa é a pena de multa e, nos casos mais graves, o fechamento definitivo do estabelecimento e a cassação da licença. Examinaremos sucintamente infrações administrativas relacionadas ao desenvolvimento psíquico, sexual e moral de criança ou adolescente.

A primeira infração administrativa está prevista no art. 245 do ECA²⁵ e refere-se a profissionais da saúde e de ensino que tomam conhecimento de maus tratos de criança ou adolescente (suspeita ou confirmação) e não comunicam à autoridade competente para que tome providências. Incluem-se entre as hipóteses: agressões físicas, abusos sexuais, tortura, negligência com a saúde ou alimentação, etc. Quando esses profissionais se deparam com uma situação que indica a possibilidade de maus tratos, devem encaminhar o problema ao Conselho Tutelar ou à polícia.

²⁵ “Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena – multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência” (BRASIL, 1990).

A segunda infração administrativa, prevista no art. 250 do ECA,²⁶ consiste na hospedagem de criança ou adolescente em hotel, motel, pensão ou similar desacompanhado dos pais ou responsável. Com essa medida, busca-se coibir o abuso sexual, a prostituição, a exploração sexual e o turismo sexual, que ocorrem nesses locais, principalmente com adolescentes. Os hotéis e motéis são obrigados a exigir documento de identificação para conferir a idade dos hóspedes. Se ficar comprovado o ingresso de criança ou adolescente em desacordo com a lei, a penalização é grave, podendo ocorrer até o fechamento definitivo do estabelecimento e a cassação do alvará de licença.

Outra infração administrativa, que consta no art. 251 do ECA,²⁷ é relativa ao transporte de criança ou adolescente em desacordo com a legislação. Os arts. 83, 84 e 85 disciplinam as viagens desa-

²⁶ “Art. 250. Hospedar criança ou adolescente desacompanhado dos pais ou responsável, ou sem autorização escrita desses ou da autoridade judiciária, em hotel, pensão, motel ou congêneres. Pena – multa. § 1º Em caso de reincidência, sem prejuízo da pena de multa, a autoridade judiciária poderá determinar o fechamento do estabelecimento por até 15 (quinze) dias. § 2º Se comprovada a reincidência em período inferior a 30 (trinta) dias, o estabelecimento será definitivamente fechado e terá sua licença cassada” (BRASIL, 1990).

²⁷ “Art. 251. Transportar criança ou adolescente, por qualquer meio, com inobservância do disposto nos arts. 83, 84 e 85 desta Lei: Pena – multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência” (BRASIL, 1990). “Art. 83. Nenhuma criança poderá viajar para fora da comarca onde reside, desacompanhada dos pais ou responsável, sem expressa autorização judicial. § 1º A autorização não será exigida quando: a) tratar-se de comarca contígua à da residência da criança, se na mesma unidade da Federação, ou incluída na mesma região metropolitana; b) a criança estiver acompanhada: 1) de ascendente ou colateral maior, até o terceiro grau, comprovado documentalmente o parentesco; 2) de pessoa maior, expressamente autorizada pelo pai, mãe ou responsável. § 2º A autoridade judiciária poderá, a pedido dos pais ou responsável, conceder autorização válida por dois anos. Art. 84. Quando se tratar de viagem ao exterior, a autorização é dispensável, se a criança ou adolescente: I – estiver acompanhado de ambos os pais ou responsável; II – viajar na companhia de um dos pais, autorizado expressamente pelo outro através de documento com firma reconhecida.

Art. 85. Sem prévia e expressa autorização judicial, nenhuma criança ou adolescente nascido em território nacional poderá sair do País em companhia de estrangeiro residente ou domiciliado no exterior” (BRASIL, 1990).

companhadas dos responsáveis. O objetivo é evitar o extravio destes da família natural ou substituta, ou a convivência com companhias indesejadas que se aproveitem da ingenuidade ou da inexperiência dos menores. Há muitas situações de perigo que podem vitimá-los: tráfico de pessoas para fins de prostituição ou exploração sexual, seqüestro para fins sexuais, adoções clandestinas, trabalho escravo, corrupção criminal para prática de crimes em que o adulto é o mentor, várias formas de pedofilia, etc.

O legislador apresenta seis situações em que a formação sexual, moral ou cultural da criança ou do adolescente fica vulnerável: diversão ou espetáculo público sem indicação da natureza da diversão e a faixa etária especificada;²⁸ peças teatrais, filmes, representações ou espetáculos sem indicação do limite de idade recomendado;²⁹ horários inadequados de programas de rádio e televisão ou espetáculo;³⁰ exibição de filmes, *trailers*, peças, amostras ou congêneres, inadequadas em face da classificação de idade;³¹ venda ou locação de vídeos

²⁸ “Art. 252. Deixar o responsável por diversão ou espetáculo público de afixar, em lugar visível e de fácil acesso, à entrada do local de exibição, informação destacada sobre a natureza da diversão ou espetáculo e a faixa etária especificada no certificado de classificação: Pena – multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência” (BRASIL, 1990).

²⁹ “Art. 253. Anunciar peças teatrais, filmes ou quaisquer representações ou espetáculos, sem indicar os limites de idade a que não se recomendem: Pena – multa de três a vinte salários de referência, duplicada em caso de reincidência, aplicável, separadamente, à casa de espetáculo e aos órgãos de divulgação ou publicidade” (BRASIL, 1990).

³⁰ “Art. 254. Transmitir, através de rádio ou televisão, espetáculo em horário diverso do autorizado ou sem aviso de sua classificação: Pena – multa de vinte a cem salários de referência; duplicada em caso de reincidência a autoridade judiciária poderá determinar a suspensão da programação da emissora por até dois dias” (BRASIL, 1990).

³¹ “Art. 255. Exibir filme, trailer, peça, amostra ou congêneres classificados pelo órgão competente como inadequado às crianças ou adolescentes admitidos ao espetáculo: Pena – multa de vinte a cem salários de referência; na reincidência, a autoridade poderá determinar a suspensão do espetáculo ou o fechamento do estabelecimento por até quinze dias” (BRASIL, 1990).

em desacordo com a classificação oficial;³² revistas e publicações com material inadequado ou impróprio – pornografia; revistas e publicações para público infanto-juvenil com anúncios de bebidas alcoólicas, tabaco, armas, ou crônicas que afrontam valores éticos e sociais da pessoa e da família.³³

As infrações administrativas são uma valiosa ferramenta para coibir os abusos, criando uma rede de proteção à criança ou ao adolescente por obrigar determinadas pessoas a adotarem atitudes proativas. Em todos os casos acima discutidos, tanto a imposição de sanções penais quanto administrativas objetivam resguardar aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade em decorrência da pouca idade. Mesmo quando a dureza da vida faz com que crianças e adolescentes amadureçam cedo demais, tal processo não se dá sem danos. E a legislação visa a proteger a inocência da tenra idade contra danos que são, muitas vezes, irreversíveis.

Leis, que tipificam crimes e infrações administrativas, são paliativos legais que denotam o fracasso das sociedades em que seus membros apresentam comportamentos moralmente censuráveis.

³² “Art. 256. Vender ou locar a criança ou adolescente fita de programação em vídeo, em desacordo com a classificação atribuída pelo órgão competente: Pena - multa de três a vinte salários de referência; em caso de reincidência, a autoridade judiciária poderá determinar o fechamento do estabelecimento por até quinze dias” (BRASIL, 1990).

³³ “Art. 257. Descumprir obrigação constante dos arts. 78 e 79 desta Lei: Pena - multa de três a vinte salários de referência, duplicando-se a pena em caso de reincidência, sem prejuízo de apreensão da revista ou publicação” (BRASIL, 1990).

“Art. 78. As revistas e publicações contendo material impróprio ou inadequado a crianças e adolescentes deverão ser comercializadas em embalagem lacrada, com a advertência de seu conteúdo. Parágrafo único. As editoras cuidarão para que as capas que contenham mensagens pornográficas ou obscenas sejam protegidas com embalagem opaca.” (BRASIL, 1990).

Art. 79. As revistas e publicações destinadas ao público infanto-juvenil não poderão conter ilustrações, fotografias, legendas, crônicas ou anúncios de bebidas alcoólicas, tabaco, armas e munições, e deverão respeitar os valores éticos e sociais da pessoa e da família” (BRASIL, 1990).

Crianças e adolescentes não são respeitadas em relação aos costumes sexuais aceitos pela nossa sociedade. Por isso, foi necessário que o legislador editasse tantos tipos penais e infrações administrativas. O primeiro movimento ocorreu em 1940 com o Código Penal, quando tipos penais foram estabelecidos. Cinquenta anos depois, em 1990, com o Estatuto da Criança e do Adolescente, atendendo a uma determinação da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, foi criado um sistema de proteção integral à infância e à adolescência. Assim, foram criadas figuras penais específicas e infrações administrativas. Estas visam a coibir ou enfrentar situações menos graves. Convém registrar que as penalidades para as infrações administrativas são aplicadas pelo juiz da infância e da juventude, mediante processo regular.

Existe hoje uma compreensão mais efetiva da necessidade de proteger crianças e adolescentes contra abusos sexuais de todas as formas. Policiais, educadores, profissionais da saúde, operadores do direito, em especial magistrados, estão dispensando cuidados especiais no atendimento dessas pessoas, para garantir-lhes, de fato, proteção integral.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *DSM V, Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BOND, Letycia. Justiça gaúcha condena estudante por “estupro virtual de vulnerável”. *Agência Brasil*. Brasília, 20 dez. 2018. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2018-12/justica-gaucha-condena-estudante-por-estupro-virtual-de-vulneravel>>. Acesso em: 13 fev. 2019.

BRASIL. Lei n.º 13.772, de 19 de dezembro de 2018. Altera o Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para criminalizar o registro não autorizado de conteúdo com cena de nudez ou ato sexual ou libidinoso de caráter íntimo e privado. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 dez. 2018.

_____. Lei n.º 13.718, de 24 de setembro de 2018. Altera o Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 set. 2018.

_____. Lei n.º 12.850, de 2 de agosto de 2013. Define organização criminosa e dispõe sobre a investigação criminal, os meios de obtenção da prova, infrações penais correlatas e o procedimento criminal. *Diário Oficial da União*, edição extra, Brasília, DF, 5 ago. 2013.

_____. Lei n.º 12.015, de 7 de agosto de 2009. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 ago. 2009.

_____. Lei n.º 10.224, de 15 de maio de 2001. Altera o Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para dispor sobre o crime de assédio sexual e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 mai. 2001.

_____. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

_____. Decreto-lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1940.

BRIERE, J.; RUNTZ, M. University males' sexual interest in children: predicting potential indices of "pedophilia" in a nonforensic sample. *Child Abuse & Neglect*, v. 13, n. 1, p. 65-75, 1989.

CASTRO, Joelíria V.; BULAWSKI, Cláudio M. O perfil do pedófilo: uma abordagem da realidade brasileira. *Revista Liberdades*, n. 6, p. 3-26, 2011. Disponível em: <http://www.revistaliberdades.org.br/site/outrasEdicoes/outrasEdicoesExibir.php?rcon_id=74>. Acesso em: 15 out. 2015.

EX-MÉDICO Roger Abdelmassih é preso no Paraguai após três anos foragido. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Brasília, 19 ago. 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/08/1502678-medico-roger-abdelmassih-e-preso-no-paraguai-apos-tres-anos-foragido.shtml>>. Acesso em: 10 out. 2015.

MÉDICO condenado por abuso sexual é transferido para Tremembé, SP. *G1, Vale do Paraíba e Região*, 19 maio 2015. Disponível em:

<<http://g1.globo.com/sp/vale-do-paraiba-regiao/noticia/2015/05/medico-condenado-por-abuso-sexual-e-transferido-para-tremembe-sp.html>>. Acesso em: 10 out. 2015.

ONU critica Vaticano pela atitude com padres pedófilos. *Diário de Notícias*, Portugal, 5 fev. 2014. Traduzido por Susana Salvador. Disponível em: <http://www.dn.pt/inicio/globo/interior.aspx?content_id=3669567>. Acesso em: 6 out. 2015.

PROFESSORA condenada por manter relações com aluno diz que a culpa foi dele. *Yahoo Notícias*, 18 ago. 2015. Disponível em: <<https://br.noticias.yahoo.com/professora-condenada-por-manter-rela%C3%A7%C3%B5es-com-aluno-diz-que-a-culpa-foi-dele-181454307.html>>. Acesso em: 10 out. 2015.

STF nega novo julgamento a pediatra condenado por molestar menores. *G1*, Brasília, 25 jun. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2013/06/stf-nega-novo-julgamento-pediatra-condenado-por-molestar-menores.htm>>. Acesso em: 10 out. 2015.

VALE, Franciele do. Polícia de RO ouvirá 200 pacientes de ginecologista preso por abuso sexual. *G1*, Ariquemes e Vale do Jamari, 10 mar. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/ro/ariquemes-e-vale-do-jamari/noticia/2015/03/policia-de-ro-ouvira-200-pacientes-de-ginecologista-preso-por-abuso-sexual.html>>. Acesso em: 10 out. 2015.

6. DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES: UMA HISTÓRIA DE VIOLAÇÕES

Ivana Battaglin¹

*Do que padeço
não tenho como dizer:
a palavra já é remédio
e as minhas dores
estão além de qualquer nome.*
Mia Couto

Este capítulo analisa algumas das legislações e dos códigos religiosos ao abordar o modo como os direitos humanos das mulheres têm sido violados ao longo da história em razão de seus preceitos, numa perspectiva que aponta o papel social que lhes era destinado, as regras rígidas que lhes eram impostas, e o modo como são tratadas nos dias atuais. Muito embora se reconheçam os avanços na conquista de direitos e nas garantias aos direitos fundamentais des-

¹ Promotora de Justiça designada para atuação nas Promotorias de Justiça de Combate à Violência Doméstica e Familiar de Porto Alegre.

sa parcela da população, perpetuam-se ainda algumas barbáries que são invisibilizadas ou minimizadas pela sociedade contemporânea.

Busca-se analisar a figura da mulher em ambos os contextos, traçando um paralelo numa perspectiva histórica, pretendendo uma reflexão sobre os (poucos) avanços na garantia dos direitos humanos das mulheres em relação às violações. Não se pretende esgotar as hipóteses dessas violações, apenas assinalar alguns pontos estranhos de tais disposições legais ou religiosas, bem como apontar aquelas que – formalmente ou incrustadas na cultura – ainda subsistem na atualidade.

Busca-se analisar as violações aos direitos humanos das mulheres sob a óptica dos códigos jurídicos e religiosos, em alguns momentos da história, desde o *Código de Hamurabi* até o *Malleus Maleficarum*, passando pelas normas religiosas impostas pela Bíblia e pelo Alcorão. Nesta análise, detecta-se uma estrutura comum a todas as regras que violam os direitos das mulheres: a crença na sua inferioridade e, por isso, a necessidade de serem custodiadas, bem como o iminente perigo que elas representariam caso tivessem os mesmos direitos que os homens — haja vista que, muito embora tomadas como inferiores, as mulheres são sempre uma ameaça, como se vê em Eclesiástico 42:14, “é melhor a maldade do homem do que a bondade da mulher”.

Ainda que códigos, ordenamentos e preceitos antigos tenham sido formalmente revogados por disposições mais contemporâneas, a cultura segue permeada por sua influência. Por vezes os ideais presentes em tais textos estão enraizados de tal modo que nem mesmo os maiores organismos de defesa de direitos humanos conseguem acabar com barbáries, a exemplo da mutilação genital feminina, do tráfico e da exploração sexual de mulheres e meninas, dos estupro coletivos e do feminicídio. O debate não poderia exaurir o tema, mas

tem por propósito incitar à reflexão, para que nunca se diga “isso é natural”, como no poema de Brecht:

Nós vos pedimos com insistência:
Nunca digam – Isso é natural!
Diante dos acontecimentos de cada dia,
Numa época em que corre o sangue
Em que o arbitrário tem força de lei,
Em que a humanidade se desumaniza
Não digam nunca: Isso é natural
A fim de que nada passe por imutável. (BRECHT, 1968, p. 123).

AS VIOLAÇÕES CODIFICADAS NAS LEGISLAÇÕES E NOS CÓDIGOS RELIGIOSOS

Qualquer retrospecto que se faça acerca dos direitos das mulheres ao longo da história da humanidade nos convida a rever um imenso desamparo, permeado por invisibilidade, o que, por vezes, nos revela um espetáculo de terror e barbárie. Sem pretender esgotar todos os exemplos de violação desses direitos, e atendo-nos inicialmente apenas às violações correlatas a leis e códigos religiosos, podemos iniciar este capítulo, sob o ponto de vista das leis, com o *Código de Hamurabi*, datado de cerca de 1780 antes da nossa era. Sua normatização trazia claras disposições no sentido da primazia masculina, prevendo, no art. 141:

Se a esposa de um homem, que mora na casa de seu marido, decidiu ir embora e criou para si um pecúlio, dilapidou sua casa, negligenciou seu marido, comprovarão isso contra ela. Se seu marido declarou que deseja repudiá-la, ele poderá repudiá-la, ele não lhe dará coisa alguma, nem para viagem, nem como indenização de separação. Se o seu marido declarou que não deseja repudiá-la, *ele poderá tomar outra mulher e ela morará como escrava na casa dele*. (CÓDIGO, 2011, p. 25, grifo nosso).

Consoante o *Código de Hamurabi*, a esposa pertencia ao marido e poderia até mesmo tornar-se sua escrava. De forte cunho religioso, também o *Código de Manu*, ordenamento jurídico baseado em histórias míticas que vigorou na Índia por volta dos anos 1.300 a 800 a.C., em seu livro nono, trazia dentre outras disposições,² que as mulheres deveriam sempre estar sob a guarda de um homem – o pai na infância, o marido na juventude, e o filho na velhice – pois, se não vigiadas, poderiam se tornar a desgraça da família, por tenderem a “más inclinações”.

Na Grécia Antiga, o berço da democracia dispunha na legislação de uma espécie de equiparação das mulheres aos escravos, de modo que não eram consideradas cidadãs e não tinham qualquer participação política. Tratava-se, portanto, de uma democracia feita por e para homens. Sobre esse ponto, Galeano (2009, p. 121), faz ácida crítica e provoca uma indagação:

Até pouco tempo atrás, os historiadores da democracia ateniense só de passagem mencionavam os escravos e as mulheres. Os escravos eram a maioria na população da Grécia e as mulheres eram a metade. Como seria a democracia ateniense, considerada do ponto de vista dos escravos e das mulheres?

Alves e Pitanguy (1985, p. 11) citam Platão sobre o assunto, revelando o quão natural era o pensamento sobre a inferioridade feminina: “Se a natureza não tivesse criado as mulheres e os escravos, teria dado ao tear a propriedade de fiar sozinho”. Mendes (2012, p.

² “Art. 420. Dia e noite as mulheres devem ser mantidas em estado de dependência por seus protetores; e, mesmo quando elas têm demasiada inclinação pelos prazeres inocentes e legítimos, devem ser submetidas por aqueles de quem dependem à sua autoridade. Art. 421. Uma mulher está sob a guarda de seu pai durante a infância; sob a guarda de seu marido durante a juventude; sob a guarda de seus filhos em sua velhice; ela não deve jamais se conduzir à sua vontade. [...] Art. 423. Deve-se, sobretudo, cuidar e garantir as mulheres contra as más inclinações, mesmo as mais fracas; se as mulheres não fossem vigiadas, elas fariam a desgraça de suas famílias” (CÓDIGO, 2011, p. 89).

145) lembra Aristóteles, que sustentava a incapacidade das mulheres de decidir sobre assuntos públicos, afirmando ainda serem incapazes de tratar sequer sobre assuntos domésticos de maior complexidade. Portanto, dois dos maiores pensadores da época tinham argumentos que justificavam a violação aos direitos das mulheres.

Vrissimtzis (2002, p. 38) descreve aquela sociedade grega patriarcal como o “clube masculino mais exclusivista de todos os tempos”, na qual apenas os homens gozavam de todos os direitos civis e políticos e, além disso, tinham poder absoluto sobre as mulheres. O autor menciona ainda um excerto do discurso de Demóstenes³ como a clara expressão da posição da mulher na sociedade ateniense da época: “Temos as hetairas⁴ para o prazer, as concubinas para os cuidados diários do nosso corpo, e as esposas para a procriação de herdeiros legítimos para cuidar do lar” (DEMÓSTENES apud VRISSIMTZIS, 2002, p. 38).

Já a civilização romana, como apontada por Alves e Pitanguy (1985, p. 14), tinha em seus códigos a instituição do *paterfamilias*, que dava ao patriarca o total poder sobre mulher, filhos, servos e escravos. A ideia da inferioridade feminina e o “perigo” de dar-lhes direitos permeava a legislação romana, o que ficou evidente no episódio em que, em 195 d.C., as mulheres dirigiram-se ao Senado Romano para protestar contra a lei que determinava que somente os homens poderiam usar o transporte público, sendo elas obrigadas a andarem a pé. Na oportunidade, o senador Márcio Pórcio Catão manifestou-se veementemente contra, argumentando que as leis os auxiliavam a “manter as mulheres tranquilas e para refrear-lhes a licenciosidade”, e finalizou arguindo que “os senhores sabem como

³ Discurso citado pelo autor como “Contra Neaira, 122”.

⁴ Segundo nota do autor, hetairas eram mulheres de costumes livres e elevados que se distinguiam das prostitutas comuns por sua perspicácia e habilidades como musicistas ou dançarinas.

são as mulheres: façam-nas suas iguais, e imediatamente elas quere-rão subir às suas costas para governá-los”.

A caça às bruxas, que teve início na Idade Média com seu ápice no século XVI, constituiu-se em verdadeiro genocídio de mulheres na Europa e América, legitimado pelo Tribunal do Santo Ofício da Inquisição.

Malleus Maleficarum, considerado por Zaffaroni o texto fundador do direito penal (GALEANO, 2009, p. 69), foi escrito por Heinrich Kraemer e James Sprenger, publicado em 1487, e dirigia-se contra metade da humanidade, sobretudo contra as mulheres. Elas corresponderam a uma proporção de 90% das vítimas das fogueiras da Inquisição, o que, segundo Perrot (2015, p. 89), perfaz o número aproximado de 90 mil mulheres queimadas vivas, “principalmente na Alemanha, na Suíça e no leste da França atual (Lorena, Franche-Comté), mas também na Itália e na Espanha”. O livro, também chamado de “O Martelo das Bruxas” ou “O Martelo das Feiticeiras”, foi uma espécie de manual de diagnóstico de bruxas, largamente usado no período da Inquisição. A obra divide-se em três partes: a primeira ensinava os juízes a reconhecerem as bruxas em seus múltiplos disfarces e atitudes; a segunda expunha todos os tipos de malefícios, classificando-os e explicando-os; e a terceira regravava as formalidades para agir “legalmente” contra as bruxas, demonstrando como processá-las, inquiri-las, julgá-las e condená-las, incluindo-se técnicas de tortura para obtenção da confissão. A propósito, Galeano (2009, p. 69) aponta que os “inquisidores dedicaram todo o manual, da primeira à última página, à justificação do castigo da mulher e à demonstração de sua inferioridade biológica”.

Alves e Pitanguy analisam essa sistemática perseguição às mulheres, que se instituiu oficialmente a partir de *O martelo das bruxas*:

Neste período, essencialmente teológico, a “maldição bíblica de Eva” acompanharia mais que nunca a mulher. Se bem que exista uma contradição interna no pensamento da Igreja medieval no que concerne à posição da mulher, oscilando entre as figuras de Maria, exaltada, e Eva, denegrida, o que prevalece na mentalidade eclesial da época é [sic] a formação e o triunfo do tabu sexual. Eva é responsável pela queda do homem, e é considerada, portanto, a instigadora do mal. Este estigma, que se propaga por todo o sexo feminino, vem a se traduzir na perseguição implacável ao corpo da mulher, tido como fonte de malefícios.

[...]

Existe, nessa perseguição às feiticeiras, um elemento claro de luta pela manutenção de uma posição de poder por parte do homem: a mulher, tida como bruxa, supostamente possuiria conhecimentos que lhe confeririam espaços de atuação que escapavam ao domínio masculino. (1985, p. 20, grifo nosso).

Um dos autores de *Malleus Maleficarum*, Jacques Sprenger, inquisidor e teórico da demonologia, conforme citado por Alves e Pitanguy (1985, p. 24) declarou expressamente: “se hoje queimamos as bruxas, é por causa de seu sexo feminino”.

A análise dos direitos humanos das mulheres no cotejo com os códigos religiosos não pode ser inserida numa ordem cronológica, haja vista que, muito embora alguns códigos datem de milênios, seus preceitos não foram abandonados, e permeiam as barbáries praticadas na atualidade sob os auspícios de suas normas religiosas – de forma velada ou não. Assim, nesse ponto cabe uma análise também contemporânea do que ali está disposto.

A Bíblia, nesse contexto, apresenta no Antigo Testamento um verdadeiro manual de como subjugar as mulheres e mantê-las submissas e inferiores, reiterando sistematicamente o seu papel subsidiário, acessório, e até mesmo “perigoso” – o que reforça a necessidade de serem vigiadas. Os textos bíblicos ensinam que:

Conservem-se as mulheres caladas nas igrejas, porque não lhes é permitido falar; mas estejam submissas como também a lei o determina. *Se, porém, quiserem aprender alguma coisa, interroguem, em casa, a seu próprio marido; porque para a mulher é vergonhoso falar na igreja.* (1 Coríntios 14:34-35, grifo nosso).

Dessa forma, nega-se às mulheres a possibilidade de instruírem-se e pensarem por si próprias, pois se recomenda que:

A mulher aprenda em silêncio com toda a submissão. Pois não permito que a mulher ensine, nem tenha domínio sobre o homem, mas que esteja em silêncio. Porque primeiro foi formado Adão, depois Eva. E Adão não foi iludido, mas a mulher, sendo enganada, caiu em transgressão. (Timóteo 2:11-13).

A superioridade masculina está muito bem assentada quando as escrituras afirmam que o homem não foi criado para a mulher, mas a mulher para o homem (1 Coríntios 11:9). O texto sagrado recomenda às mulheres:

Submetei-vos a vossos maridos, como ao Senhor; porque o marido é a cabeça da mulher, como também Cristo é a cabeça da igreja, sendo ele próprio o Salvador do corpo. Mas, assim como a igreja está sujeita a Cristo, assim também as mulheres o sejam em tudo a seus maridos. (Efésios 5:22-24, grifo nosso).

A ordem é clara: “As mulheres tem de ser submissas aos vossos maridos” (1 Pedro 3:1). A Bíblia justifica tais preceitos quando afirma que “foi pela mulher que começou o pecado, e é por culpa dela que todos morremos” (Eclesiástico 25:24), e por isso Deus então determinou a Eva: “Multiplicarei grandemente a tua dor e a tua conceição; com dor terás filhos; e o teu desejo será para o teu marido, e ele te dominará.” (Gênesis 3:16).

Da mesma forma, no Alcorão, livro sagrado do Islã, há diversos preceitos contrários aos direitos humanos das mulheres, por exemplo a obrigatoriedade de usarem os véus islâmicos:

Profeta! Diga a suas esposas e filhas, e todas as mulheres muçulmanas, para usarem capas e véus cobrindo todo o seu corpo (cobrindo-se totalmente exceto para um ou dois olhos para ver o caminho). Isso vai ser melhor. Elas não vão se aborrecer e nem serem molestadas. (Alcorão 33:59, grifo nosso).

O texto ainda inclui a permissão para que os maridos agri-
dam fisicamente suas esposas:

As boas esposas são devotamente obedientes, e que se guardam na ausência o que Alá teria guardado. Quanto àquelas, em cuja parte você teme rebelião, (primeiro) as admoeste, (depois) se recuse a compartilhar suas camas, (e por último) *bata nelas*; mas se elas retornam à obediência não busque nada mais contra; certamente, Alá é exaltado e grande! (Alcorão 4:34, grifo nosso).

Mas, para muito além do Alcorão, temos a *Sharia*, lei islâmica que é a fonte religiosa, política e cultural de todos os muçulmanos, e se baseia no próprio Alcorão, mas também nos *Hadiths* (livros que narram as tradições de Maomé), e na *Sirat Nabawiyya* (biografia de Maomé). Warner (2010, p. 14) exemplifica algumas das maneiras pelas quais as mulheres não possuiriam estatura completa na *Sharia*: a indenização para a morte ou ferimento de uma mulher é metade daquela paga para um homem. Conforme aponta Bukhari (3:48:826), Maomé perguntou, “‘Não é o valor de testemunha ocular de uma mulher metade da de um homem?’ Uma mulher respondeu, ‘Sim’. Ele disse, ‘Isto é porque a mente da mulher é deficiente’”. Da mesma forma, no Alcorão (4:11), divide-se a partilha universal de modo que os homens recebem a porção de duas mulheres;⁵ já o Bukhari (1:6:301) informa que mulheres são inferiores aos homens em inteligência e religião.⁶ Corroborando essa reflexão, o Alcorão

⁵ Conforme o texto do Alcorão 4:11: “É deste modo que Alá ordena vocês em relação às suas crianças: Um homem recebe a porção igual aquela de duas mulheres”, tradução de Helmi Nasr, professor de Estudos Árabes e Islâmicos na Universidade de São Paulo.

⁶ Bukhari 1:6:301: “Enquanto no seu caminho para rezar, Maomé passou por um grupo de mulheres e disse, ‘Senhoras, dêem [sic] para caridade e doem dinheiro para os menos afortunados, porque eu tenho testemunhado que a maior parte das pessoas no inferno são mulheres.’ Elas perguntaram, ‘Porque é isso?’ Ele respondeu, ‘Vocês reclamam muito, e não mostram gratidão para os seus maridos. *Eu nunca encontrei ninguém mais desprovido de inteligência, ou ignorante da sua religião que as mulheres.* Um homem cuidadoso e inteligente poderia ser enganado por vocês.’ Elas responderam, ‘No que exatamente nos falta em inteligência ou fé?’ Maomé disse, ‘Não é

(2:282) ressalta que “o testemunho de uma mulher vale metade do testemunho de um homem”.

Além disso, a *Sbaria*,⁷ com base em três *hadiths*, dispõe também sobre uma das mais graves violações de direitos humanos, que atinge aproximadamente dois milhões de mulheres no mundo a cada ano: a mutilação genital feminina.

QUALQUER SEMELHANÇA COM O SÉCULO XXI NÃO É MERA COINCIDÊNCIA

Esse breve retrospecto teve por escopo fundamentar algumas perguntas que se mostram necessárias. A barbárie ficou no passado? Não mais persistem as disposições do livro nono do *Código de Manu*, na expectativa social de que a mulher seja sempre custodiada por um homem, seja ele o pai, o marido ou o filho? Os homens não se sentem autorizados a agredir fisicamente ou assassinar essas mulheres quando não conseguem manter sua posição de supremacia? Barbáries como a mutilação genital e corporal de mulheres já não mais existem? A lapidação de mulheres acusadas de terem sido estupradas ou praticado adultério pertence a códigos religiosos ultrapassados? A sexualidade feminina já não é mais algo a ser controlado? As mulheres já não são mais escravizadas, vendidas, violadas em troca de dinheiro? Pois bem, vejamos alguns dados que esclarecem e estarrecem.

verdade *que o testemunho de um homem é igual ao testemunho de duas mulheres?*’ Depois delas afirmarem que isso era verdade, Maomé disse, ‘Isto ilustra que mulheres são falhas em inteligência. Não é também verdade que as mulheres não podem rezar nem jejuar durante o seu período menstrual?’ Elas disseram que isso também era verdade. Maomé então disse, ‘*Isto ilustra que as mulheres estão em falta na sua religião*’ (grifo nosso).

⁷ “Circuncisão é obrigatória (para cada homem e mulher) pela remoção do pedaço da pele da glândula do homem, mas a circuncisão da mulher se dá pela remoção do clitóris (isto é chamado Hufaad)” (WARNER, 2010, p.14).

É incontestável que as mulheres têm a sua sexualidade regulamentada e violada, em maior ou menor grau, em todo o planeta. Rolim (1997, p. 44) observa que:

[...] a tradição muçulmana incorpora a prática da excisão do clitóris e admite a condenação à morte por apedrejamento de mulheres acusadas de adultério. Nos países onde vigoram, há uma larga aceitação cultural de atitudes desta natureza que, sem qualquer dúvida, agridem a consciência democrática e violam a perspectiva dos Direitos Humanos.

A ONU estima que “existam mais de 130 milhões de meninas e mulheres vivas que já passaram por algum tipo de mutilação genital em 29 países da África e do Oriente Médio” (LISTA, 2018), onde essas práticas são mais frequentes. Mesmo nos países onde a prática é proibida, a mutilação segue acontecendo, por questões culturais arraigadas. Segundo estatísticas da ONU, se as tendências atuais continuarem, estima-se que “15 milhões de meninas entre as idades de 15 e 19 anos serão submetidas à mutilação genital até 2030.” (LISTA, 2018).

Em sua biografia, a senegalesa Khady descreve os horrores vivenciados pelas meninas submetidas aos rituais de mutilação genital, os quais atualmente “são praticados em trinta países africanos, mais particularmente no Egito, no Mali, na Eritreia, na Etiópia, na Somália” (2005, p. 164). A própria autora foi vítima dessa espécie de suplício ritual:

É uma insídia a manutenção das mulheres africanas nesse ritual que não tem absolutamente nada a ver com religião. Em nossos países da África negra, a excisão é praticada tanto pelos animistas, pelos cristãos, pelos muçulmanos como pelos judeus falashas. A origem remonta muitos séculos antes da chegada da religião muçulmana. Os homens a quiseram por diversas más razões: assegurar seus poderes, acreditar que suas mulheres não iriam procurar outros genitores, ou que os homens de tribos inimigas não as violariam! Outras explicações, ainda mais absurdas, pretendem que o sexo das mulheres seja impuro, diabólico; o clitóris, em si diabólico; ao tocar a cabeça da criança no nascimento a condenaria a inimagináveis desgraças, até mes-

mo à morte. Alguns pensaram também que essa falsa representação de um pênis minúsculo faria sombra à virilidade masculina. (KHADY, 2005, p. 4).

Vislumbra-se, assim, que muito embora a excisão dos órgãos sexuais tenha um antigo fundamento religioso, sua prática na atualidade refere-se muito mais à manutenção de uma antiga tradição, a qual, por sua vez, representa a “lei” dos povos que a perpetuam – mesmo quando contrária à lei formal prevista nos códigos vigentes nos países em que é praticada.

O casamento infantil é outra mazela vergonhosa do mundo contemporâneo. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) aponta que cerca de 700 milhões de meninas foram obrigadas a se casar muito jovens, e o Diretor Executivo do Unicef, Anthony Lake, afirmou que: “Se as tendências atuais continuarem, o número de meninas casadas e de mulheres que se casaram quando eram meninas chegará a quase um bilhão até 2030 – um bilhão de infâncias perdidas, um bilhão de futuros arruinados.”⁸ (NOVA, 2016).

Desprovidas de direitos, crianças menores de 15 anos estão à mercê dessa forma de escravatura e abuso sexual,⁹ cuja prática traz como consequência uma maior propensão das meninas a deixar a escola, a sofrer violência doméstica, além de vivenciarem a maternidade precoce, o que pode resultar em morte por complicações durante a gravidez e o parto. Há, ainda, relatos de noivas que morrem na noite de núpcias.¹⁰

⁸ Em entrevista concedida em 8 de março de 2016, por ocasião do lançamento do Programa Global UNFPA-Unicef para Acelerar as Ações para Acabar com o Casamento Infantil.

⁹ Em 2008, Nojoud Ali, uma menina iemenita de 10 anos, tornou-se símbolo da luta pelo fim do casamento infantil quando conseguiu se libertar de um casamento indesejado com um homem três vezes mais velho do que ela. No livro *Moi Nojoud, 10 ans, divorcée*, a criança contou a sua história para que outras meninas que estejam nas mesmas circunstâncias tenham força para pedir um divórcio.

¹⁰ Uma menina de oito anos morreu com ferimentos internos no útero após a noite de núpcias com o noivo de 40 anos de idade, em 2013, no Iêmen, onde a prática do

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) o tráfico de mulheres e meninas é apontado como uma das atividades criminosas mais lucrativas do mundo, que envolve cerca de 2,5 milhões de vítimas, movimentando aproximadamente 32 bilhões de dólares por ano (BELSER, 2006; DALLO, 2015). Por vezes, o tráfico ocorre sob a aparência de um casamento, o que faz com que o tema se torne ainda mais invisibilizado e pouco ou nenhum espaço ocupe nas discussões mundiais.

Em alguns países do Oriente Médio e da África, por conta da religião e da cultura locais, as mulheres não têm acesso à educação,¹¹ são proibidas de saírem à rua sem a companhia de um homem e devem obrigatoriamente usar vestimentas que cubram o corpo e o rosto, sob pena de serem espancadas.

A mulher acusada de adultério em alguns países regidos pela lei islâmica ainda é punida com a lapidação, sendo enterrada até a altura dos ombros e então apedrejada até a morte.¹² Muito embora essa prática tenha sido mencionada no judaísmo e no cristianismo, somente sob a égide da *Sharia* as execuções ainda perduram na atualidade e são realizadas como grande espetáculo público.

No Paquistão, na Índia e no Camboja existe uma forma peculiar de violência contra as mulheres, que são queimadas pelos homens que se sentem rejeitados por elas. Desde 1994 quando foi criada a Associação de Mulheres Progressistas (PWA) para ajudar as vítimas, estima-se que haja 7.800 casos documentados em que as mulheres foram deliberadamente queimadas, escaldadas com água

casamento infantil é permitida. (cf. MENINA, 2013).

¹¹ Malala Yousafzai tornou-se um símbolo na luta pelos direitos humanos das mulheres ao desafiar os preceitos religiosos e culturais do seu país, o Afeganistão, onde o ensino é proibido para as mulheres. Por conta da sua luta, foi alvejada com um tiro por extremistas do regime talibã e recebeu o Prêmio Nobel da Paz em 2014.

¹² Em 2014, na Somália, Asha, de 13 anos, depois de ter sido estuprada por três homens, foi lapidada porque era acusada de adultério. (cf. MULHER, 2008).

fervendo ou encharcadas com ácido. Os atacantes, geralmente maridos ou pretendentes, raramente são julgados ou presos: em apenas 2% desses casos alguém recebeu punição.

Conforme a revista *Veja* e o jornal *BBC*, na Índia, há mulheres que são banhadas em ácido ou enforcadas em praça pública por conta de disputas familiares envolvendo o dote.¹³ Também na Índia¹⁴ e em alguns países da África, estupro coletivo são recorrentes, e as autoridades não empenham muitos esforços na investigação e na punição dos culpados.

O feminicídio, a morte de mulheres pela condição de serem mulheres, é um fenômeno mundial que atinge proporções alarmantes, como expressão máxima de afronta aos direitos fundamentais da pessoa humana e, como até aqui demonstrado, é também o ápice de uma escalada das diversas formas de violência e de violação dos direitos humanos das mulheres. No conceito constante no Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre a Violência contra a Mulher (CPMI) do Congresso Nacional (BRASIL, 2013, p. 1003, grifo nosso), tem-se a síntese do que já se disse alhures:

¹³ Números do Escritório Nacional de Registros de Crimes da Índia apontam a ocorrência de um estupro a cada 21 minutos. Em 2012, foram 244.270 casos de violência contra a mulher – tentativas de abuso, agressões e assassinatos. Cálculos dos economistas Siwan Anderson e Debraj Ray feitos para a rede *BBC* indicam cerca de 100.000 mulheres mortas por queimaduras a cada ano. De acordo com o levantamento, boa parte delas é de famílias que não conseguiram pagar os dotes matrimoniais prometidos. Em represália, a família do noivo queima as mulheres (cf. *POR QUE*, 2014).

¹⁴ Na capital, Nova Delhi, uma estudante de 23 anos sofreu um estupro coletivo dentro de um ônibus, em 2012, e o fato gerou uma série de protestos com repercussão internacional, dando alguma visibilidade ao tema (cf. *ESTUPRO*, 2012). Já em julho de 2015, uma mulher de 23 anos que foi repetidamente estuprada por diferentes homens depois de ter sido sequestrada, no oeste da Índia, engravidou como consequência dos abusos, e a comunidade local a obrigou a passar por “testes de purificação” – rituais que incluem permanecer equilibrando pedras de dez quilos sobre a cabeça para provar que se está falando a verdade. Mesmo sem legislação que regule a prática, as autoridades não interferem nos costumes locais na defesa dos direitos dessas mulheres (cf. *JAIN*, 2015).

O feminicídio é a instância última de controle da mulher pelo homem: o controle da vida e da morte. Ele se expressa como afirmação irrestrita de posse, igualando a mulher a um objeto, quando cometido por parceiro ou ex-parceiro; como subjugação da intimidade e da sexualidade da mulher, por meio da violência sexual associada ao assassinato; como destruição da identidade da mulher, pela mutilação ou desfiguração de seu corpo; como aviltamento da dignidade da mulher, submetendo-a à tortura ou tratamento cruel ou degradante.

CONCLUSÃO

São indiscutíveis os avanços da humanidade na busca de um mundo mais justo e humano. Mas, ainda que convenções e tratados internacionais, constituições e leis, em vários países do mundo, tenham avançado no sentido de garantir os direitos humanos das mulheres, muito ainda há que se fazer. Os resquícios dos códigos legais e religiosos que outrora causaram tantos males ao gênero feminino continuam fazendo vítimas por todo o planeta. E sempre são justificados e justificáveis por aqueles que os seguem.

De acordo com o levantamento realizado pela Organização Mundial da Saúde em 2012:

Uma em cada três mulheres em todo o mundo – cerca de 800 milhões – irão apanhar, serão forçadas a ter relações sexuais ou casar precocemente, sofrerão agressão física ou psicológica ou ainda qualquer outra forma de abuso ao longo de suas vidas. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

A invisibilidade dessas graves violações dos direitos humanos das mulheres, que pouco (ou nada) são mencionadas nos veículos de comunicação de massa, faz com que tais violências se perpetuem de forma assustadora. A brutal desigualdade de gênero, faz com que o simples fato de nascer menina, neste mundo, signifique um risco para si mesma.

Assim, não basta a ação de alguns organismos internacionais para erradicar tais barbáries: essa tem de ser uma luta de todos nós, encarada como “deveres humanos”, para que nossa humanidade não se desumanize.

REFERÊNCIAS

ALVES, Branca M.; PITANGUY, Jacqueline. *O que é feminismo?* São Paulo: Abril Cultural; Brasiliense, 1985.

BELSER, Patrick. *Forced Labour and Human Trafficking: Estimating the Profits*. Geneva: International Labour Office, 2005. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---declaration/documents/publication/wcms_081971.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2018.

BÍBLIA SAGRADA. Tradução Padre Antônio Pereira de Figueiredo. São Paulo: Maltese, 1962. 1174 p. Velho Testamento e Novo Testamento.

BRASIL. Senado Federal. *Comissão Parlamentar Mista de Inquérito: relatório final*. Brasília: Senado Federal, 2013.

BRECHT, Bertold. *Brecht, vida e obra*. Tradução e organização de Fernando Peixoto. São Paulo: Paz e Terra, 1968.

CÓDIGO de Hamurabi: Código de Manu, excertos (livro oitavo e nono): Lei das XII Tábuas. Supervisão editorial Jair Lot Vieira. São Paulo: Edipro, 2011.

COUTO, Mia. *Vagas e Lumes*. Alfragide, Portugal: Editorial Caminho, 2014.

DALLO, Eva. La realidad de las esclavas del siglo XXI. 9 maio 2015. *El Mundo*. Disponível em: <https://www.elmundo.es/yodonna/2015/05/09/55490216268e3e7b558b456d.html>. Acesso em: 11 fev. 2018.

DELUMEAU, Jean. *História do medo no Ocidente: 1300 a 1800*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

ESTUPRO coletivo em ônibus causa comoção na Índia. *BBC Brasil*, 19 dez. 2012. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2012/12/121219_india_estupro_onibus_rw.shtml>. Acesso em: 11 fev. 2018.

GALEANO, Eduardo. *De pernas pro ar: a escola do mundo ao avesso*. Porto Alegre: L&PM Editores, 2009.

JAIN, Ankur. Após estupro coletivo, indiana é submetida a 'ritual purificador' com pedra de 10kg na cabeça. *BBC Brasil*. 16 jun. 2015. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/06/150616_india_estupro_purificacao_fn>. Acesso em: 11 fev. 2018.

KHADY. *Mutilada*. Rio de Janeiro: Rocco, 2005.

KRAMER, Heinrich; SPRENGER, Jacob. *Malleus Maleficarium: O martelo das feiticeiras*. Trad. Paulo Fróes; Rose Marie Muraro; Carlos Byington. Rio de Janeiro: BestBolso, 2015.

LISTA elaborada pelo UNFPA reúne dez fatos pouco conhecidos sobre a população mundial. *UNFPA Brasil*. 17 set. 2012. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/noticias/ultimas/1057-conheca-10-fatos-pouco-conhecidos-sobre-a-populacao-mundial-listados-pelo-unfpa>>. Acesso em: 11 fev 2018.

MENDES, Soraia da Rosa. *(Re)pensando a Criminologia: reflexões sobre um Novo Paradigma desde a Epistemologia Feminista*. 2012.

284 f. Tese (Doutorado em Direito) –Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

_____. *Criminologia feminista: novos paradigmas*. São Paulo: Saraiva, 2014.

MENINA de oito anos morre após lua de mel com marido de 40. *O Globo*. 10 set. 2013. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/mundo/menina-de-oito-anos-morre-apos-lua-de-mel-com-marido-de-40-9902004>>. Acesso em: 11 fev 2018.

MULHER apedrejada por adultério era menina estuprada. *Terra*, 3 nov. 2008. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/mundo/noticias/0,,OI3302864-EI294,00-Mulher+apedrejada+por+adulterio+era+menina+estuprada.html>>. Acesso em: 11 fev. 2018.

PERROT, Michelle. *Minha história das mulheres*. Trad. Angela M. S. Correa. São Paulo: Contexto, 2015.

POR QUE acontecem tantos estupros na Índia? *Veja*, 22. jun 2014. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/mundo/por-que-acontecem-tantos-estupros-na-india/>. Acesso em: 11 fev. 2018.

O ALCORÃO. Tradução do Sentido do Nobre Alcorão para a Língua Portuguesa. 2ª. ed. Tradução Helmi Nasr. São Paulo: Editora Kuwati, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Global and regional estimates of violence against women*. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=D5EAADE-

1742504D94B72E6A387CDE5FF?sequence=1>. Acesso em: 11 fev. 2018.

PIOVESAN, Flávia. Ações afirmativas da perspectiva dos Direitos Humanos. *Cadernos de Pesquisa*, v. 35, n. 124, p. 43-55, jan./abr. 2005.

ROLIM, Marcos. Direitos Humanos: universalismo e utopia. In: DORA, Denise Dourado (org.). *Feminino Masculino: igualdade e diferença na justiça*. Porto Alegre: Sulina, 1997.

VRISIMTZIS, Nikos A. *Amor, sexo e casamento na Grécia Antiga*. São Paulo: Odysseus, 2002.

WARNER, B. *Lei Islâmica (Sharia) para os Não-Muçulmanos*. Traduzido por Calatrava Bansharia. LLC: CSPI, 2010.

7. O CUIDADO NA VALORIZAÇÃO DA VIDA: SUICÍDIO E DIREITOS HUMANOS

Carlos Estellita-Lins¹

Veronica Miranda de Oliveira ²

Arlinda B. Moreno³

Em 1988, a Carta Constitucional brasileira, emergindo de lutas travadas no cenário da saúde, estabeleceu as bases para a composição e a consolidação de um Sistema Único de Saúde (SUS), e também em seu art. 196 declarou que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, são os marcos legais que sustentaram a

¹ Médico, psiquiatra, psicanalista, professor e pesquisador da Fiocruz, RJ.

² Psicóloga clínica. Mestre em Ciências (Fiocruz).

³ Psicóloga. Psicoterapeuta existencial. Especialista em Psicologia Médica. Mestre e doutora em Saúde Coletiva, com pós-doutorado em Saúde Coletiva e em Saúde Pública. Pesquisadora da Fiocruz.

conformação do SUS, sistema firmemente assentado nos princípios da universalidade, da integralidade e da igualdade (BRASIL, 1990A; 1990B). Destaque-se que a igualdade refere-se *ipsis litteris* ao provimento da “assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”. Como desdobramento necessário da noção de igualdade, obtém-se o conceito de equidade, o qual implica também em justiça. Portanto, no que diz respeito ao SUS, a equidade pode estar diretamente relacionada às necessidades dos indivíduos, destinando mais a quem necessita de maior atenção nos cuidados em saúde. Em 2001, foi promulgada a Lei Federal n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, fruto de um processo de tramitação de cerca de 20 anos, que passou a regulamentar “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Destaque-se o que expõe o seu art. 2º, parágrafo único:

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001).

Cabe também destacar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada por meio da Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011, que primacialmente reviu “as diretrizes e normas

para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Nessa mesma portaria, a composição do perfil profissional dos NASFs foi explicitada e incluiu, entre outros, os profissionais de nível superior na área da saúde: psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais – carreiras diretamente relacionadas à saúde mental.

Faz-se necessária uma integração entre as ações da atenção básica em saúde e os serviços substitutivos em saúde mental que se alinhe não somente à concepção de direitos humanos em saúde, conforme a Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH), em seu art. 25, mas também de acordo com a definição clássica de saúde elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em abril de 1946: saúde é o “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946). Cabe notar que nenhum desses enunciados admite uma diferença de qualidade ou uma hierarquia entre saúde física e saúde mental. Ambas dimensões da saúde estão declaradamente reunidas, como é o caso da DUDH, ou explicitadas no mesmo patamar de importância, a despeito do caráter ideal ou utópico implícito.

Em 1978, no que se refere aos cuidados primários em saúde, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, Cazaquistão (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978). O evento resultou em um acordo internacional com vistas a atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, assinado pelos então 134 países-membros da OMS, e promoveu uma política internacional sob o *slogan* “Saúde para todos no ano 2000”. Todos os termos dessa polí-

tica originam-se do resumo do evento, conhecido como Declaração de Alma-Ata.

Em relação à saúde mental propriamente dita, o marco legal mais conhecido é o dirigido prioritariamente à composição dos serviços de saúde mental. A Declaração de Caracas, redigida em 1990 por legisladores, profissionais de saúde mental, defensores dos direitos humanos e ativistas dos movimentos de deficientes convocados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), tornou-se uma resolução norteadora. Esse documento repudia o isolamento dos portadores de sofrimento psíquico em face da internação asilar utilizada como recurso exclusivo para tratamento, entendendo que pode promover agravamento da condição mental. Em consonância com a DUDH, buscava salvaguardar os direitos humanos e a dignidade dos pacientes com transtornos mentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Conseqüentemente, em 1996, a OMS publicou um guia para ajudar os países a desenvolverem legislações de saúde mental, sob o lema “Cuidar, sim – excluir, não”. A sistematização e o desenvolvimento dessa perspectiva, voltada para a Atenção em Saúde Mental (ASM), estava assentada em dez princípios básicos que abrangiam questões que iam da promoção e da prevenção em saúde mental até o estrito cumprimento da legislação. Ainda em 1996, a OMS desenvolveu uma ferramenta visando a auxiliar na compreensão e na interpretação dos princípios da ASM, além de promover a avaliação das condições dos direitos humanos em instituições de saúde mental – as Diretrizes para a Promoção dos Direitos Humanos de Pessoas com Transtornos Mentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Mais especificamente em relação ao suicídio, essa publicação indicava a possibilidade de seus Estados-membros: a) assumirem posturas mais flexíveis em relação à privacidade (conceito referente aos limites de intromissão da sociedade em assuntos individu-

ais, incluindo questões de saúde), considerando o autoextermínio como situação especial na qual uma pessoa poderia “ser procurada ou continuamente observada para sua própria proteção”; b) realizarem admissão involuntária urgente e/ou tratamento involuntário nos serviços de atenção à saúde mental para os pacientes que tentaram suicídio; e c) manterem registros de saúde rigorosamente atualizados no que diz respeito ao número de tratamentos involuntários, bem como à sua duração (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

A Organização Mundial da Saúde entende o suicídio como

um ato deliberado, intencional, de causar a morte a si mesmo, ou, em outras palavras, um ato iniciado e executado deliberadamente por uma pessoa que tenha a clara noção (ou fonte de expectativa) de que pode resultar a morte, e cujo desfecho fatal é esperado. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

O suicídio hoje é compreendido como um transtorno multidimensional que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos. Tentar subtrair a própria vida costuma ser uma tentativa desesperada de se livrar de um sofrimento insuportável e/ou obter cuidado.

Encontra-se na área de pesquisa da suicidologia diversos profissionais, tais como psicólogos, psiquiatras, epidemiologistas, biotécnicos, demógrafos, psicanalistas, historiadores, literatos, linguistas, teólogos, filósofos, entre outros, interessados na compreensão do suicídio ou da morte autoinfligida. A multiplicidade de perspectivas, corroborada pela interdisciplinaridade, propicia divergências pertinentes sobre o conceito de suicídio. Pode-se dizer que a epidemiologia reconhece no suicídio um desfecho associado a outros agravos à saúde. Síndromes depressivas e o espectro de transtornos afetivos são infelizmente os campeões de associações, especialmente quando ocorre em conjunto de abuso de álcool e drogas ou de transtorno de personalidade. Além das enfermidades, pode-se falar em suicídio

heroico (ou num contexto de guerra ou de ações terroristas/subversivas), em suicídio racional e, ainda, no suicídio assistido ou eutanásia (FRIEDMANN; MUELLER, 1946; MARKS, 1974; PESCOSOLIDO; GEORGIANA, 1989; BAUMEISTER, 1990; DURKHEIM, 1990).

As taxas de suicídio têm aumentado no mundo (FERGUSON et al., 2003; HAUKKA et al., 2008; ROBINSON et al., 2008; NANDI et al., 2012; KALESAN et al., 2014) e a sociedade percebe neste ato uma situação de extrema violência. O suicídio não é simplesmente um assunto privado ou apenas uma dimensão diagnóstica, pois a detecção precoce de pessoas em risco de suicídio permite algumas intervenções resolutivas. Há dois espaços consagrados para sua acolhida de suas vítimas: a emergência psiquiátrica propriamente dita e a rede de cuidados básicos em saúde. As pessoas próximas de alguém que se mata tendem a sofrer muito com isso e atravessar um luto prolongado. Os profissionais de saúde são vistos cada vez mais como os atores capazes de prevenir e de tentar evitar suicídios, mantendo necessariamente uma relação com esses atos, inclusive de responsabilidade (ESTELLITA-LINS; MIRANDA, 2001; ESTELLITA-LINS, 2012; BTESHE, 2013). O suicídio pertence inexoravelmente à experiência humana e, se é capaz de chocar, impressionar, gerar preconceito ou estigma, também pode e deve ser prevenido.

O suicídio possivelmente está associado a determinantes culturais, sociais, psicológicos e biológicos variados. Qualquer distribuição nacional ou regional tende a ser arbitrária e pouco relevante se não for contextualizada cuidadosamente. Não se deve esquecer que sociedades urbanas, complexas e violentas – ainda que incipientes em seu projeto democrático republicano, como a nossa – compartilham problemas comuns. As emergências psiquiátricas, a qualidade da assistência básica, a prevalência de depressão e ansiedade, a violência armada, assim como a VPI (violência entre parceiros íntimos), são questões eminentes, prevalentes e disseminadas que de-

mandam planejamento em saúde, promoção-prevenção e respostas clínicas (DESLANDES, 1999, 2002, 2009; GIGLIO-JACQUEMOT, 2005). A prevalência dos agravos à saúde mental ainda permanece pouco estudada no Brasil – raros são os estudos e grandes as diferenças sociais e culturais (ALMEIDA FILHO et al., 2003; DORIA FILHO, 2004; MARI, 2006).

As situações de urgência em saúde mental têm recebido pouca atenção. O suicídio é a principal, senão a única, emergência médica em psiquiatria que representa risco de vida passível de intervenção especializada. Nem a reforma psiquiátrica nem os estudos em universidade foram capazes de fomentar atitudes de cuidado emergencial. A reforma psiquiátrica em curso vem enfrentando problemas, pois ainda não se articulou adequadamente ao planejamento de rede básica assistencial iniciado pela reforma sanitária (referimo-nos à tarefa de integração *ad hoc* de CAPS e ESF-Nasf). Legislação, equipamentos e tecnologias duras não suprem a necessidade de treinamento específico ou de desenvolvimento de racionalidades, protocolos e estratégias (SANTOS; SANTOS, 2011).

O ensino de urgências psiquiátricas tem sido negligenciado na formação médica brasileira. A formação em emergências gerais, igualmente claudica, é alimentada pelo embuste do “pronto-atendimento”. Jovens profissionais despreparados decidem o destino de vida, seqüela ou morte de cada cidadão vulnerável em situação crítica, incapaz de se autodeterminar. Nossas emergências permanecem obstruídas por interesses de aprendizado exclusivamente técnico, sejam cirúrgicos ou procedimentos de unidade fechada.

A especialidade de emergencista geral acaba de ser criada em território nacional; sua admissão tramitou por um longo tempo entre o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB) à contracorrente do mundo científico civilizado, contrariando interesses de um sistema político dessueto que

detém grande poder de interferência no planejamento dos sistemas de saúde.

Uma pesquisa mostrou que nenhuma residência médica em psiquiatria no Rio de Janeiro treinava ou ministrava aulas (mais de 1 hora por ano) sobre risco de suicídio dentro da grade curricular (BOTEGA, 2005; ROCHA et al., 2009), e informantes reconhecem situação análoga em São Paulo e Minas Gerais. Podemos, portanto, compreender a prevenção do suicídio como tática imanente de uma reforma psiquiátrica ainda por vir. Não é difícil reconhecer seu triplice potencial: o de desafiar os cânones do habitual em nome do respeito ao sofrimento; o da crítica ao esquecimento das urgências; e o de sua capacidade de politização do cotidiano na busca do bem-estar social prometido (ESTELLITA-LINS et al., 2012).

A diminuição de taxas de suicídio na Europa ocorreu por meio do cuidado emergencial a pacientes em risco manifesto, secundado nas décadas seguintes pela ênfase na assistência básica (HOVEN, 2010; WASSERMAN, 2012). Uma vez que se verifica a precariedade em nossa rede de emergências, caberia buscar a qualificação das equipes da ESF no cuidado aos transtornos depressivos em geral, se possível em articulação aos dispositivos da reforma psiquiátrica (prognosticando níveis de intervenção em urgências). O tripé proposto pelo Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPRE-MISS) permanece sendo uma orientação fundamental, especialmente em países periféricos, pós-coloniais e, portanto, sujeitos a enormes contrastes na assistência a enfermos e desabilitados. Trata-se, sempre que possível, de organizar ações priorizando: a) controle social do acesso aos meios de autoextermínio (dimensão jurídico-política republicana); b) tratamento dos transtornos mentais (com ênfase em crises); c) divulgação midiática responsável acerca de temas relacionados com suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

PROTEGER OS VIVOS E OS MORTOS

É interessante notar que, no que concerne à psiquiatria, a definição de emergência/urgência articula-se ao conceito de crise, que pode ser caracterizado como a incapacidade do paciente e daqueles que se encontram ao seu redor de construir soluções normativas eficientes e rápidas face a um desequilíbrio. Falar em emergência psiquiátrica, portanto, implica na introdução de suas dimensões intrapsíquica, interpessoal e social, dando forma a uma combinatória plurifatorial complexa. Estima-se que o número de tentativas de suicídio na maior parte dos países europeus varie entre 10 e 40 vezes mais do que os casos de suicídio consumado (HICKS; BHUGRA, 2003; VUORILEHTO et al., 2006; HAUKKA et al., 2008; MILNER; LEO, 2010). Cabe, portanto, nessas situações, um diagnóstico multidimensional que não pode ser separado da avaliação de crise. É muito importante admitir a noção de crise psíquica, na qual o sujeito tem seus recursos defensivos ou adaptativos esgotados (CASA, 1997; SAYRE, 2000; COHEN et al., 2003; JARDIM; DIMENSTEIN, 2007, 2008; CUTCLIFFE et al., 2012).

Existe efetivamente um contexto de desvalorização do “paciente psiquiátrico” na emergência geral, onde é visto como um “chato”, causador de problemas ou paciente “não-clínico”. Seria equivocado, contudo, não atentar para a complexa microsociologia que cerca esse tipo de atendimento. Sem dúvida, os profissionais estão sobrecarregados, são mal remunerados e sofrem desgaste em função da desorganização gerencial e hierárquica. Tais aspectos merecem uma discussão jurídico-deontológica que escapa ao curso argumentativo adotado aqui. A rigor, qualquer paciente de uma emergência geral tende a ser tratado com algum grau de negligência, exceto quando apresenta uma condição clínica visivelmente grave ou dramática (POMPILI et al., 2005).

Uma emergência psiquiátrica deve funcionar no interior da emergência geral (SEDERER; ROTHSCHILD, 1997). Seu funcionamento no modelo antigo, isolada e desprovida de arsenal semiológico laboratorial ou radiológico, tende a ser discricionária e a reproduzir o modelo asilar. Situações críticas em psiquiatria envolvem frequentemente autocuidado precário, negligência com problemas clínicos, assim como acidentes e autoagressão. Intervenções terapêuticas multidimensionais são imperiosas nessas circunstâncias. Afastar pessoas em sofrimento psíquico de uma unidade emergencial constitui um preconceito estigmatizante e uma violação dos direitos humanos.

A intervenção de crise busca transformar a crença de que os problemas são incontornáveis, intermináveis e intoleráveis. A ênfase deve ser dada à compreensão exata dos problemas e na sua solução a curto e médio prazo, pois as atitudes durante o manejo da crise são decisivas. Deve-se atuar de modo acolhedor, respeitoso e sempre direto; o assunto suicídio nunca deve ser evitado e precisa ser tematizado claramente. O profissional inseguro, com medo ou apreensivo quanto ao desfecho, pode ser prejudicial e nocivo ao paciente. Assim, uma crise não deve ser aceita como catástrofe, já que qualquer situação crítica pode permitir aprendizado e, inclusive, acionar recursos resilientes desconhecidos ou por explorar. O período crítico é autolimitado: geralmente entre 24 e 48 horas após surge um período de exaustão emocional com caráter adaptativo. O manejo consiste em atravessar tais períodos buscando resolver estressores e valorizar razões para viver. Deve-se ajudar o paciente a lidar com a questão de modo não suicida (ROTHSCHILD, 1997; FERGUSSON; BEAUTRAIS et al., 2003; WERLANG et al., 2005; GRADUS et al., 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), todos os anos cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio; uma taxa de mortalidade global de 11,4 por 100 mil habitantes (15,0 entre homens e 8,0 entre mulheres) ou, em outras palavras, uma morte

a cada 40 segundos. De acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS), no Brasil, em 2013, cerca de 10.533 pessoas cometeram suicídio (CID-10, X60-X84: óbitos por lesões autoprovocadas voluntariamente), ou seja, aproximadamente 28 pessoas morrem diariamente (ou mais de uma pessoa a cada hora). Este número é considerável em termos absolutos, mesmo ocorrendo subimputação e sub-registro de informações sobre os óbitos. Enfim, o número de mortes por suicídio pode ser bem maior do que o que vem sendo registrado como autoprovocado ou autoinfligido. Em 2020, estima-se que ocorrerão um milhão e meio de suicídios no mundo. Tais eventos terão ainda mais impacto se observarmos que no mínimo 5 a 6 pessoas serão afetadas pelo suicídio de alguém próximo: afetarão os “sobreviventes” (*survivors*), como são denominados aqueles que pranteiam, sofrem e fazem o luto pelo suicídio de seu ente querido (BEGLEY; QUAYLE, 2007; ROSTILA et al., 2012).

No que diz respeito à distribuição de ocorrências de suicídios por região brasileira, o Sudeste (37,2%) e o Sul (26,8%) aparecem como os detentores das maiores percentagens. Dentre os estados, as maiores percentagens de óbitos foram observadas em São Paulo (19,1%), no Rio Grande do Sul (13,1%) e em Minas Gerais (11,3%). Em termos proporcionais, porém, os estados brasileiros com maiores taxas de suicídio são o Rio Grande do Sul (8 a 10 por 100 mil habitantes), Santa Catarina (7 a 8,5 por 100 mil habitantes) e Paraná (7,1 suicídios por 100 mil habitantes), seguidos de São Paulo e Goiás (SOUZA; LIMA, 2006; WAISELFISZ, 2014).

Dados do mapa da violência mostram taxas alarmantes de suicídio em municípios brasileiros como Amambaí (MS), Paranhos (MS) e Ibirubá (RS), todos com taxas acima de 30 por 100 mil habitantes, equivalentes às de países como Rússia, Ucrânia e Lituânia, líderes do *ranking* mundial. Coincidentemente, as maiores taxas de suicídio ocorrem nas regiões indígenas, sendo que 60% desses

suicídios foram atribuídos aos jovens nativos (WAISELFISZ, 2011, p. 132-133). As taxas de suicídio entre os Guarani Kaiowá, no Mato Grosso do Sul (região de Dourados), foram 10 e 19 vezes maiores que as taxas do Estado do Mato Grosso do Sul e do Brasil, respectivamente (LOVISI, 2009; SOUZA; ORELLANA, 2012, 2013; ORELLANA et al., 2013). Estudos internacionais também mostraram altas taxas de suicídio entre os povos indígenas do Canadá, da Nova Zelândia e da Austrália, e apontaram a desintegração cultural, a marginalização e o abuso de álcool como prováveis fatores relacionados a tal ato (LEENAARS, 2006). Acredita-se que os conflitos de terra indígena, a extração ilegal de madeira e a catástrofe climática também devam ser considerados como causas. Seria pertinente, inclusive, retomar a noção durkheimiana de suicídio anômico, que diz respeito a momentos de crise ou desagregação social (GIBBS; MARTIN, 1959; MILEY; MICKLIN, 1972; MARKS, 1974, 1976; BREault, 1986; PESCOsolido; GEORGIANA, 1989).

Com esses números, fica claro que o suicídio é um problema de saúde pública e que intervenções devem ser desenvolvidas para tentar diminuir as mortes e reduzir o sofrimento daqueles indiretamente atingidos por elas. Trata-se de um problema que, já conhecido há mais de um século, vem sendo alvo de intervenções em saúde pública em um número restrito de nações do hemisfério norte e, contudo, só muito recentemente foi contemplado em nosso sistema de saúde (CANTOR; BAUME, 1999; DORIA FILHO, 2004).

Na página do Ministério da Saúde na Internet encontra-se a publicação na íntegra das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio – instituídas pela Portaria n.º 1.876, de 14 de agosto de 2006 –, como também o *Manual de Prevenção do Suicídio para Profissionais das Equipes de Saúde Mental* (BRASIL, 2006), publicado poucos meses depois. As referidas diretrizes são importantes por conterem algumas ações específicas, tais como o desenvolvimento

de estratégias de promoção de qualidade de vida e educacionais, bem como outras voltadas para a proteção, a recuperação e a prevenção de danos. Nessa esteira, propõe-se a organização de linhas de cuidado integrais e de pleno acesso em todos os níveis de atenção à saúde. Sua implementação encontrar-se-ia ligada à qualificação da gestão e à educação permanente dos profissionais de saúde com enfoque específico no tema, tanto na atenção básica, quanto na saúde mental e na rede de atenção às urgências da esfera pública.

No documento em questão, porém, fica claro que o suicídio não se restringe a um problema do setor saúde, mas se coloca como uma questão pela qual a sociedade como um todo deve se ver como responsável, o que não se faz sem a disseminação e a apropriação do conhecimento e da informação em torno do suicídio e do desenvolvimento de ações intersetoriais. Para tanto, é destacado o valor do intercâmbio entre os sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) com outros afins, de maneira que os dados utilizados como base para tais ações sejam democratizados, aperfeiçoados e apropriados pelos setores técnicos e pela população em geral.

Tendo em vista os elevados custos dos procedimentos necessários às intervenções após tentativas de suicídio, a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002) recomenda que os Estados-membros desenvolvam diretrizes e estratégias nacionais de prevenção do suicídio que possibilitem vislumbrar como prioritária e indispensável a promoção da formação dos profissionais de saúde, em particular dos residentes de psiquiatria e dos residentes em saúde mental, já que seus papéis na condução do atendimento emergencial nos casos de risco e de ideação suicida é inestimável e pode aumentar consideravelmente a qualidade da assistência às urgências.

CUIDADO, HOSPITALIDADE, DIGNIDADE

Pacientes em risco não devem ficar sozinhos e podem se beneficiar de companhia, embora os sintomas cognitivos da depressão os afastem de contato humano. Uma internação pode ser ineficaz se apenas reforçar o isolamento e não observar uma restrição cuidadosa e adequada dos meios de autoextermínio, sobretudo se observarmos que o cuidado voltado para a prevenção do suicídio ainda é incipiente em nosso país. O perigo da mentalidade asilar se presentifica, pois se trata de uma situação clínica limite que pode demandar restrições à autodeterminação, à internação compulsória e à eletroconvulsoterapia (ECT). Quaisquer medidas dessa ordem precisam ser justificadas e monitoradas com extrema delicadeza, com respeito pelo sofrimento e com urgência resolutiva, sendo imediatamente suspensas assim que o paciente estiver fora de risco. Para que tais medidas sejam aceitas (ajuste de medicação, monitoramento de adesão e apoio psicossocial) é preciso fortalecer o paciente e aumentar sua capacidade de decisão e responsabilidade. A legislação existente deve ser conhecida, discutida e respeitada. Sua completa observação ainda é incipiente e ganha interesse com a compreensão dos cuidados no risco de suicídio (GUIMARÃES, 2002; BARROS; SERAFIM, 2009). A responsabilidade profissional por negligência na avaliação e no acompanhamento, assim como as deficiências do cuidado hospitalar restritivo, têm sido discutidas na literatura especializada (GROSS, 2005; FRANCHITTO, 2007; TSAO, 2007).

Em uma revisão sistemática sobre as estratégias de prevenção do suicídio, verificou-se que aliada à educação continuada/permanente dos médicos e de todos os profissionais de saúde e à restrição dos meios, o treinamento de guardiões (*gatekeepers*) é uma das mais promissoras iniciativas para o incremento da prevenção do suicídio (MANN et al., 2005). Principalmente no que tange ao risco de suicí-

dio, é sabido que os membros da comunidade podem ser treinados para o reconhecimento de indivíduos em risco. A participação dos guardiões tem se mostrado uma estratégia efetiva, que contribui para o empoderamento dos usuários que aceitam e se identificam com esses sujeitos. No entanto, é preciso também que se acompanhe a longo prazo em que medida esse novo conhecimento será incorporado à prática (CAPP et al., 2001). De acordo com tal raciocínio, os profissionais da atenção básica – sobretudo os agentes comunitários de saúde (ACS) – são candidatos a um papel potencialmente valioso na detecção de usuários em risco de suicídio (BRÊDA; AUGUSTO, 2001; CAMELO; ANGERAMI, 2007).

Anthony Jorm, um pesquisador australiano, desenvolveu um programa de treinamento para instrutores de primeiros socorros, o Mental Health First Aid (MHFA), com o objetivo de melhorar a *literacy* em saúde mental da população australiana. Esse treinamento visa a ajudar na intervenção de crises e na detecção precoce de algum tipo de transtorno mental (JORM; AL, 1997; JORM, 1997, 2006; ROBINSON, 2008). Os cursos são abertos a pessoas que lidam diretamente com o público, como profissionais de Recursos Humanos, professores, pessoas que trabalham em comunidades ou serviços de emergência, policiais, profissionais da urgência pré-hospitalar (de ambulâncias e do corpo de bombeiros), e também a qualquer pessoa que acredite que é um dever do cidadão aprender técnicas de primeiros socorros em saúde mental. Pretende-se que os participantes desses cursos se tornem multiplicadores da iniciativa, cuja regulamentação é simples.

Apesar do MHFA estar sendo desenvolvido em vários continentes e em mais de 23 países (incluindo Portugal, desde 2012), ainda não foi realizado no Brasil. A adesão nacional poderia se dar num contexto de iniciativas de Saúde Mental Global, por exemplo. Seria pertinente avaliar a viabilidade de utilização em CAPS e na ESF

assim como estimular o desenvolvimento de adaptações, versões ou iniciativas afins. Naturalmente, no âmbito do SUS, devemos pensar em programas de capacitação amplos envolvendo as profissões da saúde e trabalhadores de apoio (BARBAN; OLIVEIRA, 2007; OLIVEIRA et al., 2008).

Mesmo para os profissionais de saúde, o tema ainda está permeado por preconceito e desinformação, o que parece impedir um cuidado mais sensível e integral às pessoas que buscam os serviços de saúde porque tentaram ou pensam em se matar. Observa-se que as equipes de emergência reagem negativamente a essas queixas, mostrando atitudes agressivas ou desprezo dirigidos para quem inspira cuidados intensivos e atentou contra a própria vida. O paciente é abordado como alguém que “brinca com a vida”, o que para uma equipe que luta contra a morte o tempo todo parece uma afronta a seu saber e seu fazer. Tais atitudes, que demonstram a falta de preparo dos profissionais, atingem o paciente, que dificilmente tem um atendimento adequado justamente no momento que conseguiu dar um “grito de socorro” (CASSORLA, 1989, 2005; BOTEGA et al., 2006; BOTEGA, 2015).

A prática dos residentes no setor de emergência funciona com supervisão e teoria, submetidas apenas às vicissitudes do atendimento. Os residentes afirmam que não recebem treinamento formal em psiquiatria de urgência e que nem se consideram suficientemente capacitados para lidar com urgências. Não é usual a utilização de escalas de avaliação de risco de suicídio, tampouco protocolos sistemáticos de conduta no caso de risco (ROCHA et al., 2009; ESTELLITALINS, 2012).

O hospital, como serviço de saúde terciário, de ações de média e alta complexidade, apresenta pouca interação com os serviços de saúde ambulatorial e da rede básica. Unidades de emergência devem ser responsáveis por encaminhamentos adequados. Nos casos

de tentativa de suicídio, há obrigatoriedade de auxílio psiquiátrico, de atendimento psicológico na crise e de tratamento dirigido para diagnóstico e comorbidades. Dificuldades de encaminhamento para a rede demonstram falhas na integralidade do cuidado. Manejar os casos observando esse aspecto representaria indubitavelmente um avanço, principalmente considerando que a ocorrência de cada tentativa tem forte valor preditivo para a sua repetição ou para o desfecho suicídio nos seis meses subsequentes (HARRIS; BARRACLOUGH, 1997). Enfim, há necessidade de se melhorar a qualidade da rede assistencial em psiquiatria.

O telefone também pode ser uma ferramenta útil. Alguns estudos sugerem que os pacientes valorizam muito o apoio e a disponibilidade das equipes (RICHARDS, 1999, 2006; BOTEGA; SILVEIRA; MAURO, 2010). Mostra-se estratégico pensar que o comportamento suicida antecede e ultrapassa o momento da tentativa, de maneira que sua prevenção pode e deve envolver intervenções com graus diversos de complexidade. A efetividade depende da qualidade da avaliação que determina o desenho e a aplicação das intervenções. Medidas de caráter psicossocial simples podem ter forte impacto na prevenção da reincidência de tentativa de suicídio, como é o caso do contato telefônico continuado com pacientes durante seu período de maior risco (BOTEGA et al., 2010). O contato regular com pacientes deprimidos é indispensável e torna-se obrigatório nos casos de risco de suicídio.

As dificuldades na espera de resposta ao tratamento instituído na fase crítica precisam ser compartilhadas, organizadas e monitoradas – a literatura admite um lapso de 2 a 4 semanas. Acompanhantes terapêuticos têm se destacado na criação de protocolos de restrição de acesso aos meios e internação domiciliar (ESTELLITA-LINS et al., 2006, 2012; ESTELLITA-LINS, 2009). O acompanhamento terapêutico, sempre que possível e quando suficientemente seguro, constitui

um recurso de grande valia em psiquiatria clínica; se tal prática vem ganhando importância, isso se deve à possibilidade de recuperação mais rápida, confortável e segura por meio do apoio domiciliar em substituição à reclusão nosocomial. Evidentemente, há casos refratários em que uma internação curta e a ECT podem ser necessárias.

O suicídio apresenta-se frequentemente ligado a diagnósticos clínicos, sobretudo aos psiquiátricos. A Estratégia Saúde da Família busca oferecer um olhar ampliado acerca das condições de saúde da população. Qualquer ação preventiva beneficia-se por se encontrar profundamente inserida nesse território e por permitir um acesso mais fácil ao usuário. Acredita-se que os clínicos generalistas e suas equipes seriam potencialmente capazes de prevenir o suicídio. O estudo de Juurlink feito com mais de onze mil idosos no Canadá verificou que 73% dos que se suicidaram tinham visitado um clínico no mês que antecedeu a morte, sendo que 3/4 destes realizaram três consultas no período (JUURLINK, 2004). Diante da constatação de que o suicídio aparece como um fenômeno frequentemente atrelado a quadros de sofrimento mental que por vezes são diagnosticados e/ou acompanhados por profissionais vinculados à ESF, foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde (2000a) um manual voltado aos profissionais da atenção básica. Esse documento parte do pressuposto que tal eixo de atenção em saúde mantém posição privilegiada para a realização de algumas intervenções, tais como: detecção precoce dos transtornos mentais; avaliação da rede social dos pacientes em risco; oferta de cuidado, tratamento e consolidação de redes de referência e contrarreferência; e, ainda, avaliação e mapeamento dos mais diversos fatores contextuais (clínicos, ambientais, financeiros, psicológicos, sociais, etc.) em que estão inseridos os pacientes em risco de suicídio (BRASIL, 2006, 2000a). A integração das ESFs (em especial, por meio de seus NASFs) e CAPSs somente poderá ocorrer através de respostas para as questões clínicas fornecidas em rede e com efetividade comprovada.

INFORMAR COMO DEVER E DIREITO

A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), reeditada após consulta pública e regulamentada pela Portaria n.º 589, de 20 de maio de 2015, e os Sistemas de Informação em Saúde (de base nacional ou não) são destacados como elementos constitutivos e basilares para a propagação das informações imprescindíveis à condução de uma prática assistencial em saúde. Nessa política ganham também relevo, para o foco deste escrito, entre seus princípios, dispostos em seu art. 4º, especificamente as alíneas:

- I – informação em saúde direcionada à ação de atenção à saúde de cada indivíduo e da coletividade;
- II – produção da informação em saúde abarcando a totalidade das ações de controle e participação social, coletiva e individual, das ações da atenção à saúde e das ações de gestão; [...]
- IV – democratização da informação em saúde como um dever das entidades públicas e privadas de saúde no âmbito do SUS e entidades vinculadas ao Ministério da Saúde; [...]
- IX – confidencialidade, sigilo e privacidade da informação de saúde pessoal como direito de todo indivíduo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

No que diz respeito à comunicação em saúde, deve-se lembrar que os primeiros estudos que descreveram o *bullying* em países nórdicos sugeriam uma correlação entre violência, educação e suicídio. Njaine e Minayo (2004) frisam a importância da relação entre violência e mídia no processo educativo em saúde, destacando a participação de diversos órgãos de atuação nacional e internacional preocupados com questões de saúde que já estabeleceram iniciativas para esses fins. Em 1993, a Associação Norte-Americana de Psicologia, no relatório *Juventude e Violência*, destacou a importância da intervenção e da prevenção da violência na mídia por parte de profissionais de educação e saúde. Também apontou a violência na mídia como um dos fatores responsáveis pelo incremento da vio-

lência na sociedade (perpetração de atos violentos e vitimização de jovens). A Sociedade Brasileira de Pediatria elaborou um *Manual de promoção de segurança da criança e do adolescente frente à mídia (TV, Internet)* (DORIA FILHO, 2001). A preocupação demonstrada por tais órgãos vem corroborar a ideia de que a mídia possui um papel importante na sociedade contemporânea, fornecendo uma vasta gama de informações de formas diversas – influenciando fortemente atitudes, crenças e comportamentos nas comunidades com importante função na prática política, econômica e social. Assim, o importante papel da mídia na prevenção do suicídio já vem sendo reconhecido.

No entanto, o que se observa mais frequentemente é o caráter problemático do tema suicídio na mídia (impressa ou não): divulgação descuidada de meios, sensacionalismo, destaque ao bizarro. Na perspectiva de Dapieve (2007), isso configuraria mais um reflexo das expectativas e do posicionamento social diante do tema do que propriamente um vetor de contágio. Já Cash e Bridge (2009) indicam que a Internet pode contribuir tanto para a diminuir quanto para aumentar o risco de suicídio. Em sua revisão, observaram dois estudos que examinam em que medida há informação acerca de métodos para cometer o suicídio e como *sites* pró-suicídio podem ser encontrados por meio de ferramentas de busca. Biddle et al. (2008) afirmam que metade das páginas sobre suicídio encontradas em sua pesquisa provê alguma informação sobre como realizar o autoextermínio.

Uma outra pesquisa revisou 373 *sites* e revelou que 11% deles continham informações pró-suicídio, 30,8% tinham informações a favor e contra o suicídio, 29,2% abarcavam exclusivamente dados antissuicídio e 9,1% não eram passíveis de avaliação. Aproximadamente 20% das páginas que não continham informações específicas so-

bre suicídio tinham um *hiperlink* ou um anúncio para venda *online* de medicamentos que poderiam ser utilizados para cometer tal ato (RECUPERO et al., 2008). Entretanto, não se pode esquecer que usuários de páginas desse tipo na Internet também acabam criando identidades com valor social que permitem compreensão, pertença comunitária e apoio nos problemas, conforme afirmam Baker e Fortune:

Se pesquisadores e profissionais de saúde pretendem entender as pessoas que utilizam *websites* de autoagressão e suicídio, devem assumir uma visão mais equilibrada e não somente focar nos possíveis riscos associados com a utilização destes *sites*. (BAKER; FORTUNE, 2008).

Em 2000, a OMS elaborou um conjunto de recomendações intitulado *Prevenção do suicídio – um manual para profissionais da mídia*. Esse guia procura enfatizar o impacto que a cobertura midiática pode ter nos suicídios, indicar fontes de informação confiáveis, sugerir como abordar os suicídios tanto em circunstâncias gerais quanto específicas, além de apontar as armadilhas a serem evitadas em suas coberturas. Uma pedra angular é apontar que a morte autoinfligida está ligada ao sofrimento e às doenças, além de informar sobre as iniciativas de prevenção. Acredita-se que a “esperança” (*hope*) pode representar uma atitude relevante (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000B).

Araújo et al. (2010) enfatizam o reforço favorável dos fatores ditos protetores e a diminuição dos fatores de risco. Nesse sentido, cabe pensar a influência midiática e a importância de alguma forma de capacitação dos profissionais da comunicação para tratar a questão do suicídio de forma responsável e implicada. Campanhas educativas de grande divulgação que informem sobre a ideação suicida e as características usualmente relacionadas a tais contextos podem concorrer para a modi-

ficação dos ambientes culturais e sociais, no sentido de torná-los cuidadores, responsáveis e agentes promotores de saúde. Não se trata de ignorar ou silenciar os suicídios, mas de utilizar melhor os grandes meios de comunicação como ferramentas de construção de conhecimento acerca do tema. Assim, é imprescindível prosseguir disponibilizando informação sobre a prevenção do suicídio.

No cotidiano, o suicídio é um assunto evitado, problemático e desagradável para as pessoas e para a sociedade de maneira geral. Portanto, espera-se algo semelhante por parte da mídia (entendida aqui como um conjunto de práticas sociais organizadas em vias, meios e dispositivos de comunicação de massa). O silêncio a respeito do tema, porém, contrasta com a sua importância em saúde pública. Preconiza-se especial preocupação com a informação e a comunicação em saúde. Nesse sentido, enfatizamos a necessidade de se investigar a prevalência de determinantes e condicionantes do suicídio, de maneira a iluminar seus fatores protetores e de risco. Espera-se que os sistemas de informação em saúde existentes se encarreguem de disponibilizar esses dados de modo equitativo e justo em prazo hábil.

Além disso, o direito à assistência e ao cuidado em saúde, cingido de dignidade e respeito, precisa ficar garantido em quaisquer eventos que exponham a vulnerabilidade dos sujeitos em sofrimento, independentemente de implicações morais, religiosas ou sociais que possam conduzir a posicionamentos estigmatizantes. Esse fato não ocorre de modo infrequente, inclusive no que tange à sua perfeita compreensão pelas equipes de saúde. Cabe, enfim, aos meios de divulgação (mídias impressas, radiofonizadas, televisionadas ou virtuais) colaborar integralmente com o espriamento das informações em saúde de acordo com evidências devidamente sancionadas. Esse compromisso pode constituir um eixo fundamental de sustentação às estratégias de prevenção ao suicídio.

O QUE TEMOS A VER COM ISSO?

O suicídio constitui um forte argumento para as modificações e as melhorias na política nacional de assistência às urgências/emergências. Estamos falando do direito à saúde e do princípio da integralidade. A reforma psiquiátrica teve desempenho importante na defesa dos direitos humanos de pacientes asilares submetidos a precárias condições de vida e de tratamento. Cabe doravante fazer justiça ao SUS e construir uma rede integrada de cuidados que seja resolutiva nas urgências/emergências psiquiátricas, tomando o risco de suicídio como uma das prioridades. O risco de morte autoinfligida implica em extrema vulnerabilidade: trata-se de um desfecho evitável, sendo necessário o comprometimento de diversas esferas sociais (política, jurídica, midiática, entre outras) na prevenção e no tratamento resolutivo de quaisquer pessoas sob risco. Igualmente, cumpre notar a dimensão temporal – urgência, crise – implicada em circunstâncias tão especiais.

Não podem ser ignoradas as orientações internacionais que propiciam ações conjuntas em saúde. As ações coordenadas pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002), o Movimento Internacional pela Saúde Global (GH) e a Saúde Mental Global (GMH) exigem que direitos humanos constituam qualquer pauta de cuidados em saúde mental e suicidologia.

O empenho na construção de uma sociedade menos violenta e mais respeitosa para com a tristeza e o luto é muito importante, e a prevenção do suicídio constitui uma etapa dessa agenda. Não existe saúde sem saúde mental e tampouco sem o respeito aos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar et al. Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971-2000) and Descriptive Content Analysis (1971-1995). *American Journal of Public Health*, v. 93, n. 12, p. 2037-2043, 2003.

ARAÚJO, Luciene da Costa et al. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF*, v. 15, n. 1, p. 47-57, 2010.

BAKER, Darren; FORTUNE, Sarah. Understanding Self-Harm and Suicide Websites: a Qualitative Interview Study of Young Adult Website Users. *Crisis*, v. 29, n. 3, p. 118-122, 2008.

BARBAN, Eduardo Galvão; OLIVEIRA, Angélica. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto: capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 14, n. 1, p. 52-63, 2007.

BARROS, Daniel Martins de; SERAFIM, Antonio de Pádua. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 36, p. 175-177, 2009.

BAUMEISTER, Roy F. Suicide as Escape from Self. *Psychological Review*, v. 97, n. 1, p. 90-113, jan. 1990.

BEGLEY, Mary.; QUAYLE, Ethel. The Lived Experience of Adults Bereaved by Suicide: a Phenomenological Study. *Crisis*, v. 28, n. 1, p. 26-34, 2007.

BIDDLE, Lucy et al. Suicide and the Internet. *BMJ*, v. 336, p. 800-802, 2008.

BOTEGA, Neury José. *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed, 2015.

_____. Residência em Psiquiatria: enquête nacional discorda da posição da Comissão Nacional de Residência Médica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 4, p. 341-342, 2005.

BOTEGA, Neury José et al. *Telefonemas na crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio*. Rio de Janeiro: Editora da ABP, 2010.

_____. Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, v. 37, p. 212-220, 2006.

BRASIL. Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

_____. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25-694.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BREAULT, Kevin. D. Suicide in America: a Test of Durkheim's Theory of Religious and Family Integration, 1933-1980. *American Journal of Sociology*, v. 92, n. 3, p. 628-656, 1986.

BRÊDA, Mércia Zeviani; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, p. 471-480, 2001.

BTESHE, Mariana. *Experiência, narrativa e práticas infocomunicacionais: sobre o cuidado no comportamento suicida*. 2013. 194 p. Tese (Doutorado em Ciência) – Programa de Pós-Graduação em Informação, Comunicação e Saúde, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

CAMELO, Silvia Helena Henriques; ANGERAMILL, Emília Luigi Saporiti. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepções dos profissionais. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 15, p. 502-507, 2007.

CANTOR, Christopher. H.; BAUME, Pierre J. M. Suicide Prevention: a Public Health Approach. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, v. 8, p. 45-50, 1999.

CAPP, Kim P. et al. Suicide Prevention in Aboriginal Communities: Application of Community Gatekeeper Training. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 25, p. 315-321, 2001.

CASA, Equipe de A.T. (org.). *Crise e cidade*. São Paulo: Educ, 1997. v. 1.

CASH, Scottye. J.; BRIDGE, Jeffrey. A. Epidemiology of Youth Suicide and Suicidal Behavior. *Current Opinion in Pediatrics*, v. 21, n. 5, p. 613-619, 2009.

CASSORLA, Roosevelt Moisés Smeke. O impacto dos atos suicidas no médico e na equipe de saúde. *Jornal Brasileiro de Medicina*, v. 56, n. 3, p. 84, 87-88, 90, mar. 1989.

_____. Jovens que tentam suicídio e narcisismo destrutivo: dois modelos compreensivos do fenômeno suicida. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 38, n. 1, p. 45-48, 2005.

COHEN, Judith et al. Psychosocial and Pharmacological interventions for Child Crime Victims. *Journal of Traumatic Stress*, v. 16, n. 2, p. 175-86, 2003.

CUTCLIFFE, J. et al. Understanding the Risks of Recent Discharge – the Phenomenological Experiences: Trying to Survive While Living Under the Proverbial “Sword of Damocles”. *Crisis*, v. 33, n. 5, p. 265-272, 2012.

DAPIEVE, Arthur. *Morreu na contramão: o suicídio como notícia*. São Paulo: Jorge Zahar, 2007.

DESLANDES, Suely Ferreira. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

_____. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

_____. O cuidado humanizado com valor e ethos da prática em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (ed.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado com o valor*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC; ABRASCO, 2009. p. 385-395.

DORIA FILHO, Ulysses. *Promoção de segurança da criança e do adolescente frente à mídia*. Rio de Janeiro: Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente/Sociedade Brasileira de Pediatria, 2001.

DURKHEIM, Émile. *Le suicide*. Paris: Presses Universitaires de France, 1990.

ESTELLITA-LINS, Carlos Eduardo Freire. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 205-215, 2009.

_____. (org.). *Trocando seis por meia dúzia: suicídio como emergência do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Mauad; Faperj, 2012. v. 1.

ESTELLITA-LINS, Carlos Eduardo Freire et al. Acompanhamento Terapêutico: sobre a depressão e o suicídio. *Psychê*, v. 10, n. 18, p. 151-166, set. 2006.

_____. Prevenção, adesão, promoção de saúde e reabilitação sob o acompanhamento terapêutico. *Psicologia*, v. 26, n. 2, p. 41-66, 2012.

ESTELLITA-LINS, Carlos Eduardo Freire; MIRANDA, Veronica. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. In: Encontro Nacional de Acompanhantes Terapêuticos, 1. 2001, São Paulo. *Anais...* São Paulo: PUC, 2001, p. 71-88.

FERGUSSON, D. et al. Vulnerability and Resiliency to Suicidal Behaviours in Young People. *Psychological Medicine*, v. 33, n. 1, p. 61-73, 2003.

FRANCHITTO, Nicolas et al. Emergency Suicide Care in France: The Psychiatrist's Liability as Seen in Case Law. *International Journal of Law and Psychiatry*, v. 30, n. 6, v. 11, p. 472-479, 2007.

FRIEDMANN, Georges; MUELLER, John. H. Maurice Halbwachs, 1877-1945. *American Journal of Sociology*, v. 51, n. 6, p. 509-517, 1946.

GIBBS, Jack. P.; MARTIN, Walter T. Status Integration and Suicide in Ceylon. *American Journal of Sociology*, v. 64, n. 6, p. 585-591, 1959.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. *Urgências e emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GRADUS, Jaimie. L. et al. Posttraumatic Stress Disorder and Completed Suicide. *American Journal of Epidemiology*, v. 171, n. 6, p. 721-727, 2010.

GROSS, Bruce. Death Throes: Professional Liability After Client Suicide. *Issues in Therapy*, p. 34-35, 2005.

GUIMARÃES, Daniel Boleira Sieiro; SALZANO, Fábio Tápia; ABRE, Cristiano Nabuco de. Indicações para internação hospitalar completa ou parcial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, p. 60-62, 2002.

HARRIS, E. Clare; BARRACLOUGH, Brian. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, v. 170, p. 205-228, 1997.

HAUKKA, Jari et al. Determinants and Outcomes of Serious Attempted Suicide: a Nationwide Study in Finland, 1996-2003. *American Journal of Epidemiology*, v. 167, n. 10, p. 1155-1163, 2008.

HICKS, Madelyn Hsiao-Rei; BHUGRA, Dinesh. Perceived Causes of Suicide Attempts by U.K. South Asian Women. *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 73, n. 4, p. 455-462, 2003.

HOVEN, Christina W. et al. Prevention of Mental Ill-Health and Suicide: Public Health Perspectives. *European Psychiatry*, v. 25, n. 5-6, p. 252-256, 2010.

JARDIM, Katita; DIMENSTEIN, Magda. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista*, v. 13, p. 169-190, 2007.

_____. A crise na rede: o SAMU no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Saúde em Debate*, v. 32, n. 78/79/80, jan./dez., p. 150-160, 2008.

JORM, A. F. Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 40, p. 3-5, 2006.

JORM, A. F.; AL, E. "Mental Health Literacy": a Survey of the Public's Ability to Recognise Mental Disorders and Their Beliefs About the Effectiveness of Treatment. *Medical Journal of Australia*, v. 166, n. 4, p. 182-186, 1997.

JUURLINK, David. N. et al. Medical Illness and the Risk of Suicide in the Elderly. *Archives of Internal Medicine*, v. 164, n. 14, p. 1179-1184, jun. 2004.

KALESAN, Bindu et al. Firearm-related Hospitalizations and In-Hospital Mortality in the United States, 2000-2010. *American Journal of Epidemiology*, v. 179, n. 3, p. 303-312, 2014.

LEENAARS, Antoon A. Suicide Among Indigenous Peoples: Introduction and Call to Action. *Archives of Suicide Research*, v. 10, n. 2, p. 103-115, 2006.

LOVISI, Giovanni Marcos. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 31, n. supl. II, p. s86-s93, 2009.

MANN, John. J. et al. Suicide Prevention Strategies: a Systematic Review. *JAMA*, v. 294, p. 2064-2074, 2005.

MARI, Jair de Jesus et al. Mental Health Research in Brazil: Policies, Infrastructure, Financing And Human Resources. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 1, p. 161-169, 2006.

MARKS, Stephen R. R. Durkheim's Theories of Anomie Reconsidered: a Reply to McCloskey. *American Journal of Sociology*, v. 81, n. 6, p. 1488-1494, 1976.

_____. Durkheim's Theory of Anomie. *American Journal of Sociology*, v. 80, n. 2, p. 329-363, 1974.

MILEY, James. D.; MICKLIN, Michael. Structural Change and the Durkheimian Legacy: a Macrosocial Analysis of Suicide Rates. *American Journal of Sociology*, v. 78, n. 3, p. 657-673, 1972.

MILNER, Allison; LEO, Diego De. Who Seeks Treatment Where? Suicidal Behaviors and Health Care Evidence From a Community Survey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 198, p. 412-419, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 589, de 20 de maio de 2015. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 maio 2015. Seção 1, p. 72.

_____. Portaria n.º 1.876, de 14 de agosto de 2006. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 ago. 2006.

_____. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 out. 2011.

NANDI, Arijit et al. Economic Conditions and Suicide Rates in New York City. *American Journal of Epidemiology*, v. 175, n. 6, p. 527-535, mar. 2012.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro et al. A capacitação e a gestão de equipes do PSF para a atenção psicossocial: um estudo de caso. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 7, n. 3, p. 376-384, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Livro de recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação*. Tradução de Willians Valentini. Genebra: OMS, 2005.

_____. *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Tradução de Janaína Philipe Cecconi, Sabrina Stefanello e Neury José Botega. Genebra: OMS, 2000a.

_____. *Prevenção ao suicídio: um manual para profissionais da saúde*. Tradução de Juliano dos Santos Souza e Neury José Botega. Genebra: OMS, 2000b.

_____. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 18 maio 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>>. Acesso em: 11 de jan. 2018.

ORELLANA, Jesem Douglas Yamall et al. Mortality by suicide: a focus on municipalities with a high proportion of self-reported indigenous people in the state of Amazonas, Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 16, p. 658-669, 2013.

PESCOSOLIDO, Bernice. A.; GEORGIANA, Sharon. Durkheim, Suicide, and Religion: Toward a Network Theory of Suicide. *American Sociological Review*, v. 54, p. 33-48, fev. 1989.

POMPILI, Maurizio et al. Emergency Staff Reactions to Suicidal and Self-Harming Patients. *European Journal of Emergency Medicine*, v. 12, n. 4, p.169-178, Aug. 2005.

RECUPERO, Patricia. R. et al. Googling suicide: surfing for suicide information on the Internet. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 69, n. 6, p. 878-888, 2008.

RICHARDS, Karlotta Andrea. *Training and the assessment and management of suicidal patients*. 1999. Tese (Doutorado em Psicologia) – University of Southern Mississippi, Hattiesburg, 1999.

ROBINSON, Jo et al. Research Priorities in Suicide Prevention in Australia: a Comparison of Current Research Efforts and Stakeholder-Identified Priorities. *Crisis*, v. 29, n. 4, p. 180-190, 2008.

ROCHA, Hélio. Antonio et al. Manejo do suicídio na emergência: dificuldades na formação do residente e na estruturação dos serviços no Brasil. *Debates Psiquiatria Hoje*, v. 1, n. 5, p. 41-43, 2009.

ROSTILA, Mikael et al. The Forgotten Griever: A Nationwide Follow-up Study of Mortality Subsequent to the Death of a Sibling. *American Journal of Epidemiology*, v. 176, n. 4, p. 338-346, ago. 2012.

ROTHSCHILD, Anthony. J. Suicide Risk Assessment. In: SEDERER, L. I.; ROTHSCCHILD, Anthony. J. (Orgs.). *Acute Care Psychiatry: Diagnosis and Treatment*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1997. v. 1, p. 15-28.

SANTOS, Vieira dos Ialane Monique; SANTOS, Adriano Maia dos. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Revista de Salud Pública*, v. 13, n. 4, p. 703-716, 2011.

SAYRE, Joan. The Patient's Diagnosis: Explanatory Models of Mental Illness. *Qualitative Health Research*, v. 10, n. 1, p. 71-83, 2000.

SEDERER, Lloyd. I.; ROTHSCHILD, Anthony. J. (Eds.). *Acute Care Psychiatry: Diagnosis and Treatment*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1997. v. 1.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; LIMA, Maria Luiza Carvalho de. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. supl., p. 1211-1222, 2006.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de; ORELLANA, Jesem Douglas Yamall. Suicide Among the Indigenous People in Brazil: a Hidden Public Health Issue. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 34, p. 489-490, 2012.

_____. Desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no estado do Amazonas, Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 62, p. 245-252, 2013.

TSAO, Carol I. Ping.; LAYDE, Joseph B. Comprehensive Psychiatry. *A Basic Review of Psychiatric Medical Malpractice Law in the United States*, v. 48, p. 309-312. 2007.

VUORILEHTO, Maria. S. et al. Suicidal Behaviour Among Primary-Care Patients with Depressive Disorders. *Psychological Medicine*, v. 36, n. 2, p. 203-210, fev. 2006.

WASELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da violência 2011: os jovens do Brasil*. São Paulo: Instituto Sangari; Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2011.

_____. *Os jovens do Brasil: mapa da violência 2014*. Brasília: Secretaria Nacional da Juventude, 2014.

WERLANG, Blanca Susana Guevara et al. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*, v. 39, n. 2, p. 259-266, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours: SUPRE-MISS*. Geneva: WHO, 2002.

_____. *Public Health Action for the Prevention of Suicide*. Geneva: WHO, 2012.

8. EUTANÁSIA: CONCEITOS, DIREITOS HUMANOS E PERSPECTIVAS LEGAIS NO BRASIL E NO MUNDO¹

Cora Efrom²

“eternamente morrer, morrer sem todavia morrer, morrer a morte. Porque morrer significa que tudo está acabado, mas morrer a morte significa viver a morte; e vivê-la um só instante, é vivê-la eternamente.”

Soren Kierkegaard

Afirmar que morrer é parte inseparável do viver é algo óbvio, pois qualquer ser que nasce também morre. Trata-se de um processo inexorável e que se remete não só às condições biológicas do indivíduo, mas também a tudo que abarca o estar vivo, como aspectos emocionais, morais e espirituais. Nesse sentido, Dworkin (2009, p. 299) declara que:

¹ Este capítulo foi escrito a partir de trabalhos de conclusão apresentados na Faculdade de Direito da UFRGS e no curso de pós-graduação em Direito Médico na instituição Verbo Jurídico/Uniasselvi, e foi atualizado com base em pesquisas que a autora desenvolve desde então.

² Bacharela em Direito (UFRGS). Especialista em Direito Médico (Verbo Jurídico/Uniasselvi). Psicóloga (UFCSA). Mestre em Administração com ênfase em Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho (UFRGS).

as concepções das pessoas a respeito de como viver dão cor a suas convicções sobre quando morrer. [...] não há dúvida de que a maioria das pessoas atribui ao modo de morrer uma importância especial e simbólica: na medida do possível, querem que sua morte expresse e, ao fazê-lo, confirme vigorosamente os valores que acreditam ser os mais importantes para as suas vidas. (DWORKIN, 2009, p. 299).

Contudo, o processo de morrer hodiernamente parece ser percebido de formas diferentes. Junges afirma que “não se morre mais como antes. A morte deixou de ser algo natural. Os progressos na área da saúde pública e na medicina transformaram o modo de morrer” (JUNGES, 1999, p. 172). O sociólogo Zygmunt Bauman (BAUMAN, 1992, p. 5-7) declara que a cultura moderna busca meios e formas para transcender a morte e o faz através da sobrevivência e da imortalidade; para isso, empurra o falecimento e estende o tempo de vida, transformando a morte em algo além do mundano. Ainda, o autor afirma que a morte se transformou em algo inominável, inaceitável, o que repercute na incapacidade de se falar sobre ela (BAUMAN, 1992, p. 133-134). Ainda nessa seara, Elizabeth Kübler-Ross, em seu livro *Sobre a morte e o morrer*, de 1969, descreve que vivemos em uma sociedade em que “a morte é encarada como um tabu, onde os debates sobre ela são considerados mórbidos e as crianças afastadas sob pretexto de que seria ‘demais’ para elas” (KÜBLER-ROSS, 2011, p. 10). A autora segue declarando que, “quanto mais avançamos na ciência, mais parece que tememos e negamos a realidade da morte”, e encerra com a seguinte reflexão:

[...] o fato de nos concentrarmos em equipamentos e em pressão sanguínea não será uma tentativa desesperada de rejeitar a morte iminente, tão apavorante e incômoda, que nos faz concentrar nossas atenções nas máquinas, já que elas estão menos próximas de nós do que o rosto amargurado de outro ser humano a nos lembrar, uma vez mais, nossa falta de onipotência, nossas limitações, nossas falhas e, por último mas não menos importante, nossa própria mortalidade? Urge, talvez, levantar uma questão: estamos nos tornando mais ou menos humanos? (KÜBLER-ROSS, 2011, p. 11).

Se é inevitável morrer, como já falou Hintermeyer, “que ao menos não seja de qualquer maneira. Não como um animal, abandonado no âmbito em que suas forças o traíram. Que algo do homem seja preservado na própria morte, e mesmo depois” (HINTERMEYER, 2006). Assim, se há o afastamento da reflexão sobre a finitude da vida, devido à mudança de comportamento da sociedade, espera-se que ao menos a morte seja mais próxima daquilo que o sujeito que morre gostaria.

Ainda no século XVII, o filósofo inglês Francis Bacon defendeu a ideia de que deveria haver o *imperium hominis* (império do homem) sobre as coisas, especialmente no campo da ciência. Ele definiu, então, o enfermo como sujeito de ações médicas, e não como um mero objeto. Essa postura já apontava que o indivíduo doente não deveria ser apenas um paciente, mas também um agente consciente. Bacon sustentou, além disso, que a função do médico era garantir uma morte indolor, calma e doce, aos seus pacientes, o que o filósofo designou eutanásia (*eu* significa boa, e *thanasia*, morte) (BACON, s.d.). Desde então, o termo passou a ser difundido e, contemporaneamente, possui uma diversidade de significados e de classificações.

Segundo Peter Singer, eutanásia seria definida como “a morte daqueles que têm doenças incuráveis e que vivem em grande dor ou sofrimento, para os poupar de mais dor ou sofrimento” (SINGER, 1993, p. 157, tradução nossa). Para o filósofo, a eutanásia está dividida em três tipos distintos: eutanásia voluntária, realizada atendendo ao pedido daquele que deseja morrer, podendo ser feita inclusive quando a pessoa se encontra incapaz de exprimir a opção de morrer, mas que tenha reafirmado de tempos em tempos por pedido escrito sua vontade; eutanásia involuntária, situação descrita pelo autor como quando a pessoa que alguém mata é capaz de consentir na sua própria morte, mas não o faz, seja porque não lhe perguntam, seja porque prefere continuar a viver quando perguntada (SINGER, 1993,

p. 158, tradução nossa); e eutanásia não voluntária, praticada quando o indivíduo não tem capacidade para compreender a diferença entre viver e morrer. Nessa última categoria se enquadram os incapazes. O autor propõe também que não há diferença entre eutanásia passiva (deixar alguém morrer) e ativa (provocar a morte de alguém), pois a consequência desse ato é a mesma, a morte (SINGER, 1993).

Nesse mesmo contexto, Jeff McMahan (2002) afirma que um ato de eutanásia é

[...] um ato de matar ou de deixar morrer que satisfaz duas condições: primeiro, o ato deve beneficiar ou ser bom para o indivíduo que morre, e, segundo, o agente deve estar motivado a fazer aquilo que é bom para o indivíduo em questão, e deve ter a intenção de beneficiá-lo ao provocar sua morte. Mesmo que um ato que provoque a morte de uma pessoa seja destinado a beneficiá-la, tal ato não será considerado uma eutanásia se não for de fato bom para essa pessoa. (MCMAHAN, 2002, p. 456).

McMahan também elabora uma categorização da eutanásia, estabelecendo que é voluntária quando alguém pede para ser morto ou consente com a morte, ou quando pede para ser autorizado a morrer de forma livre e autônoma, desde que visando ao próprio bem. Por sua vez, a eutanásia não voluntária implicaria a morte de um indivíduo que não pode autorizar, recusar ou consentir sua prática (incluem-se aqui fetos, crianças, animais e seres humanos com graves deficiências cognitivas congênitas). O autor destaca nesse grupo os indivíduos que deixaram de ser competentes para decidir sobre vida, morte e suas pretensões, mas exclui aqueles que já haviam de alguma forma se manifestado previamente sobre o tema. Por fim, também classifica a eutanásia como involuntária, incluindo nesse grupo os indivíduos autorizados ou mortos de forma contrária à sua vontade expressa ou quando o seu consentimento não lhe foi sequer solicitado (MCMAHAN, 2002, p. 485, tradução nossa).

Para Hartmut Kress, o conceito de eutanásia incorpora fatos complexos que possibilitariam ações diametralmente opostas, pois,

por um lado, “representa a manutenção das funções vitais de um paciente terminal pela medicina intensiva”, enquanto, por outro, “a medicina intensiva só prolonga o sofrimento de uma pessoa. Já há décadas advertiu nesse sentido sobre o perigo de um ‘terror da humanidade’ (*heulmt thielicke*)” (KRESS, 2008, p. 290). Com a intenção de clarear esse tipo de imprecisão conceitual, buscou-se apreciar a eutanásia sob um enfoque mais estrito, subdividindo-a em ortotanásia e eutanásia (*stricto sensu*), e aproximando-a dos conceitos de distanásia e mistanásia.

O termo ortotanásia vem da aglutinação do prefixo grego *orthós*, que significa normal, correto, e do radical e substantivo *thánatos*, que quer dizer morte, ou seja, morrer corretamente. Esse ato está vinculado a um prognóstico de terminalidade do indivíduo, em que já há, portanto, perecimento do corpo biológico. Além disso, envolve o alívio dos sintomas físicos e emocionais.³

A ortotanásia não se confunde com a eutanásia, justamente porque o seu fundamento não é a autonomia de vontade do indivíduo – como ocorre nesta –, mas o respeito da condição humana frente à morte. Viviane Buffon afirmou que se deve respeitar o bem-estar global dos indivíduos, assegurando, então, a dignidade nesse processo de morte. Essa postura possibilitaria a pacientes e a seus familiares aceitarem a morte e percebê-la como o fim do ciclo vital. Por essa razão, a ortotanásia é:

[...] a atuação correta diante da morte, pois não apressa e nem prolonga o processo de morrer, mas proporciona condições de vida durante esse período, aliviando todos os tipos de sofrimento (físico, espiritual e emocional) e permitindo um maior contato com as pessoas queridas do seu convívio, a fim de proporcionar a despedida sem culpas e dúvidas. (BUFFON, 2006, p. 81).

³ Negligenciar a angústia do doente pode levar à aplicação de tratamentos fúteis, que só lhe imporiam mais sofrimentos. Hintermeyer afirmou que “o medo da morte é antes de tudo o medo do sofrimento” (HINTERMEYER, 2006, p. 48).

Já a eutanásia *stricto sensu*, segundo Ana Carolina da Costa e Fonseca, “se caracteriza por ser um procedimento que antecipa a morte do paciente em relação a quanto o corpo, como entidade biológica, poderia continuar vivendo” (FONSECA, 2012, p. 95). A autora adota ainda uma divisão de classificação conforme o momento da morte, o entendimento da vontade do indivíduo e como a eutanásia é realizada.⁴

Em oposição aos conceitos de eutanásia e ortotanásia, há a distanásia, também entendida como a obstinação terapêutica que exprime o sentido de afastamento da morte, ou seja, a prorrogação demasiada da vida, com tratamentos inúteis, os quais acarretam somente ansiedade e sofrimento. Nesse sentido, Rui Nunes (2009) declarou que a utilização desproporcionada de intervenções médicas possibilita um grande repertório de discussões éticas, que possui um vasto impacto nas sociedades ocidentais. O autor ressalta que esta é universalmente tida como uma má prática médica (NUNES, 2009).

Por fim, ainda há a mistanásia, termo sugerido pelo padre Leonard Martin, composto pelo radical *thánatos*, como já citado anteriormente, e pelo prefixo *mys*, que significa rato. Esta é, portanto, a “morte miserável, transcendente do contexto médico-hospitalar para atingir aqueles que nem sequer chegam a ter um atendimento médico adequado”, em razão de carência social, econômica e política (VILLA-BOAS, 2005, p. 75).

Percebe-se, portanto, que mesmo havendo uma aparente confusão sobre o uso de tais termos, seus conceitos e, inclusive,

⁴ Ana Carolina da Costa e Fonseca afirma que, conforme o “momento da morte, há três tipos de eutanásia, que devem ser pensados em relação ao que se poderia tomar como um momento ideal de morte do corpo, isto é, quando se reconheceria que, fisicamente, o corpo teria chegado ao fim de sua vida útil” (FONSECA, 2012, p. 92-101): a ortotanásia, a distanásia e a eutanásia. Conforme a vontade do indivíduo, a autora divide a eutanásia em voluntária, não voluntária e involuntária. Já quanto à forma a ser realizada, divide-a em ativa ou passiva.

suas classificações, eles mostram-se bem delineados pelos teóricos em geral; ou seja, há uma conformidade entre os autores nacionais e internacionais. As divergências que esse assunto pode incorporar baseiam-se em características valorativas e/ou pessoais sobre a aceitação ou não de sua prática.

DIREITOS HUMANOS FUNDAMENTAIS: DISCUTINDO O DIREITO À VIDA E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Antes de adentrarmos nas particularidades da temática, é necessário entendermos a diferenciação entre o conceito de “direitos fundamentais” e de “direitos humanos”. Iniciamos citando Ingo Wolfgang Sarlet:

Em que pese sejam ambos os termos comumente utilizados como sinônimos, a explicação corriqueira e, diga-se de passagem, procedente para a distinção é de que o termo “direitos fundamentais” se aplica para aqueles direitos do ser humano reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado, ao passo que a expressão “direitos humanos” guardaria relação com os documentos de direito internacional, por referir-se àquelas posições jurídicas que se reconhecem ao ser humano como tal, independentemente de sua vinculação com determinada ordem constitucional, e que, portanto, aspiram à validade universal, para todos os povos e tempos, de tal sorte que revelam um inequívoco caráter supranacional (internacional). (SARLET, 2001, p. 45).

Hernán Salgado Pesantes, ex-presidente da Corte Interamericana de Direitos Humanos, asseverou, sobre esse assunto, que a Constituição consagrou os direitos humanos, ou seja, aqueles inerentes às pessoas, mas, por terem uma categoria especial, não poderiam estar em qualquer norma, por isso deveriam ser considerados fundamentais. O renomado juiz explicou ainda que, no âmbito constitucional, se denominam direitos fundamentais aqueles positivados por normas chamadas internacionalmente de direitos humanos. (PESANTES apud LEÃO, 2005, p. 59-60).

Paulo Bonavides (2007) esclarece, em sua obra sobre Direito Constitucional, que é essencial uma definição dos direitos fundamentais de acordo com sua temporalidade e sua origem. Dessa forma, o autor divide-os em quatro gerações:⁵

a) a primeira caracteriza-se pelos chamados direitos da liberdade (direitos civis e políticos), considerados os introdutores do constitucionalismo ocidental, por se consolidarem em uma projeção de universalidade formal (universalismo no plano abstrato). Tais direitos buscam tutelar o indivíduo, valorizando a perspectiva do “homem-singular”, mediante a criação de instrumentos de resistência ao Estado, tendo o seu ápice no século XVIII.

b) a segunda geração é composta por direitos sociais,⁶ culturais e econômicos, incorporando a noção de igualdade, a partir de uma concepção antiliberal do início do século XX; “visam a oferecer os meios materiais imprescindíveis à efetivação dos direitos individuais” (TAVARES, 2002, p. 359). Enquanto os direitos de primeira dimensão⁷ são encarados como direitos de defesa, os de segunda dimensão apresentam-se como “pretensões exigíveis do próprio Estado, que passa a ter de atuar para satisfazer tais direitos” (TAVARES, 2002, p. 360).

⁵ Deve-se considerar que a “partição em dimensões é didática, mas deve-se ter em mente que em cada uma houve retrocessos e fortes polêmicas em torno desses direitos, constituindo classes vagas e variáveis. Hoje há uma pluridimensionalidade desses direitos.” (TAVARES, 2009, p. 474-475).

⁶ Os direitos de segunda geração são denominados direitos sociais, “não porque sejam direitos de coletividades, mas por se ligarem a reivindicações de justiça social – na maior parte dos casos, esses direitos têm por titulares indivíduos singularizados.” (BRANCO, 2007, p. 268).

⁷ Paulo Bonavides ora utiliza a expressão dimensão, ora geração, passando ao leitor uma interpretação de similitude semântica. Contudo, há uma controvérsia quanto ao uso do termo geração por alguns autores, pois pode ser entendido como blocos estanques de direitos, sem relação uns com os outros, como frutos separados de determinadas épocas. Francisco Rodrigues afirma ainda que preferiu o termo dimensão para classificar os direitos quanto ao seu alcance (RODRIGUES, 2008, p. 52).

c) a terceira surgiu no último quarto do século XX, no momento em que se atribuiu proteção ao gênero humano e não ao indivíduo; foi erigida sob a ideia de fraternidade; “peculiarizam-se pela titularidade difusa ou coletiva, uma vez que são concebidos para a proteção não do homem isoladamente, mas de coletividades de grupos [direito à paz, ao desenvolvimento, à qualidade do meio ambiente, à conservação do patrimônio histórico e cultural]” (MENDES; COELHO; BRANCO, 2009, p. 268).

d) a quarta geração é a que dá destaque ao direito à democracia, à informação e ao pluralismo. Esta etapa, ainda em aberto, deriva-se da influência da globalização sobre as concepções normativas mundiais. Para Sarlet, essa categoria, preconizada por Paulo Bonavides, está longe de obter o fundamento e o devido reconhecimento no direito (SARLET, 2001, p.49). A maior parte dos autores não menciona tal geração, pois ela não se fundamentaria em direitos novos, mas sim em uma derivação daqueles decorrentes de outras dimensões.⁸

Segundo Canotilho (2000, p. 1396-1402), devem-se distinguir garantias e liberdades fundamentais. As garantias são direitos que possuem um caráter instrumental de proteção dos direitos fundamentais. As liberdades vinculam-se ao *status negativus*,⁹ ou seja, relacionam-se às defesas do indivíduo frente ao Estado. Convém ressaltar que foi Alexy (2002) quem evidenciou a composição tripartida dos direitos fundamentais (titular, destinatário e objeto),¹⁰ noção

⁸ “Pode ocorrer, ainda, que alguns chamados novos direitos sejam apenas os antigos adaptados às novas exigências do momento” (MENDES; COELHO; BRANCO, 2007, p. 224).

⁹ Tal definição remonta à terminologia utilizada por G. Jellinek, que separa sociedade e Estado, direitos individuais e direitos políticos (CANOTILHO, 2000, p. 394). Os direitos a uma prestação negativa seriam aqueles que correspondem a uma proibição dirigida ao Estado (ALEXY, 2002, p. 218).

¹⁰ Sobre as normas de direitos fundamentais, é salutar examinarmos as concepções de Robert Alexy a respeito do conceito de norma. O autor as considera sob um ca-

a partir da qual muitos autores¹¹ formularam sua classificação. Ainda conforme Alexy, os critérios de aferição das normas fundamentais são os seguintes: formal (aquelas que a Constituição estatui como fundamentais), estrutural (aquelas que atribuem direitos subjetivos) e material-estrutural (com base na doutrina de Carl Schmitt, aquelas que preexistem ao Estado e, por essa razão, pertencem à composição dele e devem ser garantidas aos seres humanos individualmente livres). Elas ostentam um caráter dúplice, na medida em que se apresentam tanto como princípios quanto como regras.¹²

Em que pese não existir uma classificação unitária¹³ dos direitos fundamentais na doutrina, é possível apontar algumas caracte-

ráter semântico (significação), compostas de objetos linguísticos (componentes que requerem um estudo, para a compreensão em seu contexto) que necessitam de uma identificação por meio de certos critérios de validade (determinando alternativas apropriadas e legítimas ao fim a que se destinam) (ALEXY, 2002, p. 186).

¹¹ Manoel Gonçalves Ferreira Filho os agrupa de acordo com a titularidade, o objeto e as dimensões, criticando essa última classificação, pois acredita que muitos desses direitos possuem mais de uma fase.

¹² Humberto Ávila contrapõe as ideias de princípio e regra de forma clara: “As regras são normas imediatamente descritivas, primariamente retrospectivas e com pretensão de decidibilidade e abrangência, para cuja aplicação se exige a avaliação da correspondência, sempre centrada na finalidade que lhes dá suporte ou nos princípios que lhes são axiologicamente sobrejacentes, entre a construção conceitual da descrição normativa e a construção conceitual dos fatos. Os princípios são normas imediatamente finalísticas, primariamente prospectivas e com pretensão de complementaridade e de parcialidade, para cuja aplicação se demanda uma avaliação da correlação entre o estado de coisas a ser promovido e os efeitos decorrentes da conduta havida como necessária à sua promoção” (ÁVILA, 2008, p. 78-79). Para Canotilho, os princípios dividem-se em tipologias diferentes, de acordo com diversos aspectos. Essa diferenciação, segundo o autor, facilita o entendimento de sua abrangência e a sua aplicação no ordenamento (CANOTILHO, 2000, p. 1161-1162). Já Rizzatto Nunes afirma que os princípios são as vigas mestras do sistema jurídico (NUNES, 2002, p. 37).

¹³ Conforme Bobbio, o desenvolvimento da teoria e da prática dos direitos humanos aperfeiçoou-se em dois sentidos no pós-guerra: o da multiplicação e da universalização. Para o autor, a multiplicação dos direitos humanos ampliou o número de bens e interesses que devem ser tutelados e, principalmente, passou a considerar o ser humano não apenas como uma pessoa indeterminada, mas sim como algo concreto e, portanto, com especificidades no seu modo de “ser em sociedade”. Com essa última percepção, Bobbio vislumbrou os direitos do homem como um *status* do indivíduo.

rísticas acolhidas pelos autores aqui citados. Elas facilitam a identificação desses direitos nas mais diferentes normas:

- inalienabilidade/indisponibilidade – por não conterem um valor patrimonial, são intransferíveis e inegociáveis;
- inviolabilidade – não podem ser contrastados por normas infraconstitucionais;
- universalidade – refere-se à amplitude subjetiva, ou seja, a direitos que sejam destinados ao ser humano (ARAÚJO; NUNES, 2008, p. 122);¹⁴
- efetividade – devem ser garantidos e protegidos pelo Poder Público, e não apenas reconhecidos na Constituição;
- complementaridade – não são interpretados de forma independente;
- imprescritibilidade – não se perdem pelo decurso do prazo;
- irrenunciáveis – “os direitos humanos fundamentais não podem ser objeto de renúncia. Dessa característica surgem discussões importantes na doutrina, [...] como a renúncia ao direito à vida” (MORAES, 1998, p. 41).

Além disso, os direitos fundamentais vêm aumentando de acordo com a evolução histórica, arrolando características diversas, o que gera uma heterogeneidade na classificação e não permite que fiquem estanques. Afora as características citadas, alguns autores incluem ainda: historicidade, relatividade, concorrência, etc. (BOBBIO, 1992, p. 67-68).

¹⁴ Deve-se ter em mente ainda que a qualidade de ser humano não é condição suficiente para a titularidade do direito. Antônio Augusto Cançado Trindade é um árduo defensor da universalidade dos direitos humanos, pois entende que deve haver uma visão holística e integral deles, ou seja, devem ser sempre tomados conjuntamente. Para o professor Cançado Trindade, “todos os direitos humanos para todos” seria o único caminho para garantir a integridade física e espiritual do indivíduo em qualquer lugar, durante todo o tempo (TRINDADE, 2000, p. 11). Contudo, é necessário se observar que “alguns direitos fundamentais específicos, porém, não se ligam a toda a pessoa. [...] De outro lado não é exato falar sempre em universalidade, quanto ao pólo passivo das relações jurídicas que se desenrolam em torno de um direito fundamental” (MENDES; COELHO; BRANCO, 2007, p. 230).

De acordo com João dos Passos Martins Neto (2003), em uma perspectiva objetiva, os direitos fundamentais são valores objetivos básicos. O autor sistematiza-os conforme o conteúdo axiológico do ordenamento. Sob outra perspectiva:

São direitos subjetivos, assim constituindo prerrogativas coercíveis de aproveitamento de bens, atribuídos segundo normas jurídicas positivas, mas com a particularidade de serem geralmente pensados como pressupostos jurídicos de uma existência digna [...] que variáveis no tempo e no espaço e, por tendência, universais, igualitários e inalienáveis (MARTINS NETO, 2003, p. 96-97).

Após essas explicações, cumpre tecer algumas considerações acerca do ordenamento jurídico pátrio. Todas as Constituições brasileiras proclamaram direitos como as liberdades públicas, mas somente a partir de 1934 introduziram enunciados de ordem econômica e direitos sociais.¹⁵ A Constituição de 1988 foi a que mais inovou em relação às anteriores, porque, além de abarcar direitos de solidariedade, posicionou os direitos e as garantias fundamentais no seu Título II, antes mesmo das normas que trataram da conformação do Estado, o que traduz a sua superioridade. Nela, os direitos não só são ordenados em certa sequência por gerações, como também possuem uma função exemplificativa.¹⁶ Outra novidade, destacada por Manoel Gonçalves Ferreira Filho, é a norma inserta no art. 5º, parágrafo 3º, que atribui aos tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos aprovados em cada Casa do Congresso Nacional,

¹⁵ “São esses direitos à prestação positiva por parte do Estado, vistos como necessários para o estabelecimento de condições mínimas de vida digna para todos os seres humanos” (FERREIRA FILHO, 2007, p. 315).

¹⁶ Desde a Constituição Política do Império, de 1824, até a Constituição atual, de 1988, há um rol de direitos humanos fundamentais enumerados exemplificativamente, pois não poderiam constar absolutamente todos os direitos taxativamente, sob o risco de que injustiças fossem cometidas (MORAES, 1998, p. 32-34). Atuando nesse sentido, existem os princípios, como normas-guia que orientam a interpretação dos casos concretos.

em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, *status* constitucional, nivelando-os aos demais direitos fundamentais positivados em seu texto.

O DIREITO À VIDA

Para um exame autêntico da eutanásia, é essencial compreendermos o conceito de vida, bem como a sua origem, seu enquadramento legal e, principalmente, sua interpretação jurídica. A tarefa de conceituá-la, contudo, é árdua, pois se baseia em concepções e crenças que, em sua maioria são subjetivas e estão vinculadas às mais diferentes áreas do conhecimento.

Quanto ao início da vida em si, muitas são as teorias. Segundo Gisele Mendes de Carvalho, o princípio ocorre com a concepção, ou seja, com a fecundação do óvulo pelo espermatozoide, mas entende como vida humana só aquela que ocorre após o nascimento. Assim, depreende-se dessa conceituação a ideia de que a vida existe durante a gestação, mas não é autônoma (CARVALHO, 2001, p. 102). Contudo, esse não é um único entendimento nesse tocante, já que se entende que a vida que pode principiar em outros momentos.

Determinar o início da vida é uma questão deveras difícil, especialmente pela imprecisão gerada pelas diferentes nomenclaturas que os doutrinadores utilizam (como ovo, zigoto, feto, embrião e outros como sinônimos) e pelas diversas etapas do desenvolvimento do feto. É nessa temática que, em 2008, surgiu uma das mais controvertidas decisões¹⁷ do Supremo Tribunal Federal, que trouxe à tona a questão da constitucionalidade do art. 5º e

¹⁷ Supremo Tribunal Federal, Pleno, ADI n.º 3510. Rel. Ministro Carlos Ayres Britto, julgado em 24 de março de 2005, DJ-112 do dia 20/06/2008.

seus parágrafos, da Lei n.º 11.105, de 24 de março de 2005, a Lei de Biossegurança, referente à utilização de células-tronco embrionárias para fins científicos. O reconhecimento da constitucionalidade da norma legal reforçou a ideia de que, antes da nidação, não há vida no conglomerado celular derivado da fecundação, ou seja, as células originárias da fecundação não estão abarcadas pela proteção do direito à vida. Contudo, não cabe aqui pormenorizar essa discussão e suas consequências.

Deve-se notar que, internacionalmente, o direito à vida já havia sido reconhecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, documento central das Nações Unidas assinado em 1948, que afirma em seu art. 3º: “Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948). Posteriormente, o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, de 1966 (em vigor no Brasil só a partir de 1992), contemplou o direito à vida como inerente à pessoa humana, devendo ser protegido juridicamente (BRASIL, 1992).

A Constituição Federal brasileira de 1988 tutela esse direito no título referente aos direitos e garantias fundamentais, mais precisamente no art. 5º, *caput*, ao lado da isonomia, da liberdade, da segurança e da propriedade:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...].

Tal direito de existência possui uma importância máxima frente aos demais, como afirma Uadi Lammêgo Bulo (2004), pois, sem ele, nenhum direito seria passível de ser exercido. O sentido constitucional também é amplo, exatamente pelo fato de se conectar a outros. A *ratio essendi* do direito à vida ocorre, ainda segundo

Bulos, porque cabe ao Estado assegurá-lo sob duplo efeito: o direito de nascer e o direito de sobreviver (BULOS, 2004, p. 111-113).

Alexandre de Moraes (1998) também descreve essa normatização à vida com dupla aceção frente ao Estado (direito de nascer e de sobreviver), cabendo ao Estado, portanto, o dever de assegurar o direito à vida quanto à sua conservação. Contudo, diferentemente de Uadi L. Bulos, Moraes sustenta que o segundo efeito concerne à dignidade da subsistência da vida, associando dignidade ao sobreviver. Nesse aspecto, o autor alude ao fato de que tal direito deve ser percebido como um “nível de vida adequado com a condição humana” (MORAES, 1998, p. 87).

Seguindo essa lógica de apreciação, Rita de Cássia Curvo Leite (2000) menciona que o direito à vida é lei não criada, mas reconhecida pelo Estado, pois pertence ao ser humano como derivado de sua simples existência, sendo, portanto, inerente a ele, e não concedida (LEITE, 2000, p. 50).

A ideia de direito à vida, hodiernamente entendida, incorpora-se a uma série de outras questões relevantes, apresentadas com propriedade por Ronald Dworkin (2003, p. 103). O referido autor esclarece que as divergências em torno desse direito estão intrinsecamente vinculadas à concepção e à escolha de valores nas etapas do desenvolvimento do ser, que se baseia no modo de compreender o domínio da vida e, portanto, o seu caráter sagrado. Para ele, a ideia de vida humana é sempre vista como santificada, independentemente do ponto de vista adotado, levando-se em conta os valores que, por influências culturais, religiosas, sociais e outras, os indivíduos reúnem em sua trajetória, respeitando e interpretando esse direito por diferentes ângulos. Assim, o valor sagrado da vida deve ser atribuído segundo cada pessoa, seja sob a ótica conservadora de que ela é um investimento da natureza ou de Deus (pertencendo a ele), seja em uma visão liberal de que

a vida é um bem de cada um. Na percepção de Dworkin (2003), isso justifica a autodeterminação do indivíduo sobre a própria existência para defender sua própria concepção sacra de vida. O autor ressalva, porém, que a natureza sagrada da vida não implica um caráter absoluto. Além disso, seria um equívoco afirmar que o direito à vida se caracterizaria como um direito absoluto, uma vez que a própria Constituição admite a pena de morte em caso de guerra declarada (BRASIL, 1988). Então, como poderia o Estado autorizar a morte quando lhe conviesse se o direito à vida estaria acima de tudo?

É necessário destacar que tanto aqueles que defendem a inviolabilidade do direito à vida como aqueles que não o consideram dessa forma se fundamentam no princípio da dignidade da pessoa humana,¹⁸ sobre o qual trataremos mais adiante. Os que defendem a inviolabilidade consideram ilegítima qualquer conduta (considerada, portanto, indigna) que interfira de alguma forma no curso vital do ser humano. Já os que não a defendem acreditam que há um desrespeito ao ser humano quando são ignoradas as características de cada indivíduo (FELIX, 2006).

Consignamos aqui as palavras de Renato Zerbini Ribeiro Leão, que, seguindo as palavras de seu mestre Antônio Augusto Cançado Trindade, afirmou:

O direito à vida significa, portanto, a possibilidade de desfrutar da existência da condição de ser humano dignamente através do trabalho, da saúde, da educação, do lazer, da política e da justiça. Ou seja, o direito à vida é muito mais do que se ter ou deixar de ter a vida: é a possibilidade de vivê-la com dignidade. (LEÃO, 2005, p. 127)

¹⁸ “[...] é um valor espiritual e moral inerente a pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar [...]” (MORAES, 1998, p. 60).

O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Para melhor compreendermos a inserção da dignidade humana no ordenamento constitucional, faz-se necessário uma breve análise histórica desse princípio.¹⁹ A professora Maria Celina Bodin Moraes (MORAES, 2008, p. 112) lembra que todas as pessoas possuem a dignidade, uma substância única, característica intrínseca apenas aos humanos, a qual os distinguiria dos demais seres. Segundo a autora, tal característica foi estudada já na Antiguidade, quando significava “aquele que merece estima e honra”, mas sua conceituação voltava-se aos seres humanos de forma despersonalizada, ou seja, à espécie como um todo.

O professor e magistrado Ingo Wolfgang Sarlet (2004, p. 561) salienta que a dignidade não existe apenas no Direito, uma vez que este é um conceito preexistente, assim como a própria pessoa. Complementando essa ideia, Eduardo Bittar leciona que a dignidade tem qualidades vinculadas à capacidade de ser autônomo, porque atua sob um prisma legislador e moral, favorecendo a humanidade, de forma a evitar que o homem seja usado para a concretização de fins egoísticos.

Na Declaração Universal das Nações Unidas de 1948 consta *in verbis*: “Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo”. Já no seu art. 1º, estabelece que “todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade de direitos” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

¹⁹ Pensa-se aqui como característica principiológica o que lhe garante a sua vinculação inexorável à aplicação e à criação de outras normas.

Para Sarlet, a Declaração supracitada introduz como núcleo da dignidade da pessoa humana a autonomia (considerada ali como abstrata) e a autodeterminação de cada pessoa. Contudo, a dignidade não deve ser pensada como algo inerente à natureza humana, pois também possui um sentido cultural, derivado de uma longa evolução, que cria uma interação de conceitos hodiernos (SARLET, 2004, p. 564). Na doutrina brasileira, inúmeros autores discorrem sobre o tema, o qual se encontra elencado no art. 1º, inciso III, da Constituição Federal de 1988,²⁰ inferindo-se que a dignidade da pessoa humana, devido à sua anterioridade em relação aos artigos que versam sobre os direitos fundamentais, teria preeminência frente aos demais dispositivos constitucionais.

Sarlet adota, de certa forma, o entendimento da dupla concepção de dignidade, e afirma que a ideia de proteção e/ou assistência por parte do Estado se dá especialmente quando se encontra ausente a nossa autodeterminação. Em certas circunstâncias, como no momento em que não há condições para uma decisão própria ou de responsável, a perspectiva assistencial da pessoa humana pode vir a imperar sobre a dimensão autônoma, fazendo com que alguém perca o exercício pessoal de sua determinação e continue possuindo o direito a um tratamento digno, de proteção e assistência. Esse raciocínio tem raiz na teoria de Dworkin – já citada no aspecto do direito à vida – segundo a qual, mesmo sem consciência de sua dignidade, a pessoa tem o direito de tê-la considerada, o que leva ao juízo de uma dupla concepção diferente no princípio em questão, como uma norma de voz passiva e também ativa. A definição expressa de Sarlet para a dignidade da pessoa humana é:

²⁰ “Art. 1º. A República Federativa do Brasil, formada pela União indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: [...] III – a dignidade da pessoa humana; [...]” (BRASIL, 1988).

A qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável,²¹ além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável dos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos. (SARLET, 2004, p. 573).

Sarlet cita, ainda, que o *status* jurídico normativo da dignidade da pessoa humana em nossa Constituição é de princípio, pois não se reconhece a existência de um direito fundamental à dignidade. Entretanto, a partir de tal concepção, pode-se deduzir direitos fundamentais autônomos. Isso justificaria a precedência do princípio da dignidade humana ao rol de direitos fundamentais constitucionais, o que não o descaracteriza como valor guia, com eficácia constitucional, de toda a ordem jurídica.

Alexandre de Moraes (1998) define a dignidade como um valor espiritual e moral que se manifesta na capacidade de autodeterminação, constituindo algo invulnerável, que deve ser garantido por todo ordenamento jurídico. Além disso, é responsável por resguardar primeiramente a liberdade individual frente às concepções transpessoais do Estado. Segundo o autor, a Constituição brasileira de 1988 contempla-a em duas acepções: em um direito individual protetivo e em um dever fundamental de tratamento igualitário dos próprios semelhantes – *honestere vivere, alterum non laedere, suum cuique tribuere*²² (MORAES, 1998, p. 60-61).

As dificuldades decorrentes da dignidade da pessoa humana advêm de situações concretas de afetação, nas quais o princípio assume caráter amplo e abstrato e pode se confrontar com questões mul-

²¹ O autor ressalva que, quanto ao conceito de vida saudável, utiliza os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

²² “Viver honestamente, não prejudicar ninguém, dar a cada um o que lhe é devido”.

ticulturais, que definem diferentes concepções de justiça, vida boa, entre outras (FREITAS, 2007, p. 175-176). Maria Celina B. Moraes (2006) aborda a dignidade sob quatro corolários do substrato material de tal preceito, expresso claramente por: igualdade (os iguais têm direito a serem tratados como iguais e, portanto, respeitados da mesma forma), integridade física e moral (todos estão sujeitos à proteção de sua integridade física e moral, ou seja, todos merecem idêntico respeito a essa integridade), solidariedade (somos parte de um grupo social e disso decorre nossa solidariedade para com os outros) e liberdade (somos dotados de vontade livre; essa liberdade, então, deve ser garantida juridicamente). Assim, no caso de confronto de princípios de igual importância hierárquica, a medida de ponderação entre eles dar-se-á, pelo menos *a priori*, em favor da dignidade da pessoa humana na discussão concreta (MORAES, 2006, p. 119).

Cada indivíduo possui uma concepção sobre o exercício da dignidade humana frente à morte. Alguns não se importam com a dor e com o sofrimento, preferindo viver mais tempo com menos qualidade, contanto que ao lado daqueles que amam. Outros não veem dignidade em definharem em um leito, passando pelas etapas do processo de morte e percebendo os familiares acompanharem dolorosamente a evolução irreversível do paciente para alguém diferente da pessoa com quem conviveram durante anos.

É importante lembrar que o preceito da dignidade humana vigente em nosso ordenamento não deve ser entendido apenas como o desejo do indivíduo, sob o risco de vulgarização de sua força normativa. Também não convém interpretar tal preceito como um recurso sem qualquer fundamentação racional e valorativa. Assim, uma abordagem do *morrer dignamente* é motivada pelo fato de uma morte digna não significar somente deixar de viver, nem de representar apenas um direito à morte, mas sim o cessar do processo vi-

tal de maneira digna embasado em uma série de normas jurídicas. Portanto, a expressão *morrer dignamente* significa morrer humanamente, sem prolongamento de tratamentos ineficazes em um quadro clínico irreversível. Obstaculizar esse preceito fundamental é o mesmo que considerar o ser humano como um objeto, sem lhe garantir condições para exercer sua autonomia, desrespeitando o valor do indivíduo. É privar a pessoa de projetar sua condição humana, mesmo quando doente. Por tal razão, é inadmissível que o sistema jurídico prive o sujeito de uma existência digna, com o atendimento de suas necessidades físicas, psicológicas, espirituais, éticas e jurídicas, porquanto é insuficiente garantir somente a sua existência *stricto sensu*.

EUTANÁSIA NO MUNDO

Alguns países legalizaram e/ou regulamentaram práticas de fim de vida. Outros isentam tais práticas de pena ou abstém-se de uma análise sobre o tópico.²³ Abaixo estão alguns países e como é percebida a situação da eutanásia:

- Bélgica. É legalizada de maneira expressa, requerendo a presença de dois médicos e um psicólogo para analisar a capacidade de tomada de decisão do paciente.
- Irlanda. É permitido cessar o suporte vital ou tratamentos no caso de o paciente ou o familiar mais próximo decidirem por isso.
- Luxemburgo. É legal que médicos autorizados cessem a vida de pacientes terminais depois que o pedido for analisado e aprovado por dois peritos.

²³ Para mais informações, ver: Biggs, 2001, *Euthanasia and assisted suicide laws around the world*, 2014; *Legal Status of Euthanasia and Assisted Suicide*, 2015.

- Holanda. Tanto o suicídio assistido quanto a eutanásia são autorizados, sendo realizados por médicos. Possui lei e regulamentos para as práticas.

- Suíça. Não possui lei expressa, mas a corte suprema reconheceu o direito à morte assistida.

- Índia. Autoriza a eutanásia passiva, no caso de pacientes em estado vegetativo.

- Colômbia. A Suprema Corte decretou que ninguém seria preso por cessar a vida de paciente terminal, mas não autoriza o fim intencional de sujeitos com doenças degenerativas.

- México. A lei autoriza a eutanásia passiva, podendo o paciente ou um familiar recusar a continuidade de tratamento em situações de terminalidade.

- Uruguai. Não tem lei que autorize a eutanásia, mas seu Código Penal prevê, conforme certos requisitos, a exoneração de pena àquele sujeito que pratica homicídio piedoso a paciente terminal.

- Estados Unidos. Alguns estados (Oregon, Washington, Montana, Vermont) já legalizaram a eutanásia.

- Japão. Não possui leis, mas regulamentações sobre eutanásia passiva (nos casos de doenças incuráveis, com consentimento de paciente ou familiar e realizada por médico através da cessação de tratamento) e ativa (em casos de enorme dor ou sofrimento, a morte estar próxima, haver consentimento do paciente e nenhum tratamento surtir efeito).

DISCUSSÃO NORMATIVA SOBRE EUTANÁSIA NO BRASIL

No Brasil, o Código Penal de 1940 dispõe no art. 121, parágrafo 1º:

Se o agente comete o crime [homicídio] impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço (BRASIL, 1940).

No anteprojeto de reforma do Código Penal, ainda em análise pelo Congresso Nacional, dispõe-se explicitamente que:

Eutanásia: Art. 122. Matar, por piedade ou compaixão, paciente em estado terminal, imputável e maior, a seu pedido, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável em razão de doença grave: Pena – prisão, de dois a quatro anos.

§ 1º O juiz deixará de aplicar a pena avaliando as circunstâncias do caso, bem como a relação de parentesco ou estreitos laços de afeição do agente com a vítima.

Exclusão de ilicitude: § 2º Não há crime quando o agente deixa de fazer uso de meios artificiais para manter a vida do paciente em caso de doença grave irreversível, e desde que essa circunstância esteja previamente atestada por dois médicos e haja consentimento do paciente, ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão. (BRASIL, 2012a).

No Código Civil de 2002 lê-se, em relação a tratamentos terapêuticos, conforme disposição do art. 15, “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica” (BRASIL, 2002).

Ao se pensar na visão legal e entender a função de destaque dada ao médico nesse processo de morte, será apresentada a seguir uma discussão instigada por essa categoria profissional que mobilizou diretamente a reflexão jurídica brasileira no âmbito das discussões sobre eutanásia. A partir da Resolução n.º 1.805 do Conselho

Federal de Medicina (CFM), publicada no Diário Oficial da União em 28 de novembro de 2006,²⁴ e do Código de Ética Médica de 2009 (CEM/2009), discutiu-se a prática da ortotanásia, estabelecendo-se que não constitui violação ética a conduta do médico que limita ou suspende um tratamento inútil e doloroso que vise apenas ao prolongamento da vida do doente em fase terminal, respeitada sua vontade ou de seu representante. A resolução dispõe que:

Art. 1º. É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º. O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º. A decisão referida no *caput* deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º. É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º. O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar [...] (BRASIL, 2006).

A resolução, que antecedeu o CEM/2009, gerou muita polêmica à época, o que levou ao questionamento sobre sua legalidade em âmbito judicial. A sentença foi emitida em dezembro de 2010, e o juiz federal Roberto Luis Luchi Demo declarou a legitimidade

²⁴ Está sanada a discussão quanto à competência do CFM para a edição de uma resolução desse cunho, pois os conselhos possuem personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira. Segundo a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, no art. 2º, “O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente”. A Resolução do CFM n.º 1.753/04 aprovou o regimento interno, dispondo no art. 10 que: “Ao CFM compete: [...] XX: expedir resoluções normatizadoras ou fiscalizadoras do exercício profissional dos médicos e pessoas jurídicas cuja atividade básica seja a Medicina.” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004).

da resolução. A sentença, em sua maior parte, foi disposta acatando os argumentos apresentados pelas manifestações da procuradora da República Luciana Loureiro Oliveira, afirmando que:

[...] o CFM tem competência para editar a Resolução n.º 1805/2006, que não versa sobre direito penal e, sim, sobre ética médica e consequências disciplinares; 2) a ortotanásia não constitui crime de homicídio, interpretado o Código Penal à luz da Constituição Federal; 3) a edição da Resolução n.º 1805/2006 não determinou modificação significativa no dia-a-dia dos médicos que lidam com pacientes terminais, não gerando, portanto, os efeitos danosos propugnados pela inicial; 4) a Resolução n.º 1805/2006 deve, ao contrário, incentivar os médicos a descrever exatamente os procedimentos que adotam e os que deixam de adotar, em relação a pacientes terminais, permitindo maior transparência e possibilitando maior controle da atividade médica; 5) os pedidos formulados pelo Ministério Público Federal não devem ser acolhidos, porque não se revelarão úteis as providências pretendidas, em face da argumentação desenvolvida. (BRASIL, 2012b).

Destaca-se que a sentença também apresenta em seu teor a diferenciação entre eutanásia, ortotanásia, distanásia e mistanásia. Alude também à Portaria do Ministério da Saúde n.º 675/GM, de 30 de março de 2006, que aprovou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Tal dispositivo estabelece em seu quarto princípio, inciso V, que os seguintes direitos devem ser observados: consentimento ou recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública” (MS, 2006). Desse inciso, cabe a interpretação de que fica facultado ao indivíduo optar pelo momento e pelo local de morte, conforme asseverou o promotor de justiça Diaulus Costa Ribeiro na mesma ação. A sentença determina ainda que a resolução se propõe a normatizar um procedimento médico. Nesse sentido, argumenta que “o médico até poderá vir a ser responsabilizado por eventual crime cometido (que, em tese, pode ser descartado [...]), mas é certo que estará a salvo do questionamento ético-disciplinar, porque este é o limite da ‘autorização’”. A resolução, portanto, “deve, ao con-

trário, incentivar os médicos a descrever exatamente os procedimentos que adotam e os que deixam de adotar, em relação a pacientes terminais, permitindo maior transparência em sua atuação” (BRASIL, 2012, p. 12) e possibilitando inclusive maior controle de sua atividade.

Como ainda não havia ocorrido o término da ação judicial sobre a resolução referente à ortotanásia, o CEM/2009, antevedendo possível litígio que derivaria caso apenas incorporasse a resolução, no seu Capítulo I, Princípios Fundamentais, inciso XXII, estabeleceu que, “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”. Nota-se, de início, que optaram pela não utilização da palavra “ortotanásia”. Entretanto, utiliza aquilo que o CFM entende por ortotanásia ao indicar “situações clínicas irreversíveis, terminais” e que evitaria “a realização de procedimentos e diagnósticos”.

Percebe-se que, diferentemente da Resolução n.º 1.805/2006, que utilizou os verbos “limitar ou suspender”, o CEM fez uso do verbo “evitar” em “evitará a realização de procedimento diagnóstico e terapêutico desnecessário”. Assim, em vez de focar a prática da ortotanásia, rejeita sua antítese, a distanásia. O CEM/2009 retira, portanto, do médico, o dever de diagnósticos e terapêuticas, orientando o profissional a evitar tais ações. Dessa forma, o CEM/2009 aponta para a isenção da responsabilidade ética nesses casos.

Ao mesmo tempo, expressa-se a necessidade de manutenção do dever de cuidado, pois o médico passaria a aplicar a chamada medicina paliativa. Dessa maneira, o médico não afronta outro dispositivo do CEM/2009 que afirma, no Capítulo II, inciso II, ser dever do médico “indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente”. No caso de paciente terminal, irreversível, tais medidas incluiriam

a adoção de cuidados que objetivem o alívio do sofrimento e da dor, na busca do maior conforto nessa fase final da vida. Como novamente afirma o CEM/2009 no parágrafo único do art. 41:

Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

Pode-se pensar, ainda, em outras considerações éticas em casos de ortotanásia ou distanásia. Entre elas, o inciso II do Capítulo I do CEM/2009 estabelece que “o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”. O destaque, nesse caso, é dado à saúde e não à cura do ser humano. Tem-se, então, a adoção do conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde: “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946). Não cabe, conseqüentemente, ao médico engessar-se na procura pela cura de uma morbidade, mas proporcionar ao sujeito, nos limites de sua aptidão e do estado da arte da ciência médica, o melhor estado de bem-estar, incluindo nessa concepção aspectos não meramente físicos. Na situação de um paciente terminal, investir na busca incessante pela manutenção da vida, como no caso da distanásia, provocaria talvez uma estabilidade do corpo biológico, mas desconsideraria os demais aspectos que constituem o ser como humano, desinvestindo de características subjetivas a qualificação e a importância de seu sofrimento e de sua dignidade.

Além disso, conforme o art. 14 da CEM/2009, é violação ética se o médico “praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País”. É importante destacar que

deixar o paciente sem o devido cuidado em fase terminal ou gerar sofrimento físico ou moral pelos atos praticados é passível de relação com o crime de tortura (BRASIL, 1997). Esta é uma prática inaceitável para quem tem por obrigação primar pelo bem e evitar o mal. Por tal razão, o CEM/2009 penaliza também o médico que for conivente com essa prática:

É vedado ao médico: [...]

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

A discussão sobre o processo de morte provoca polêmica especialmente contemporaneamente, uma vez que envolve diversos fatores, normas e crenças sociais e pessoais. Não seria diferente a discussão que abarca situações que envolvem a eutanásia. Como se pode perceber, ao longo do que foi apresentado neste capítulo, há divergências conceituais e teóricas e, obviamente, divergências culturais e legais quanto à regulamentação da prática. Ainda há muito a se discutir sobre a morte e os direitos e deveres que a compõem, mas já se percebe que a expansão da reflexão, fomentada pelas profissões da saúde e por regras norteadoras das melhores condutas éticas, assim como por outras expertises (filosofia, sociologia, antropologia, etc.), contribuem para que possamos, especialmente no Brasil, nos desvincular de antigas amarras e também perceber que vivemos em um período complexo com o desenvolvimento da ciência a passos largos, o que demanda, por conseguinte, uma ponderação racional e concreta, sem desconsiderar os direitos humanos, as individualidades e as subjetividades dos sujeitos quanto ao processo de morrer.

REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. *Teoría de los derechos fundamentales*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 2002.

ARAUJO, Luiz Alberto David; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Saraiva, 2008.

ÁVILA, Humberto. *Teoria dos princípios: da definição à aplicação dos princípios jurídicos*. 9. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

BACON, Francis. 1902 ENCYCLOPEDIA. Disponível em: <<http://www.1902encyclopedia.com/B/BAC/sir-francis-bacon.html>>. Acesso em: 01 jul. 2010.

BAUMAN, Zygmunt. *Mortality, Immortality and Other Life Strategies*. Cambridge, UK: Polity Press, 1992.

BIGGS, Hazel. *Euthanasia, Death with Dignity and Law*. Portland, Oregon: Hart Publishing, 2001.

BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BONAVIDES, Paulo. *Curso de Direito Constitucional*. 20. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

BRASIL. Congresso Nacional. Senado. Projeto de Lei n.º 236, de 10 de julho de 2012. Anteprojeto de Código Penal. Brasília, DF, 10 jul. 2012a. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/>>

documento?dm=3515262&ts=1546612585577&disposition=inline>.
Acesso em: 10 fev. 2018.

_____. Justiça Federal do Distrito Federal (14ª Vara). Ação Civil Pública n.º 2007.34.00.014809-3. Autor: Ministério Público Federal. Réu: Conselho Federal de Medicina. Juiz Federal: Roberto Luis Luchi Demo. *Diário de Justiça*, Brasília, 1º de dezembro de 2012b.

_____. *Lei n.º 9.455, de 7 de abril de 1997*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9455.htm>. Acesso em: 12 nov. 2015.

_____. Decreto n.º 592, de 6 de julho de 1992. Promulga o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos. Aprovado pelo Decreto Legislativo n.º 226, de 12 de dezembro de 1991. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 7 jul. 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0592.htm>. Acesso em: 22 out. 2015.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BUFFON, Viviane Raquel et al. Cuidados Paliativos, a Terceira Via entre Eutanásia e Distanásia: Ortotanásia. *Revista Prática Hospitalar*, São Paulo, ano VIII, n. 48, p. 81, 2006.

BULOS, Uadi Lammêgo. *Constituição Federal Anotada*. São Paulo: Editora Saraiva, 2004, p. 111-113.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. 7. ed. Coimbra: Edições Almedina, 2000.

CARVALHO, Gisele Mendes de. Aspectos Jurídico-Penais da Eutanásia. *Revista do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais*, n. 18, p. 102, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1.805, de 9 de novembro de 2006. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 nov. 2006. Seção I, p. 169. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 10 abr. 2018.

_____. Resolução n.º 1.753, de 7 de outubro de 2004. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 out. 2004. Seção I, p. 185.

DWORKIN, Ronald. *Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

EUTHANASIA and Assisted Suicide Laws Around the World. *The Guardian*, Londres, 17 jul. 2014. Disponível em: <<http://www.theguardian.com/society/2014/jul/17/euthanasia-assisted-suicide-laws-world>>. Acesso em: 22 out. 2015.

FELIX, Cryziani Machado. *Eutanásia: reflexos jurídico-penais e o respeito à dignidade da pessoa humana ao morrer*. 142 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/4758/1/383739.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. *Curso de Direito Constitucional*. 33. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2007.

FONSECA, Ana Carolina da Costa e. “You don’t know Jack” e a recusa de discutir a questão da eutanásia. *Revista de Bioética Latinoamericana*, v. 9, n. 1, p. 92-101, 2012. Disponível em: <<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/34642/1/articulo5.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

FREITAS, Luiz Fernando Calil de. *Direitos Fundamentais: limites e restrições*. Porto Alegre: Editora Livraria do Advogado, 2007, p. 175-176.

GUTIERREZ, Pilar L. O que é paciente terminal? *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo. v. 47, n. 2, p. 92, abr./jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200010>. Acesso em: 12 abr. 2018.

HINTERMEYER, Pascal. *Eutanásia, a dignidade em questão*. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

JUNGES, Jose Roque. *Bioética: perspectivas e desafios*. São Leopoldo: Unisinos, 1999.

KIERKEGAARD, Soren. *Desespero humano*. São Paulo: UNESP, 2010.

KRESS, Hartmut. *Ética médica*. São Paulo: Loyola, 2008.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

LEÃO, Renato Zerbini Ribeiro. A Universalidade dos direitos humanos e o direito à vida: comentários à luz dos ensinamentos do professor Antônio Augusto Cançado Trindade. In: _____ (org.). *Os rumos do direito Internacional dos direitos humanos: ensaios em homenagem ao Professor Antônio Augusto Cançado Trindade*. Tomo I. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2005.

LEGAL Status of Euthanasia and Assisted Suicide. In: PROCON. *International Perspectives*. Disponível em: <<http://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000136>>. Acesso em: 22 out. 2015.

LEITE, Rita de Cássia Curvo. *Transplante de órgãos e tecidos e direito da personalidade*. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2000.

MARTINS NETO, João dos Passos. *Direitos Fundamentais: conceito, função e tipos*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003.

MCMAHAN, Jeff. *The Ethics of Killing: Problems at the Margins of Life*. Oxford: Oxford University Press, 2002.

MENDES, Gilmar; COELHO, I. M.; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Saraiva, 2007.

_____. *Curso de Direito Constitucional*. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

MORAES, Alexandre. *Direitos Humanos e Fundamentais*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

MORAES, Maria Celina Bodin. O conceito de dignidade humana: substrato axiológico e conteúdo normativo. In: SARLET, Ingo Wolfgang. *Constituição, Direitos Fundamentais e Direito Privado*. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS n.º 675, de 30 de março de 2006. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 mar. 2006. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGMMS_675_30marco_2006_carta_dos_direitos.pdf>. Acesso em: 22 out. 2015.

NUNES, Rui. Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. *Revista Bioética*, v. 17, n. 1, p. 29-39, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 23 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, 1948. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2017.

PESANTES, Hernán Salgado. La Constitución y los Derechos Humanos. In: LEÃO, Renato Zerbini Ribeiro (coord.). *Os rumos do Direito Internacional dos direitos humanos: ensaios em homenagem ao*

professor Antônio Cançado Trindade. Tomo V. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2005, p. 59-60.

RODRIGUES, Francisco das Chagas. Evolução histórica dos direitos humanos. In: BORGES, Alci (org.). *Iniciação ao estudo dos Direitos Humanos*. Teresina: Halley, 2008.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas notas em torno da relação entre o princípio da dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais na ordem constitucional brasileira. In: BALDI, César Augusto (org.). *Direitos Humanos na sociedade cosmopolita*. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

_____. *A eficácia dos direitos fundamentais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SINGER, Peter. *Practical Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

TAVARES, André Ramos. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Saraiva, 2002.

TRINDADE, Antônio Augusto Cançado. *O Brasil e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2000. Disponível em: <<http://www.agende.org.br/docs/File/convencoes/pidesc/docs/contra-informe.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2009.

VILLAS-BOAS, Maria Elisa. *Da eutanásia ao prolongamento artificial*. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

9. O USO DE AGROTÓXICOS E A VIOLAÇÃO AOS DIREITOS À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E AO MEIO AMBIENTE EQUILIBRADO

Karina Cunha Nascimento¹

Consagrado em 1948 pela Declaração Universal de Direitos Humanos, o direito à alimentação adequada parece ser, ainda, uma meta inalcançável: em 2014, a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) divulgou que 805 milhões de pessoas no mundo são afetadas pela fome (2015). O Brasil, apesar de ter reduzido em 82,1% o número de pessoas subalimentadas no período de 2002 a 2014 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A ALIMENTAÇÃO E A AGRICULTURA, 2014), contava, em 2013, com o lamentável número de 7 milhões de pessoas vivendo com fome e de 52 milhões com algum tipo de privação de alimentos.²

¹ Advogada. Especialista em Direito Processual Civil (UFRGS). Integrante do corpo técnico administrativo da UFCSPA.

² Os dados referem-se ao levantamento suplementar da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2013 sobre segurança alimentar, que foi realizado

Apesar de a escassez de alimentos e a fome mundial constituírem problemas que há muito vêm sendo debatidos, as ações implementadas para solucioná-los não têm se mostrado realmente eficazes. Lembremos, por exemplo, que, no final do século XVIII, o economista britânico Thomas Malthus alertava que o crescimento da população tenderia a superar a produção de alimentos, pois os meios de subsistência cresceriam em progressão aritmética, enquanto o aumento populacional se daria em progressão geométrica.

Sob o pretexto de aumentar a produção de alimentos para acabar com a fome mundial foi difundida, nos anos 1960, uma revolução das técnicas agrícolas, com a ampliação do uso de agrotóxicos e o avanço da transgenia na agricultura. Tal modificação de técnicas agrícolas ganhou força após as duas grandes guerras mundiais, momento em que a fome passou a assolar uma grande parcela da população mundial. Foi nesse contexto do pós-guerra que surgiu o projeto político-ideológico norte-americano chamado de “Revolução Verde”, apresentado como um aprimoramento das técnicas agrícolas que almejava a produção alimentar em larga escala, valendo-se da mecanização das lavouras e da utilização de insumos químicos. Ocorre que tais insumos, apresentados como solução eficaz para eliminar as pragas das lavouras, eram, antes, utilizados como armas químicas nas guerras.

Exemplo disso foi o uso do inseticida dicloro-difenil-tricloetano, mais conhecido como DDT, usado pela primeira vez em 1942 para proteger os soldados nas regiões tropicais e subtropicais da África e da Ásia contra o mosquito transmissor da malária, da febre amarela e, também, para impedir a transmissão do tifo por piolhos durante a Segunda Guerra Mundial. Com o fim desses conflitos,

fez-se necessário dar nova destinação às toneladas de DDT ainda disponíveis. Foi desse modo que o altamente tóxico inseticida DDT passou a ser empregado na proteção das plantações contra insetos, apesar dos alertas acerca de sua difícil degradação (estima-se que permaneça até 30 anos no solo), entrando na cadeia alimentar de muitas espécies – inclusive a humana –, provocando diversas e graves doenças.³

Observou-se que os males causados por essa dita revolução foram ocultados por aqueles que se beneficiariam com a abertura de mercados, principalmente dos países pobres e em desenvolvimento, nos setores de sementes, fertilizantes, agrotóxicos e máquinas agrícolas. Contra essa retórica omissiva, a bióloga norte-americana Rachel Carson publicou o livro “Primavera Silenciosa”, em 1962, constituindo um verdadeiro marco do ecologismo político.

Rachel Carson alertou sobre a necessidade da existência de políticas destinadas a proteger a saúde humana e o meio ambiente, e questionou publicamente os efeitos colaterais advindos do emprego de uma tecnologia apresentada como indispensável para solucionar o desafio alimentar no mundo.

Citando o estudo de Frances Moores Lappé e Joe Collins, no artigo intitulado “As empresas precisam de agrotóxicos para aumentar o lucro”, Paulo Afonso Brum Vaz questiona a efetiva necessidade do uso de agrotóxicos, destacando que a EPA (United States Environmental Protection Agency – órgão de proteção ao meio am-

³ Nos Estados Unidos, seu uso é proibido desde 1972. No Brasil, foi retirado de circulação gradativamente, tendo ocorrida sua completa proibição em todo território brasileiro somente em 2009, por meio da Lei n.º 11.936. Contudo, o DDT é ainda utilizado em muitos países, principalmente em regiões africanas onde a malária é um problema de saúde pública, o que faz com que muitas outras pessoas também tenham contato com tal inseticida ao ingerir grãos e vegetais produzidos nessas regiões. Além disso, uma recente pesquisa associou o uso de DDT à Doença de Alzheimer tardia (DDT, 2015).

biente nos Estados Unidos) “informa que há 30 anos os agricultores usavam 25 mil toneladas de agrotóxicos e perdiam 7% da lavoura antes da colheita. Hoje, os agricultores usam 12 vezes mais agrotóxicos e perdem o dobro do que perdiam anteriormente” (VAZ, 2006, p. 28).

Portanto, verifica-se que o uso dos insumos químicos tão difundidos pela Revolução Verde não alcançou o êxito prometido. Pelo contrário, trouxe consigo efeitos desastrosos em termos de saúde pública, causando, entre outras doenças, teratogênias (nascimentos com malformações), mutagenias (alterações genéticas patogênicas) e carcinogênias (surgimento de diversos tipos de câncer). Além do impacto negativo na saúde pública, revelou-se que, ao longo do tempo, o uso de agrotóxicos causa a degradação do meio ambiente, reduzindo o componente orgânico no solo e extinguindo a microflora e a microfauna natural.

Constata-se então que os argumentos utilizados para a implementação da Revolução Verde não passaram de mera retórica a serviço de grandes corporações, posto que as seis maiores empresas do ramo (Bayer, Syngenta, Basf, Monsanto, Dow e Dupont) controlam quase 90% do mercado mundial de agrotóxicos. No Brasil, esse nefasto quadro é ainda mais atroz, pois, enquanto nos últimos 10 anos o mercado mundial de agrotóxicos cresceu 93%, o mercado brasileiro cresceu 190%, conduzindo o nosso país ao nada louvável posto de maior consumidor mundial de agrotóxicos, posição ocupada desde 2009 e alcançada, em grande parte, por responsabilidade da liberação do uso de sementes transgênicas, visto que esse cultivo exige o uso de grande quantidade de agrotóxico.

A nocividade do uso de agrotóxicos para a saúde humana e ambiental demonstra a urgente necessidade de mudança em nossos modos de produção. Este capítulo se propõe a revelar o que está sendo realizado e como poderemos avançar para finalmente fazer cumprir esses direitos universais.

A PROTEÇÃO AO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) contempla duas dimensões indissociáveis: a primeira é a ausência da fome e da má-nutrição; a segunda é a alimentação adequada, a qual diz respeito à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), que pode ser entendida como o direito ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, de forma sustentável dos pontos de vista ambiental, econômico, social e cultural.

Essa descrição do direito à alimentação adequada o caracteriza como um direito humano, eis que deve ser visto pela perspectiva do direito à saúde, do direito ao meio ambiente equilibrado, do direito à diversidade cultural e dos direitos econômicos, sociais e culturais: é a chamada perspectiva da indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos em vista da proteção da dignidade da pessoa humana (SARLET; MARINONI; MITIDIERO; 2015, p. 627). Nesse viés, o direito ao meio ambiente equilibrado, ou ao “mínimo existencial socioambiental”, relaciona-se à garantia fundamental à vida e, inegavelmente, à garantia à saúde por meio de uma alimentação adequada.

O DHAA encontra-se amplamente reconhecido no âmbito internacional, sendo a Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948 a primeira a fazê-lo. Em 1966, o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas (PIDESC) instituiu que, por meio da cooperação internacional, deveriam ser adotadas as medidas necessárias para fins de inclusão de programas que aperfeiçoassem os métodos de produção, de conservação e de distribuição de produtos alimentares (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1976).

A compreensão de que uma vida saudável envolve alimentação adequada, bem como preservação ambiental, foi destacada na Declaração do Rio de Janeiro de 1992 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1992). Em 1999, o Comitê de Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais, em seu Comentário Geral n.º 12 ao PIDESC, reforçou tal compreensão e explicitou alguns elementos de tal direito: o acesso estável e permanente a alimentos saudáveis, seguros, sadios, em quantidade suficiente, culturalmente aceitos, produzidos de uma forma sustentável e sem prejuízo à implementação de outros direitos para as presentes e futuras gerações (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1999).

Consolidaram ainda esse direito a Declaração de Roma, de 1996, sobre segurança alimentar mundial, o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, chamado de “Protocolo de São Salvador”,⁴ e o conjunto de Diretrizes Voluntárias elaborado pela FAO em 2002, o qual contém orientações práticas aos Estados para que implementem, progressivamente, o direito à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar nacional (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A ALIMENTAÇÃO E A AGRICULTURA, 2015a).

Tais diretrizes estão alinhadas à Declaração do Milênio da Nações Unidas (2000), documento que foi referência para a formulação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), os quais deveriam ser alcançados até 2015 por meio de ações de combate à pobreza e à fome, da promoção da educação, da igualdade de gênero, das políticas de saúde, do saneamento, da habitação e do meio ambiente.

⁴ O Protocolo de San Salvador foi promulgado no Brasil por meio do Decreto n.º 3.321, de 30 de dezembro de 1999 (BRASIL, 1999).

Chegado o ano de 2015, a comunidade internacional passou a se mobilizar para acompanhar os novos objetivos a serem atingidos nos 15 anos seguintes. Assim, foi criada a Agenda pós-2015, cujo segundo objetivo é acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar, melhorar a nutrição e promover a agricultura sustentável (UNESCO, 2015; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2000b).

Contudo, ao compararmos o atual cenário mundial com a efetiva rede protetiva internacional ao direito à alimentação adequada e ao meio ambiente equilibrado por meio da agricultura sustentável, deparamo-nos com uma dúvida atroz acerca da veracidade desses escopos, pois nossa realidade demonstra que pouco se tem realizado para enfrentar a extrema desigualdade e a concentração de renda, para alterar o atual modelo de produção agrícola e, principalmente, para combater a liderança do setor privado corporativo em questões que envolvam alimentação, meio ambiente e saúde da população mundial.

Em âmbito nacional, o direito à alimentação foi incorporado à Constituição Federal brasileira somente em 2010, com a promulgação da Emenda Constitucional n° 64, a qual incluiu a alimentação como um direito social no *caput* do art. 6º. Porém, é importante destacar que, mesmo antes de tal formalização, o direito à alimentação já estava inserido no catálogo de direitos fundamentais em decorrência da indivisibilidade desses direitos e, também, em razão da abertura material do catálogo de direitos prevista no art. 5º, §2º, da Constituição (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2015).

No plano infraconstitucional, o direito à alimentação adequada vem sendo reconhecido em diversas legislações e políticas, do que são exemplos o Decreto n.º 7.794, de 20 de agosto de 2012, que instituiu a Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (PNAPO), e a Lei n.º 11.346, de 15 de setembro de 2006 (Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional). Esta última criou

o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) e estabeleceu a abrangência da segurança alimentar e nutricional, que se norteia pela consolidação da agricultura familiar e dos recursos naturais.

Ultrapassando o âmbito legislativo, é preciso reconhecer que o Estado brasileiro apresenta, há muito, um conjunto de programas direcionados ao combate à fome e de políticas públicas voltadas a garantir a segurança alimentar e nutricional: em 1992, foi criada a Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida; em 1999, por meio da Portaria n.º 710, do Ministério da Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição; e, em 2003, foi instituído o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que contava com a Secretaria de Segurança Alimentar e Nutricional (SESAN), responsável por programas que apoiam a produção e a venda de alimentos pelos agricultores familiares e também o consumo de alimentos saudáveis pela população. Ainda em 2003, foi lançado o Programa Fome Zero, constituído por um conjunto de três políticas articuladas entre si, todas voltadas para a construção da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN).

Merece destaque a criação, em 1993, do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), órgão de assessoramento da Presidência da República, o qual foi desativado em 1995 e restabelecido em 2003. Tal conselho é composto por representantes da sociedade civil, bem como por representantes do governo e tem por premissa acompanhar as políticas públicas que contribuem para a consecução do DHAA, estimulando a participação da sociedade na formulação, na execução e no acompanhamento das políticas de segurança alimentar e nutricional.

No que tange às consequências do uso de agrotóxicos, o Consea organizou a Mesa de Controvérsias sobre os Impactos dos Agrotóxicos na Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional e o

Direito Humano à Alimentação Adequada, objetivando estimular o Estado brasileiro a tomar iniciativas concretas para a redução do uso dessas substâncias. O resultado desses debates foi divulgado em 2013 e traz importantes apontamentos acerca do tema em análise:

Os agrotóxicos usados não afetam apenas as culturas nas quais são aplicados, mas também os trabalhadores que os utilizam diretamente e os consumidores das culturas agrícolas que receberam o tratamento. Esses produtos afetam todo o ecossistema e a cadeia alimentar. Parte dos agrotóxicos utilizados pode sofrer desvios do seu alvo por meio do vento, deriva (deslocamento das próprias moléculas no ambiente) ou aplicação em demasia. Esta parcela de produtos contamina o solo, alcança lençóis freáticos, é levada para os rios pelas chuvas, ventos ou deslocamento de solos. (PIGNATTI, 2012).

Outra parte volatiliza-se, retornando à superfície por meio da água da chuva contaminada com resíduos de agrotóxicos. Produtos que possuem mais persistência no ambiente bioacumulam-se na cadeia alimentar e nos seres humanos. Há um ciclo de envenenamento que nem sempre é considerado nas avaliações para a liberação do uso destes agrotóxicos. (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2013).

Ainda sobre a inserção do Consea no tema em debate, não se pode deixar de mencionar que, em março de 2015, esse órgão manifestou seu irrestrito apoio ao documento elaborado pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) (CONSEA, 2015), no qual esse Instituto se pronunciou contra as atuais práticas de uso de agrotóxicos no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), ressaltando os riscos à saúde e o potencial carcinogênico de algumas substâncias utilizadas nos agrotóxicos.

Diante de tal aparato legislativo e frente às inúmeras políticas públicas almejando a consecução do direito à alimentação adequada, pergunta-se: *como explicar que o Brasil seja o maior consumidor de agrotóxicos do mundo?*

COMO ENTENDER O USO IRRACIONAL DE AGROTÓXICOS: DO INCENTIVO FISCAL À INFRINGÊNCIA AO DIREITO À INFORMAÇÃO E AOS PRINCÍPIOS DA PRECAUÇÃO E DA PREVENÇÃO

Para compreender o poder do agronegócio em nosso país, é oportuno colacionar algumas informações alusivas ao ano de 2014: o agronegócio naquele ano era o setor mais competitivo da economia nacional, representando 20% do PIB; sem ele, a balança comercial brasileira sofreria um revés, posto que 41% das exportações são oriundas do campo, cuja expansão depende fortemente da produtividade nos próximos anos. Entre 25 e 30 milhões de pessoas trabalham com o agronegócio – cerca de 30% do pessoal ocupado do país – direta e indiretamente; utilizam-se 40 milhões de hectares para plantar produtos transgênicos, perdendo, no mundo, apenas para os Estados Unidos, onde a área chega a 70 milhões de hectares (PRATES, 2014).

Ocorre que a construção desses números passa pela promoção de incentivos fiscais determinantes para o incremento da lucratividade desse negócio. Em 1965, por exemplo, o governo brasileiro contribuiu para o sucesso da Revolução Verde, criando o Sistema Nacional de Crédito Rural, que obrigava os agricultores a utilizarem insumos químicos, uma vez que vinculava a obtenção de crédito agrícola à compra desses produtos. Em 1975, foi criado o Programa Nacional de Defensivos Agrícolas, o qual assegurou recursos financeiros para a criação de empresas nacionais e, também, a instalação de subsidiárias de empresas transnacionais de insumos agrícolas. (LONDRES, 2011, p. 20).

Outra razão para o sucesso desse empreendimento foi o marco regulatório pouco rigoroso que facilitou, até a promulgação da Lei n.º 7.802, de 11 de julho de 1989, o registro de inúmeras substân-

cias, muitas das quais já se encontravam proibidas em diversos países desenvolvidos.⁵

Mais recentemente, o Convênio ICMS 100/97 do governo federal concedeu uma redução de 60% da alíquota de cobrança do ICMS (Imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual, intermunicipal e de comunicação, de competência dos Estados e do Distrito Federal) a todos os agrotóxicos.⁶ O Decreto n.º 6.006, de 28 de dezembro de 2006 (BRASIL, 2006), posteriormente substituído pelo Decreto n.º 7.660, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), isenta por completo a cobrança de IPI (Imposto sobre Produtos Industrializados, de competência federal) os agrotóxicos fabricados a partir de uma lista de dezenas de ingredientes ativos (inclusive alguns que foram banidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Anvisa). O Decreto n.º 5.630, de 22 de dezembro de 2005, isenta da cobrança de PIS/PASEP (Programa de Integração Social – PIS, ambos de competência federal) e de COFINS (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social, de competência federal) os mesmos agrotóxicos (BRASIL, 2005).

Além das isenções fiscais federais, há isenções complementares determinadas por alguns estados. No Ceará, por exemplo, a isenção para atividades envolvendo agrotóxicos pode chegar a 100%, inexistindo, assim, cobrança de ICMS, IPI, COFINS e PIS/PASEP (JÚNIOR, 2010).

⁵ A Lei n.º 7.802/1989 trouxe grande avanço no que concerne ao estabelecimento de regras mais rigorosas para a concessão de registro aos agrotóxicos. Tal norma previu desde a proibição do registro de novos agrotóxicos, caso a ação tóxica deste não fosse igual ou menor do que a de outros produtos já existentes destinados a um mesmo fim, até a possibilidade de impugnação ou cancelamento do registro por solicitação de entidades representativas da sociedade civil.

⁶ Tal convênio era habitualmente prorrogado, tendo sua última prorrogação estendido o benefício até 31 de maio de 2015.

Ainda assim, o deputado Luiz Carlos Hauly (PSDB-SP) almejava mais: por meio da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n.º 491/10 pretendeu obter isenção de tributos de alimentos, remédios e também de insumos agrícolas destinados à produção de alimentos. Em audiência pública realizada na Câmara dos Deputados, em 2014, a proposta foi duramente criticada no que tange à isenção tributária para agrotóxicos, haja vista que os tributos devem ser utilizados como “instrumento para estimular práticas ambientalmente corretas e controlar o consumo de produtos prejudiciais à saúde”, e não o contrário (NEVES, 2014). Ao fim do debate, o autor da proposta, felizmente, concordou em retirar os agrotóxicos do texto.

Ao nos depararmos com tais informações, não restam dúvidas de que o agronegócio constitui uma sólida aliança entre o capital financeiro, as transnacionais, o latifúndio, e o poder público, que auxilia, inclusive com incentivos fiscais, a manutenção de altas taxas de lucro.

Mas não é somente no poder público que o agronegócio tem encontrado respaldo. A própria ciência auxilia nesse processo, já que inúmeros são os pesquisadores comprometidos em ocultar e/ou justificar o uso de agrotóxicos, alegando que tal utilização é fundamental para a produção agrícola mundial.⁷ Ao longo dos anos, um conjunto de mentiras foi criado e divulgado para justificar o projeto político-ideológico da Revolução Verde, em uma clara disposição em dissociar a ciência da ética.

A primeira falácia que nos foi contada diz respeito à designação dos agrotóxicos como “defensivos agrícolas”, “praguicidas” ou

⁷ Não é difícil encontrar na Internet defensores do modo de produção atual. Uma rápida pesquisa com o termo “revolução verde” resulta em diversas organizações aptas a criarem uma verdadeira cortina de fumaça que induz à crença de que o agronegócio é fundamental para a sobrevivência humana. Exemplo disso, infelizmente, pode ser visto na página <http://www.revolucaoverde.org/>.

“pesticidas”. Esses termos carregam uma conotação errônea, oposta ao sentido real, pois passam a ideia de que são insumos indispensáveis para o combate a pragas, pestes e que seu propósito é apenas defender os cultivos, ocultando os efeitos prejudiciais à saúde humana e ao meio ambiente (CUSTÓDIO, 2002).

Essa aparentemente singela, mas deletéria, questão semântica foi trabalhada pelo ecologista gaúcho José Lutzemberger, que, na década de 1980, em uma série de debates que visavam à regulação do registro e do uso de agrotóxicos no Rio Grande do Sul, defendeu inserção da expressão “agrotóxicos”, inicialmente, na legislação estadual e, posteriormente, na normativa federal, o que ocorreu de fato com a promulgação da Lei n.º 7.802, de 11 de julho de 1989, regulamentada, em 2002, pelo Decreto n.º 4.074.

A Lei n.º 7.802/1989, conhecida como a Lei dos Agrotóxicos, substituiu o Decreto n.º 24.114, de 12 de abril de 1934, e trouxe grande avanço com o estabelecimento de regras mais rigorosas para a concessão de registro de tais produtos. Essa norma previu desde a proibição do registro de novos agrotóxicos, caso a ação tóxica não fosse igual ou menor do que a de outros produtos já existentes destinados ao mesmo fim, até a possibilidade de impugnação ou cancelamento do registro por solicitação de entidades representativas da sociedade civil. Apesar de seus mais de 20 anos de existência, é considerada até hoje uma legislação avançada no tema.

Ainda sobre a ocultação de informações, podem ser citadas as noções de Limite Máximo de Resíduos (LMR) ou de Ingestão Diária Aceitável (IDA), que tratam de variáveis limites de tolerância relativas à contaminação por agrotóxicos dos alimentos e da água para consumo humano, e, principalmente, quando se fala em “parâmetros aceitáveis” de contaminação do leite materno, como se fosse possível admitir qualquer tipo de intoxicação de um frágil recém-nascido.

Nesse ponto, cumpre destacar que, de acordo com a Lei n.º 7.802/1989, para que um agrotóxico possa ser produzido, comercializado, importado, manipulado ou utilizado no Brasil, é necessário o registro do produto, não sendo possível, conforme o art. 3º, §6º, alíneas “c” e “f” da referida lei, a concessão de registro de agrotóxicos, de seus componentes e afins que revelem características teratogênicas, carcinogênicas ou mutagênicas, ou cujas características causem danos ao meio ambiente.

Um dos mais importantes papéis executados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é o de realizar a avaliação e realizar a avaliação toxicológica para fins de registro dos agrotóxicos, além de reavaliar moléculas já registradas, normatizar e elaborar regulamentos técnicos e monografias dos ingredientes ativos desses produtos. Assim, o registro de agrotóxicos não é definitivo, pois poderá ser reavaliado no momento em que surjam indícios de riscos à saúde humana, podendo ser mantidos, alterados, suspensos ou cancelados.

Mas o que dizer quando a própria Anvisa reanalisa e autoriza a utilização de produtos sabidamente graves para a saúde humana e para o meio ambiente? Foi o que ocorreu em 2005, quando o órgão autorizou a elevação em 50 vezes dos LMR de glifosato na soja e em 10 vezes no milho, decisão que acabou por viabilizar o plantio comercial de variedades transgênicas resistentes a esse princípio ativo, que foi comprovado como carcinogênico.

No Brasil, dos 50 princípios ativos mais utilizados, 22 encontram-se banidos em outros países, o que nos leva a questionar se o organismo de um brasileiro seria mais tolerante aos efeitos dos agrotóxicos (cf. CARNEIRO et al, 2015). A resposta reluz: as pressões corporativas exercidas sobre parlamentares e gestores públicos facilitam, e muito, a regulação de tais substâncias no País.

A bancada ruralista do Congresso Nacional permanece sendo uma das protagonistas na violação do direito à informação. Em abril de 2015, foi aprovada na Câmara Federal a Proposta de Lei n.º 34/2015, de autoria do deputado Luiz Carlos Heinze (PP-RS), a qual propõe que apenas os produtos que apresentem 1% ou mais de elementos transgênicos em sua composição final sejam identificados ao consumidor, além de desobrigar a presença do símbolo hoje utilizado para caracterizar a transgenia (o triângulo amarelo dentro do qual há a letra “T” em preto), símbolo bastante difundido entre os brasileiros.⁸

Outra questão que não se pode deixar de mencionar é que, em atividades potencialmente causadoras de danos à saúde pública, deve-se pautar pelos princípios da prevenção e precaução. O princípio da prevenção é uma forma de antecipação aos processos e atividades danosos à saúde, exigindo-se que o risco que se pretende evitar seja concreto. Pode-se citar como exemplo a questão das embalagens dos agrotóxicos descartadas ou depositadas sem cautelas, situação que

⁸ Caso seja aprovada pelo Senado, a proposta modificará o art. 40 da chamada “Lei da Biossegurança”, Lei n.º 11.105, de 24 de março de 2005, além de, praticamente, revogar o Decreto n.º 4.680, de 24 de abril de 2003, que regulamenta o direito à informação sobre alimentos e ingredientes alimentares destinados ao consumo humano ou animal que contenham ou sejam produzidos a partir de organismos geneticamente modificados (OGMs). Em agosto de 2015, o Senado Federal realizou audiência pública na qual o procurador da República Anselmo Henrique Cordeiro Lopes enfatizou que esse projeto viola o direito à informação, uma das garantias fundamentais da Constituição brasileira. Os princípios da prevenção e da precaução encontram-se insculpidos na Constituição Federal brasileira: o art. 196 estabelece que a saúde deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos; os artigos 197, 198, inciso II, estabelecem, respectivamente, o conceito de relevância pública e de prioridade para as atividades preventivas em prol da saúde da população, e o art. 225 impõe ao Poder Público e à coletividade o dever de preservar o meio ambiente. Ainda sobre os princípios da prevenção e da precaução, destaca-se a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que definiu a vigilância sanitária como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

recomenda prevenção no manuseio e no descarte. Por outro lado, o princípio da precaução não prescinde do “risco zero”, ultrapassando, assim, o princípio da prevenção, haja vista que impõe a obrigação de agir diante de uma ameaça de danos irreversíveis à saúde, ainda que os conhecimentos científicos disponíveis não confirmem o risco.

Fundamentando-se nesses dois princípios, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) ingressou, em 1998, com ação judicial contra a empresa Monsanto, pretendendo: a) impedir o governo de autorizar a comercialização da soja transgênica sem que antes ocorresse a prévia avaliação dos riscos; b) obrigar a colocação de informação no rótulo acerca da presença de conteúdo transgênico; e c) obrigar a realização de estudo de impacto ambiental. Tal ação foi julgada procedente e teve confirmado seu julgamento em grau recursal, de maneira que a Monsanto não comercializou soja transgênica até 2003, ano em que o ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva deu início a uma série de edições de medidas provisórias que possibilitaram a livre comercialização das safras de sojas transgênicas, em uma clara afronta ao Poder Judiciário e aos princípios da prevenção e da precaução. Foi nesse conturbado contexto que nasceu a Lei n.º 11.105/2005, a chamada “nova Lei de Biossegurança”.

Mais recentemente, podem-se citar as ações ajuizadas pelo Ministério Público Federal (MPF) nas quais foram questionados o registro de agrotóxicos que contêm o herbicida 2,4-D e a reavaliação, pela Anvisa, da toxicidade de oito ingredientes ativos suspeitos de causar danos à saúde humana e ao meio ambiente. Nas duas ações, o MPF sustentou a morosidade da Anvisa na reavaliação de ingredientes considerados nocivos por abalizada literatura científica (cf. MPF, 2014).

O IMPACTO DO USO DOS AGROTÓXICOS NA SAÚDE E NO MEIO AMBIENTE

O aumento vertiginoso do consumo de agrotóxicos vai de encontro ao que inúmeros cientistas, dos mais diversos países, têm alertado acerca das graves consequências à saúde do consumidor, do trabalhador rural e do meio ambiente. Em recente publicação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017), a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC), da Organização Mundial da Saúde (OMS), divulgou avaliação realizada por pesquisadores de 11 países (incluindo o Brasil) sobre a carcinogenicidade de cinco ingredientes ativos de agrotóxicos. O estudo classificou o herbicida glifosato e os inseticidas malationa e diazinona como prováveis agentes carcinogênicos para humanos e os inseticidas tetraclorvinfós e parationa como possíveis agentes carcinogênicos para humanos. Após a divulgação do referido relatório, a França anunciou a proibição do famoso herbicida Roundup, nome comercial do glifosato, considerado o produto mais importante da empresa Monsanto; o governo do Sri Lanka também passou a proibir o uso do glifosato e, em El Salvador, iniciou-se a proibição dessa substância. No Brasil, porém, a malationa, a diazinona e o glifosato permanecem sendo amplamente utilizados.

Quando se pesquisa sobre os números que revelam intoxicações causadas por agrotóxicos, uma questão é sempre ressaltada tanto pela OMS quanto por diversos pesquisadores: o índice de subnotificação alcança a ordem de 1 para 50, ou seja, para cada caso notificado, haveria 50 não notificados, o que acaba por demonstrar que não se conhece o número total de intoxicações, pois muitas delas sequer são notificadas. Ainda assim, é importante destacar alguns dados que informam a íntima ligação entre o uso de agrotóxicos e o adoecimento humano.

De acordo com a OMS, em 1990, ocorriam no mundo cerca de 3 milhões de intoxicações por agrotóxicos, com 220.000 mortes por ano, sendo que, destas, aproximadamente, 70% se davam em países subdesenvolvidos. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) estima que os agrotóxicos causem, anualmente, cerca de 70.000 intoxicações agudas e crônicas fatais entre os trabalhadores rurais e um número muito maior de intoxicações não fatais. Estimativas mundiais demonstram valores anuais entre 234.000 e 326.000 suicídios por transtornos mentais causados pela exposição a agrotóxicos (MALASPINA, ZINILISE, BUENO, 2011, p. 425-434).

No Brasil, segundo dados do Anuário Estatístico da Previdência Social de 2011, do Ministério da Previdência Social, ocorreram 14.988 acidentes de trabalho no setor agrícola (TAVARES; CORREIA, 2013). Estudo realizado pelo Sistema Nacional de Informações Toxicofarmacológicas (Sinitox), coordenado pelo Centro de Informação Científica e Tecnológica (Cict) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), apontou que o consumo indiscriminado dessas substâncias já é a terceira maior causa de intoxicação no país (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018).

Em Minas Gerais, a incidência de câncer nas regiões cafeeicultoras, onde o uso de agrotóxicos é intensificado, a taxa de incidência está três vezes acima da média mundial: são cerca de 1.260 casos a cada 100.000 pessoas por ano, enquanto a média mundial não ultrapassa 400 casos a cada 100.000 pessoas por ano. Todavia, para demonstrar que os problemas de saúde decorrentes desses venenos não se restringem ao trabalhador rural, o estudo realizado apurou a presença de agrotóxicos no leite materno.⁹ Além disso, tem-se cons-

⁹ Acerca da contaminação do leite materno, cumpre enfatizar que parte dos agrotóxicos pode se acumular no organismo humano, inclusive no leite materno, o que determinaria severos danos à saúde dos recém-nascidos, dada sua maior vulnerabilidade à exposição a agentes químicos presentes no ambiente, por suas características

tatado a possibilidade de ocorrência de anomalias congênitas relacionadas ao uso de agrotóxicos, conforme informa a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde brasileiro, por meio do *Manual de vigilância da saúde de populações expostas a agrotóxicos* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE et al. 1996).

Esse quadro apenas revela que o nosso posto de maior consumidor de agrotóxicos traz como consequência lógica e direta um maior adoecimento da população brasileira (RIGOTTO, 2012), pois é a partir desse uso massivo de substâncias altamente nocivas que a humanidade tem enfrentado um severo padecimento da saúde física, psicológica e ambiental.¹⁰

Totalmente vinculado à saúde humana está o equilíbrio do meio ambiente. A fórmula é simples: não há saúde se inexistir um meio ambiente equilibrado. Nesse ponto, destaca-se que a aplicação de agrotóxicos pode contaminar o solo e os sistemas hídricos, sendo determinante na degradação ambiental.

Para analisar os efeitos da degradação dos recursos hídricos, a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa) lançou, em 2008, a obra intitulada *Uso Agrícola das Áreas de Afloramento do Aquífero Guarani no Brasil*, visando a discutir o uso de áreas frágeis, como as áreas de afloramento do Aquífero Guarani, a maior e mais importante reserva de águas subterrâneas transfronteiriças do mundo, a qual já se encontra comprometida pelo uso desmedido de agrotóxicos.

Ainda sobre a contaminação da água, deve ser lembrado que, em 2008, foram despejados, acidentalmente, cerca de 8 mil litros de

fisiológicas e por se alimentarem, durante um período, quase, ou exclusivamente, do leite materno.

¹⁰ Como bem relata Paulo Afonso Brum Vaz, na obra *O Direito Ambiental e os agrotóxicos* (2006), chamamos de saúde ambiental a interdependência entre a saúde humana e os fatores socioeconômicos e ambientais.

Endossulfan¹¹ nas águas do rio Paraitinga, próximo ao município de Resende, no Rio de Janeiro. O derramamento provocou a morte de milhares de toneladas de peixes, deixando mais de 700 mil pessoas sem abastecimento de água e mais de 20 mil pescadores sem trabalho. A empresa responsável pelo incidente foi interditada por mais de 20 dias, multada em 33 milhões de reais e condenada a pagar uma indenização a cada pescador. Contudo, nem todos os pescadores foram devidamente ressarcidos, e a população exposta ao Endossulfam em função do consumo de água ou de peixes contaminados permanece sujeita ao risco de desenvolvimento de graves doenças.

Outro caso emblemático é o dos municípios de Campo Verde e Lucas do Rio Verde, em Mato Grosso, cujo monitoramento da água de poços revelou que 32% continham resíduos de agrotóxicos, 40% das amostras de água da chuva estavam contaminadas com venenos e 11% das amostras de ar tinham resíduos de agrotóxicos. Em Lucas do Rio Verde, cidade vitrine do agronegócio no Mato Grosso, houve um grave acidente, em 2006, quando a cidade foi pulverizada com Paraquate, um herbicida usado na plantação de soja. O veneno destruiu plantações, hortas e jardins, atingindo cursos d'água e provocando inúmeros problemas de saúde à população. Apesar da notoriedade dada ao caso e embora tenham sido realizadas investigações que vieram a apontar os responsáveis, a força política do agronegócio conseguiu evitar que houvesse qualquer tipo de acusação ou de responsabilização pelos danos causados.

Em 2010, as empresas Shell e Basf foram condenadas pela Justiça do Trabalho a pagar, além de multa de 200 milhões de reais, tratamento médico e indenizações a ex-funcionários que trabalharam em uma fábrica de agrotóxicos em Paulínia, no estado de São

¹¹ O Endossulfan está com o banimento programado pela Anvisa em razão de provocar defeitos congênitos, abortos espontâneos, problemas no desenvolvimento, além de problemas neurológicos, imunológicos e hormonais.

Paulo. A condenação ocorreu em razão de as empresas terem contaminado o solo e as águas subterrâneas com produtos químicos e por terem sido negligentes na proteção de seus trabalhadores.

Como se vê, inúmeros são os exemplos que nos levam à constatação de que o uso de agrotóxicos vem causando significativos abalos na saúde pública e no meio ambiente.

NOVOS HORIZONTES: DO AGRONEGÓCIO À AGROECOLOGIA E À PRODUÇÃO ORGÂNICA

Assegurar o direito à alimentação adequada será determinante para proteger, também, o direito à saúde e ao meio ambiente equilibrado. Não há como garantir um direito em detrimento dos demais. Por isso, o poder público tem o dever de adotar políticas que visem a controlar a produção, a comercialização, o registro e o emprego de substâncias que apresentem risco à população.

Eradicar a fome e garantir a plenitude da segurança alimentar requer um esforço conjunto de todos os setores da sociedade, uma vez que implica em profunda mudança dos atuais modelos de consumo e da produção.

Uma análise poderia ser realizada em relação ao desperdício de alimentos: em 2013, a FAO estimou que entre um quarto e um terço dos alimentos produzidos anualmente para o consumo humano se perde ou é desperdiçado, o que equivale a cerca de 1,3 bilhões de toneladas de alimentos, quantidade que seria suficiente para alimentar dois milhões de pessoas (BENÍTEZ, 2016). O desperdício impacta na sustentabilidade dos sistemas alimentares, reduzindo a disponibilidade de alimentos, diminuindo recursos para os produtores, elevando os preços para os consumidores, além de impactar nocivamente o meio ambiente. A solução para tal problema passa

pela realização de alianças estratégicas entre os setores público e o privado, tais como as que foram executadas para fins da criação de bancos de alimentos. Costa Rica, Chile, Guatemala, Argentina, República Dominicana, Brasil e México são exemplos de países que possuem bancos de alimentos, os quais reúnem alimentos que em outras situações seriam descartados para a redistribuição.

Além da diminuição do desperdício de alimentos, outras questões mostram-se de extrema importância. No Brasil, o Consea listou, em documento encaminhado à Presidência da República em 2013, algumas medidas que deveriam ser urgentemente tomadas, tais como: a retirada de subsídios e isenções nos impostos e a implementação de onerações fiscais sobre agrotóxicos, a fim de desestimular o uso de agrotóxicos; a proibição dos agrotóxicos que já se encontram vedados em outros países; a proibição da pulverização aérea com agrotóxicos; a instrumentalização de programas de monitoramento de resíduos, garantindo uma fiscalização eficaz e permitindo irrestrito acesso da sociedade a tais estudos e a garantia de a sociedade receber informações acerca da presença de agrotóxicos nos alimentos (CONSELHO MUNICIPAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2013).

À sociedade civil organizada tem sido direcionado um papel relevante na transição do atual modelo de produção do agronegócio para uma agricultura baseada na agroecologia e na produção orgânica, cujas prioridades são a diversidade e a biodiversidade, baseadas na ótica da segurança alimentar, respeitando os recursos naturais e a preservação do meio ambiente, valorizando o saber local, preservando os recursos hídricos e a fertilidade do solo. Para essa transição, temos percebido um forte engajamento da sociedade em áreas distintas do conhecimento, desde instituições de ensino e pesquisa, conselhos de saúde, Ministério Público, Poder Judiciário e diferentes frentes do Poder Executivo.

Já se observa que esse comprometimento tem logrado êxitos consideráveis, como o nascimento da Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (Pnapo), por meio do Decreto Presidencial n.º 7.794/2012, o qual objetiva integrar, articular e adequar políticas, programas e ações indutoras da transição agroecológica e da produção orgânica e de base agroecológica, contribuindo para o desenvolvimento sustentável e a qualidade de vida da população, por meio do uso sustentável dos recursos naturais, bem como da oferta e do consumo de alimentos saudáveis.¹²

Naturalmente, para percorrer tal caminho, grandes obstáculos se vislumbram. Um deles é a batalha por benefícios fiscais e incentivos financeiros para que, por exemplo, os produtos orgânicos cheguem às prateleiras dos supermercados com menor custo, oportunizando o acesso a uma alimentação mais segura ao maior número possível de pessoas.

Repensar o atual sistema agrícola de produção, refletir sobre o modo como foram produzidos os alimentos que consumimos, buscando informações sobre as questões aqui apresentadas, são atitudes iniciais a serem tomadas e revelam-se como o mínimo necessário para que consigamos, enfim, realizar direitos tão fundamentais. Para além disso, deve-se entender que os direitos à alimentação adequada e ao meio ambiente equilibrado constituem verdadeiras políticas de estado, perpassando diferentes governos e suas respectivas posições políticas.

¹² Encontra-se na Pnapo a definição de que produção de base agroecológica é aquela que visa a otimizar a integração entre capacidade produtiva, uso e conservação da biodiversidade, eficiência econômica e justiça social. O sistema orgânico de produção, por sua vez, é definido pela oferta de produtos saudáveis isentos de contaminantes, entre outros itens a serem observados. No *site* <http://www.mda.gov.br/planapo/> podem ser encontradas as diretrizes e as metas do plano. Acesso em: 15 out. 2015.

REFERÊNCIAS

BENÍTEZ, Raúl Osvaldo. Perdas e desperdícios de alimentos na América Latina e no Caribe. *ONU Notícias*, abr. 2016. Disponível em: <<http://www.fao.org/americas/noticias/ver/pt/c/239394/>>. Acesso em: 7 fev. 2018.

BRASIL. Decreto n.º 7.660, de 23 de dezembro de 2011. Aprova a Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados – TIPI. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

_____. Decreto n.º 6.006, de 28 de dezembro de 2006. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 dez. 2006.

_____. Decreto n.º 5.630, de 22 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a redução a zero das alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP e da COFINS incidentes na importação e na comercialização no mercado interno de adubos, fertilizantes, defensivos agropecuários e outros produtos, de que trata o art. 1º da Lei n.º 10.925, de 23 de julho de 2004. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 dez. 2005.

_____. Presidência da República. Decreto n.º 3.321, de 30 de dezembro de 1999. *Diário Oficial da União*, 31 de dezembro de 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3321.htm>. Acesso em: 8 fev. 2018.

CARNEIRO, Fernando Ferreira et al. (orgs.). *Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

CONSELHO MUNICIPAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. *A realidade do modelo de produção agropecuária*. Pinhais, PR: COMSEA, 2013. Disponível em: http://www4.planalto.gov.br/consea/eventos/mesa_de_controversias/mesa-de-controversias-sobre-agrotoxicos-2013/a-realidade-do-modelo-de-producao-agropecuaria.pdf/view. Acesso em 10 out. 2018.

_____. *Mesa de controvérsias sobre impactos dos agrotóxicos na soberania e segurança alimentar e nutricional e no direito humano à alimentação adequada*: relatório final. Brasília: Consea, 2013. Disponível em: http://www4.planalto.gov.br/consea/eventos/mesa_de_controversias/mesa-de-controversias-sobre-agrotoxicos-2013/mesa_controversias_web.pdf. Acesso em 7 fev. 2018.

_____. *Consea apoia posição do INCA sobre os agrotóxicos*, 9 abr. 2015. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/noticias/2015/abril/consea-apoia-posicao-do-inca-sobre-os-agrotoxicos>. Acesso em 7 fev. 2018.

CUSTÓDIO, Helita Barreira. Direito à saúde e problemática dos agrotóxicos. *Revista de Direito Sanitário*, v. 2, n. 3, p. 16, 2002.

DDT e outras toxinas ambientais são associadas a Alzheimer. *Scientific American Brasil*, 2015. Disponível em: http://www2.uol.com.br/sciam/noticias/ddt_e_outras_toxinas_ambientais_sao_associadas_a_alzheimer_tardia.html. Acesso em: 18 fev. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox). *Dados de intoxicação*,

2018. Disponível em: <<https://sinitox.icict.fiocruz.br/dados-nacionais>>. Acesso em: 7 fev. 2018.

JÚNIOR, Melquíades. Agrotóxicos no Ceará estão isentos de impostos. *Diário do Nordeste*, 20 jul. 2010. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/regional/agrotoxicos-no-ceara-estao-isentos-de-impostos-1.366036>>. Acesso em: 10 out. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2013 sobre segurança alimentar*. Disponível em: <https://www.fao.org.br/download/SOFI_p.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

LONDRES, Flavia. *Agrotóxicos no Brasil: um guia para ação em defesa da vida*. Rio de Janeiro: Assessoria e Serviços a Projetos em Agricultura Alternativa, 2011.

MALASPINA, Fabiana Godoy; ZINILISE, Michael Laurence; BUENO, Priscila Campos. Perfil epidemiológico das intoxicações por agrotóxicos no Brasil, no período de 1995 a 2010. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 4, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. *Posicionamento do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva acerca dos Agrotóxicos*. 2015. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/posicionamento_do_inca_sobre_os_agrotoxicos_06_abr_15.pdf>. Acesso em 7 fev. 2018.

MPF recorre para garantir suspensão do registro do herbicida 2,4-D. *MPF Notícias*, 30 abr. 2014. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/df/sala-de-imprensa/noticias-df/30-04-2014-mpf-recorre-para-garantir-suspensao-do-registro-do-herbicida-2-4-d>>. Acesso em: 7 fev. 2018.

NEVES, Maria. Especialistas criticam proposta de benefício tributário para agrotóxicos. *Câmara Notícias*, 15 jul. 2014. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/AGROPECUARIA/471691-ESPECIALISTAS-CRITICAM-PROPOSTA-DE-BENEFICIO-TRIBUTARIO-PARA-AGROTOXICOS.html>>. Acesso em: 7 fev. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração do milênio*. 6-8 de setembro de 2000a. Disponível em: <<http://www.br.un-dp.org/content/brazil/pt/home/library/ods/declaracao-do-milenio.html>>. Acesso em 7 fev. 2018.

_____. *Os objetivos de desenvolvimento do milênio*. 2000b. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>>. Acesso em: 6 out. 2018.

_____. *Comentário Geral número 12 sobre o direito humano à alimentação* (art.11). 1999. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/alimentacao-adequada/Comentario%20Geral%20No%2012.pdf>>. Acesso em: 7 fev. 2018.

_____. Declaração do Rio de Janeiro. Sobre meio ambiente e desenvolvimento (Rio92). *Revista Estudos Avançados*, v. 6, n. 15, p. 153-159, 1992.

_____. *Pacto internacional sobre os direitos econômicos, sociais e culturais* (PIDESC). 1976. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto_internacional.pdf>. Acesso em: 24 out 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A ALIMENTAÇÃO E A AGRICULTURA. *Diretrizes voluntárias: em apoio à realização progressiva do direito à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar nacional*. Roma, 2015a. Disponível em: <<http://www.fao.org/3/b-y7937o.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.

_____. *The State of Food Insecurity in the World: Meeting the 2015 International Hunger Targets: taking stock of uneven progress*. 2015b. Disponível em: <<http://www.fao.org/3/a4ef2d16-70a7-460a-a9ac-2a65a533269a/i4646e.pdf>>. Acesso em: 6 out. 2018.

_____. *O estado da segurança alimentar e nutricional no Brasil: um retrato multidimensional*. Relatório 2014. Brasília, agosto 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. International Agency for Research on Cancer. *LARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*. v. 112. Lyon: IARC Library, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, et al. *Manual de vigilância da saúde de populações expostas a agrotóxicos*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1996. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro2.pdf>>. Acesso em: 7 fev. 2018.

PIGNATI, W. A. *Os riscos, agravos e vigilância em saúde no espaço de desenvolvimento do agronegócio no Mato Grosso*. Rio de Janeiro: s.e., 2007.

PRATES, Marcos. Os números que mostram o poder do agronegócio brasileiro. *Exame*. 4 de junho de 2014. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/economia/os-numeros-que-mostram-o-poder-do-agronegocio-brasileiro/>>. Acesso em: 7 fev. 2018.

RIGOTTO, Raquel. Impactos dos agrotóxicos à saúde e ao ambiente. In: Mesa de Controvérsias sobre os Impactos dos Agrotóxicos na Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada 2012. *Apresentação* [...]. Brasília: Presidência da República, 2012. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/eventos/ Mesa_de_controversias/ mesa-de-controversias-sobre-agrotoxicos-2013/impactos-dos-agrotoxicos-a-saude-e-ao-ambiente.pdf/view>. Acesso em: 7 fev. 2018.

TAVARES, Lourdes; CORREIA, Mário. Utilização incorreta de agrotóxicos causa acidentes e doenças graves a trabalhadores. *Notícias do TST*, 2 ago. 2013. Disponível em: http://www.tst.jus.br/noticias/-/asset_publisher/89Dk/content/id/5641453. Acesso em: 7 fev. 2018.

SARLET, Ingo; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. *Curso de Direito Constitucional*. 4. ed. ampl. São Paulo: Saraiva, 2015.

UNESCO. *Agenda de desenvolvimento pós-2015*, abr. 2015. Disponível em: <<http://www.unesco.org/new/pt/brasil/pt/post-2015-development-agenda/>>. Acesso em: 7 fev. 2018.

VAZ, Paulo Afonso Brum. *O Direito Ambiental e os agrotóxicos: responsabilidade civil, penal e administrativa*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

10. NEUROPLASTICIDADE, INCLUSÃO E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Aline de Souza Pagnussat¹

Luiz Eduardo Abarno da Costa²

“Toda lei é ordenada para a salvaguarda comum dos homens, e quanto mais o faz, alcança o vigor e a razão de lei: na medida, porém, em que falte para com isso, não é dotada de força de obrigar.”
São Tomás de Aquino

O encéfalo humano está em contínuo desenvolvimento nos aspectos anatômicos, estruturais e funcionais. Desde o nascimento até a vida adulta madura, passamos por uma série de modificações que transformam nossas ações e emoções e que têm influência direta sobre o nosso convívio e a nossa capacidade de aprendizado. À capacidade particular e adaptativa do sistema nervoso de permitir que as células neurais reorganizem suas interações como resposta a estímulos intrínsecos e extrínsecos, modelando a formação ou a ma-

¹ Doutora em Neurociências pela UFRGS. Professora de Cinesiologia, Cinesioterapia e Fisioterapia Neurológica na UFCSPA.

² Advogado. Mestre em Direito pela UFRGS.

nutrição de circuitos neuronais funcionais, dá-se o nome de neuroplasticidade (CHAUDHURY et al, 2006).

A forma de mediação dessas transformações inclui fenômenos celulares, moleculares e estruturais, interligados e interdependentes, os quais sofrem influência direta das características genéticas, propagadas entre as gerações. Mas, para além disso, somos produto do meio em que vivemos, e a natureza desse produto possui bases neurocientíficas bastante claras. A neuroplasticidade denota a habilidade de nosso encéfalo reagir em face de novas demandas, as quais podem ocorrer tanto em situações de normalidade, aprendizado ou formação de novas memórias, como em circunstâncias em que há necessidade de adequação e reabilitação ante a perda de determinada função cerebral. Mais que envolver diferentes processos durante todo o ciclo vital, a neuroplasticidade apresenta determinantes cronológicos evidentes (KATZ; SHATZ, 1996).

Estudiosos que tentam estabelecer a conexão entre a neurociência e a cognição afirmam que já nascemos imbuídos de um senso rudimentar de moralidade. Em 1859, Charles Darwin, ao lançar sua mais famosa obra, *A origem das espécies*, estabeleceu o princípio da reflexão sobre as relações anatômicas entre as diferentes espécies, e chamou a atenção para as primeiras evidências acerca da influência direta de processos naturais diversos. Alguns anos depois, em 1872, ao escrever *A expressão das emoções nos homens e nos animais*, Darwin iniciou a discussão acerca das emoções humanas e a relação direta destas com reações presentes em outras espécies animais. Sabe-se que basta fingir frente a um bebê de 6 meses de idade que se está chorando para que a sua face se transforme em um semblante de similar tristeza. Sabe-se também que crianças choram mais ao escutar choros de outras crianças que ouvindo gravações de seu próprio choro. Isso é igualmente verdade em outras

espécies, e nos mostra que algum senso de moralidade e empatia poderia ser inato (BLOOM, 2014).

Esse comportamento vai de encontro à visão tradicional do “gene egoísta” (DAWKINS, 2006), segundo o qual os animais são, de forma natural, propelidos a satisfazer apenas seus próprios desejos e interesses. Ainda, a tendência à empatia que os humanos possuem, e que compartilham com outros animais, ajudaria a constituir grupos sociais mais coesos, com impacto positivo no convívio e no desenvolvimento social (BLOOM, 2014; WAAL, 2010; HARARI, 2015).

O que faz então com que os comportamentos se modifiquem tanto com o passar do desenvolvimento e se tornem, não infreqüentemente, pouco nobres do ponto de vista moral? A ciência de nossos dias é uma tradição de conhecimento peculiar, visto que admite abertamente a ignorância coletiva a respeito de uma série de questões importantes (HARARI, 2015). Mesmo depois de séculos de pesquisas, os cientistas admitem que ainda não têm uma boa explicação sobre como o cérebro gera consciência. Processos emocionais e não racionais são claramente relevantes para a mudança moral. De fato, um dos principais motores da mudança moral é o contato humano. Quando nos associamos a outras pessoas, convivemos e compartilhamos, estendemos a elas nossa afabilidade. Muito embora essa “hipótese de contato” seja limitada para justificar todos os comportamentos, nosso círculo moral seria dependente e, ainda, moldado pelo nosso círculo social (BLOOM, 2010).

Nesse sentido, a reflexão sobre como conduzimos o processo educacional e a inclusão de crianças e adolescentes com deficiências evidencia-se com proeminente relevância. De acordo com o Censo de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), 45 milhões de residentes no país declararam ter alguma espécie de deficiência, aproximadamente 24% de toda a população. Desses, quase 13 milhões afirmam possuir alguma deficiência mo-

tora, auditiva, visual ou mental grave. A taxa de alfabetização para a população total é de 90,6%, enquanto a do segmento de pessoas com pelo menos uma deficiência é de 81,7%. Quanto ao nível de instrução, verificou-se, dentre a população com deficiência, que mais de 60% não possui instrução de ensino fundamental completo, ao passo que, da população sem qualquer deficiência, o percentual dos que se encontram no mesmo nível de instrução não chega a 39% (cf. BRASIL, 2012). No mundo, o número de pessoas com deficiência passa de 1 bilhão, segundo aponta detalhado relatório elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Banco Mundial divulgado em 2011 (WORLD HEALTH ORGANIZATION; THE WORLD BANK, 2012), e as estimativas do número de crianças (0-14 anos) que vivem com deficiência seriam de 93 a 150 milhões.

Conquanto contundentes, tais dados apenas evidenciam o que já é sabido: a deficiência faz parte da condição humana. Quase todas as pessoas terão uma deficiência temporária ou permanente em algum momento de suas vidas, e aquelas que atingirem uma idade avançada enfrentarão dificuldades cada vez maiores em relação à mobilidade e à função sensório-motora. À sua maneira, todos os períodos históricos enfrentaram a questão moral e política de como melhor incluir e apoiar as pessoas com deficiência. Historicamente, as pessoas com deficiência têm, em sua maioria, sido atendidas por meio de soluções segregacionistas, como instituições de abrigo e escolas especiais. Agora, as políticas mudaram em prol das comunidades e da inclusão educacional, e as soluções focadas na medicina deram lugar a abordagens mais interativas (WORLD HEALTH ORGANIZATION; THE WORLD BANK, 2012).

Entre outros fatores, o relatório da OMS indica que a inclusão educacional de crianças e adolescentes com deficiência é importante pelo fato de contribuir para a formação do capital humano, sendo determinante no bem-estar e na autorrealização dos indivíduos. Por

outro lado, excluir crianças com deficiência das oportunidades educacionais e de trabalho tem altos custos econômicos e sociais.

A deficiência é uma condição que transcende a limitação física e se revela como um fenômeno sociológico que se descortina pelas inúmeras barreiras sociais restritivas (baixa escolaridade, baixa empregabilidade) à expressão das capacidades das pessoas. A experiência da deficiência não resulta somente das lesões, mas do ambiente social adverso à singularidade, de tal sorte que a incapacidade é um produto (também e talvez majoritariamente) social (BERNARDES, 2009).

Ademais, há uma série de razões para o desenvolvimento de sistemas educacionais inclusivos, a saber: *educacional* – o requisito para as escolas inclusivas educarem todas as crianças juntas é o desenvolvimento de métodos de ensino que respondam às diferenças individuais, para o benefício de todos os estudantes; *social* – escolas inclusivas podem mudar as atitudes daqueles que são, de certa forma, “diferentes”, educando todas as crianças juntas, o que tende a criar uma sociedade justa e sem discriminação; *econômica* – estabelecer e manter escolas para educar todos os estudantes juntos é mais barato do que criar um sistema complexo de diferentes tipos de escolas especializadas para diferentes grupos de crianças (WORLD HEALTH ORGANIZATION; THE WORLD BANK, 2012, p. 242).

Portanto, a visão preconceituosa e excludente em relação aos deficientes cede à percepção das competências e da participação social dessas pessoas. Ora, acidentes, enfermidades, deficiências também compõem uma pessoa, temporária ou permanentemente. Uma pessoa é formada não apenas por sua essência, mas por todos os pormenores de sua individualidade. Sua essência é composta por tudo aquilo que, além de a definir como ser humano, marca sua existência e determina o exercício mesmo dessa sua condição humana. Ou seja, quaisquer que sejam as desordens físicas ou mentais, há inarredáveis consequências, individuais, familiares e sociais, que podem, para

além da lesão, comprometer o enquadramento de um indivíduo nos códigos socioculturais existentes em uma coletividade, afetando a qualidade de vida pessoal.

A fim de mitigar consequências danosas às pessoas portadoras de algum tipo de deficiência, são requeridas firmes ações por parte da sociedade, das instituições privadas e do governo, seja na prevenção ou no tratamento dos casos já existentes. Trata-se de um complexo amálgama processual cujos referenciais são os direitos humanos, os direitos fundamentais e a dignidade da pessoa humana. Da mesma forma, mostra-se importante o recurso ao principialismo bioético (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), conjunto a ser levado em conta na elaboração de políticas públicas educacionais e no exercício destas pelos profissionais designados.

Necessita-se, com efeito, de meios que garantam a equiparação de oportunidades, a autonomia e a acessibilidade para as pessoas com deficiência. Especialmente se considerado que o desenvolvimento se estende ao longo de toda a vida do indivíduo em um processo marcado por avanços, retrocessos e descontinuidades, o que implicar o imperativo de se estabelecerem objetivos e práticas educacionais diferenciadas, de modo a contemplar as especificidades e as carências de aprendizagem dos indivíduos ao longo da vida (BISSOTO, 2011, p. 123).

De acordo com o relatório da OMS, a deficiência é uma questão de direitos humanos porque: (i) pessoas com deficiência enfrentam desigualdades, por exemplo, quando têm negado o acesso igualitário a serviços de saúde, ao emprego, à educação ou à participação política devido à deficiência; (ii) pessoas com deficiência estão sujeitas a violações da sua dignidade, por exemplo, quando são sujeitas à violência, ao abuso, ao preconceito ou ao desrespeito devido à sua deficiência; (iii) algumas pessoas com deficiência perdem sua autonomia, por exemplo, quando estão sujeitas à esterilização involuntária, quando são confinadas em instituições contra sua vontade ou quando são vistas

como legalmente incompetentes devido à deficiência (WORLD HEALTH ORGANIZATION; THE WORLD BANK, 2012, p. 34).

A discussão de questões que envolvem direitos humanos não é recente e é tema largamente explorado ao longo da história. Assim, torna-se difícil palavra nova, sendo quase impossível evitar a repetição de velhas fórmulas, ou empregar o lugar comum, o que, hoje, chega até mesmo a banalizar a importância do assunto. Essa banalização se reduz, muitas vezes, à insistência em tratar o tema com nobreza, mas nem sempre com convencimento e intenções moralizantes, recorrendo o estudioso a expressões vazias e puramente retóricas (FERRAZ JÚNIOR, 2007, p. 517).

Nada obstante, em função de determinadas circunstâncias históricas, sociais e políticas, o interesse é renovado e a abordagem revela-se proeminente e inevitável. Na esteira dos recentes julgamentos do Supremo Tribunal Federal (STF) de casos envolvendo pesquisas com células-tronco (cf. BRASIL, 2010), o reconhecimento de uniões entre pessoas do mesmo sexo (cf. BRASIL, 2011b) e outros temas rumorosos, como a inclusão da pessoa com deficiência, os debates acima referidos denotam um fenômeno relevante e peculiar nas democracias ocidentais no período pós-Segunda Guerra: a relevância e a eficácia dos direitos fundamentais do indivíduo, categoria jurídica constitucional, sobre a qual voltaremos a tratar adiante.

Por ora, cabe referir que tais direitos representam o conjunto mínimo de prerrogativas sem as quais o indivíduo não exerce nem mantém a liberdade. Ainda, os direitos fundamentais têm como referência a própria essência do ser humano, evidenciando sua matriz em outra importantíssima categoria de direitos: os direitos humanos.

Muito resumidamente, pode-se dizer que os direitos fundamentais são representações normativas nas ordens jurídicas internas de cada nação dos direitos humanos internacionalmente consagrados. De sua parte, os direitos humanos são concebidos como di-

reitos subjetivos, que cabem a todo ser humano em virtude de sua humanidade (BARZOTTO, 2010, p. 43), e seu titular sempre será o ser humano. O termo *direitos humanos* é comumente relacionado a documentos de direito internacional, como tratados e convenções celebrados entre nações soberanas, que reconhecem o ser humano como tal, independentemente de sua vinculação com determinada ordem constitucional. Portanto, aspiram à validade universal, para todos os povos e tempos, revelando inequívoco caráter supranacional (SARLET, 2012, p. 29).

Com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, editada no âmbito da Organização das Nações Unidas, bem como em função dos documentos internacionais que a seguiram,³ essa categoria de direitos atingiu sua expressão máxima, reconhecendo a dignidade inerente a todos os seres humanos, dispondo acerca das condições mínimas e essenciais para o livre e igualitário desenvolvimento da personalidade.

Os direitos de personalidade são concebidos como atributos jurídicos pelos quais é assegurada ao ser humano a possibilidade de atuar na vida em sociedade, contraindo obrigações e sendo titular de direitos. Mediante um complexo de normas, a personalidade configura a institucionalização das condições da atividade jurídica da pessoa e dos limites a que esta deve se circunscrever (GOMES, 2000, p. 141).

E a fim de que se desenvolva, se mantenha e, em muitos casos, se *recupere* tal aptidão, é imprescindível que sejam assegurados ao indivíduo os meios para tanto, dentre os quais se mostra sobremaneira relevante o *direito à educação*. A própria Declaração Universal, no art. 26, prescreve direcionar a educação para a plena expansão da personalidade humana e o reforço dos direitos humanos e das

³ Por exemplo, a Convenção Europeia para a Salvaguarda dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais, de 1950, e a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, de 1969, para citar apenas algumas.

liberdades fundamentais. Nesse aspecto, para a integral realização da pessoa, são imprescindíveis a previsão e a garantia de uma pluralidade de direitos que tutelem as várias dimensões da natureza humana: animalidade (vida e saúde); racionalidade (liberdade, educação, direitos políticos); e sociabilidade (família, comunicação, associação) (BARZOTTO, 2010, p. 51).

Vê-se assim que, para a autorrealização, são necessários certos bens, bens dos quais a pessoa humana é digna, é merecedora e carente. Dessa forma, o termo *dignidade* estaria vinculado a ideias de respeito, de ser merecedor ou credor de certas prestações. *A dignidade da pessoa* determina, nessa linha, que lhe é devido algo para que ela possa se realizar como ser humano, que lhe sejam proporcionados os meios necessários para que possa assumir a si mesma como fim. Entre esses meios, os de maior relevância ética, jurídica e política são, por óbvio, os direitos humanos (BARZOTTO, 2010, p. 53).

A dignidade da pessoa humana⁴ é o conceito central do Estado constitucional e democrático contemporâneo, e aponta a adequada atitude em relação ao indivíduo. O termo *pessoa* indica um ser concreto, individual, ou ao menos “individualizável”, de modo que ele possa ser reconhecido e a ele seja atribuída dignidade. Já a expressão *humana* dá a conotação de que a dignidade deve ser reconhecida e atribuída a todos e a qualquer um de forma indistinta. Dessa forma, reconhece-se o outro como pessoa e, em decorrência disso, impõem-se determinados comportamentos àqueles que se defrontam com ela. O portador de dignidade “merece” (é digno de) ser tratado de certa maneira. A dignidade, portanto, é a manifestação vinculante de uma identidade e, assim, regulatória do comportamento, próprio

⁴ Quanto à expressão *pessoa humana*, para um detalhamento, cf. Barzotto, 2010, p. 20-25.

e alheio (BARZOTTO, 2010, p. 29). Ou seja, após reconhecer alguém como pessoa, delibera-se sobre o que lhe é devido.

E não é singelo o papel que nossa Constituição Federal atribui à dignidade da pessoa humana. No art. 1º, III, marca a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, por definição um Estado Democrático de Direito. O art. 3º, que elenca quais são os objetivos do Estado brasileiro, faz referência a preceitos intimamente ligados à dignidade da pessoa humana, seu desenvolvimento e sua garantia. E, finalizando, o título que trata dos Princípios Fundamentais, o art. 4º, II, determina a prevalência dos direitos humanos como base de conduta internacional para a Nação em suas relações internacionais.

Mesmo que a incorporação dos direitos humanos – tomados como expressão de imposição e garantia da dignidade da pessoa humana – nas ordens jurídicas (positivação) tenha caráter meramente declaratório, não constitutivo, prescindido, pois, de um fundamento em uma norma jurídica (positivada), o fato é que, quando isso se reveste do caráter positivo/de norma jurídica, o direito humano ganha, para além da relevância, um caráter que é da essência de toda e qualquer norma jurídica: a coercibilidade, isto é, a legítima capacidade de impositivamente regular condutas.

Assim, conquanto propriamente relevantes, os direitos humanos tornam-se mais efetivos ao enfrentarem um processo chamado de juridicização, ou seja, com inserção no ordenamento como norma jurídica, contingência que não raro ocorre no âmbito do direito constitucional de cada nação, mais especificamente com a previsão dos antes mencionados direitos fundamentais, os quais inserem significativo aspecto moral à ordem jurídica (ALEXY, 2008, p. 29-544; SARMENTO, 2005, p. 29) e possuem importante aspecto histórico (cf. ANDRADE, 2010; CANOTILHO, 2003) atrelado à sua evolução. A partir daí, estão teoricamente em melhores condições de efetivação, parti-

cularmente em razão da existência de instituições (em especial as judiciárias) dotadas do poder de fazer respeitar e realizar esses direitos (SARLET, 2012, p. 34).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 contém pormenorizado rol dessa espécie normativa, especialmente, mas não apenas, em seu art. 5º, cujo parágrafo terceiro, inclusive, preceitua que os tratados e as convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados sob determinado procedimento legislativo serão equivalentes às emendas constitucionais.

Em um primeiro momento, em razão das revoluções liberais do final do século XVIII, os direitos fundamentais apresentam-se como liberdades, esferas de autonomia dos indivíduos ante o poder do Estado, a quem se exige que se abstenha, o quanto possível, de interferir na vida econômica, social e pessoal dos indivíduos. Fala-se, assim, em direitos de defesa dos indivíduos perante o Estado, sendo esta a chamada primeira dimensão dos direitos fundamentais. Entretanto, as transformações sociais e econômicas ligadas ao processo de industrialização ocorridas ao longo do século XIX desestabilizam a sociedade liberal e influenciam a matéria dos direitos fundamentais, demandando a previsão de garantias de igualdade no contexto das relações indivíduo-Estado (ANDRADE, 2010, p. 51-54). Não se cuida mais de simplesmente evitar a intervenção estatal na esfera de liberdade individual, mas de propiciar, pela atuação do Poder Público, uma vida social e política harmônica, possibilitando iguais oportunidades de desenvolvimento.

Chega-se, então, à segunda dimensão dos direitos fundamentais, designados como direitos sociais, econômicos e culturais. Subsequentemente, os fenômenos de socialização imporiam o surgimento de uma terceira dimensão de direitos fundamentais, os direitos de solidariedade e fraternidade que, por sua vez, se desprendem da figura do ser humano-indivíduo como seu titular, destinando-se à

proteção de grupos humanos e daquilo com o que estes diretamente se relacionam (SARLET, 2012, p. 48). A titularidade coletiva, indefinida e indeterminável, revela-se, por exemplo, no direito ao meio ambiente, no direito à paz e no direito ao patrimônio comum da humanidade (BONAVIDES, 2003, p. 569).

No âmbito dos direitos sociais, formadores da segunda dimensão dos direitos fundamentais, deve-se destacar o direito à educação (art. 6º, *caput*, Constituição Federal), por essência a atividade inicial e basilar para o desenvolvimento pessoal e, por certo, da sociedade como um todo. Note-se que a educação à qual se faz referência não se restringe à “escolarização”, elemento que, conquanto parte relevante na formação educacional do indivíduo, faz parte de um contexto muito maior que, na realidade, engloba todo o complexo de formação individual que se inicia na família e vai até a sociedade e o Estado.

A educação, na forma expressa no art. 205 da Constituição Federal, é um direito de todos e um dever do Estado e da família, devendo ser promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. Os atores conclamados a fazer valer o direito à educação são diversos, não cabendo atribuir a um único a função de educar o indivíduo. Iniciando pelo Estado, determina o art. 23 da Constituição Federal ser de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios proporcionar os meios de acesso à cultura, à educação, à ciência, à tecnologia, à pesquisa e à inovação. À família, célula da formação individual, compete instruir cada um de seus componentes no contexto do planejamento familiar, formulado com base nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável (art. 226, § 7º, da Constituição Federal de 1988).

Nesse panorama, o direito à educação, fundamental por excelência, assume a natureza de uma posição jurídica definida na

Constituição por meio de normas que se ligam umbilicalmente à dignidade, à igualdade e à liberdade da pessoa humana, as quais, com efeito, incorporam no sistema jurídico a natureza de um sistema substancialmente determinado. Em si mesmo significativo, o atendimento do direito à educação assume uma importância maior ainda quando considerado para aquelas pessoas que, por qualquer razão, nasceram ou foram expostas a eventos traumáticos que resultaram em alguma forma de incapacitação física e/ou mental, circunstância que, se não impede, limita substancialmente o desenvolvimento individual.

Nesses contornos, foi instituída a Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015, denominada Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, ou Estatuto da Pessoa com Deficiência.⁵ Segundo o texto da lei, ela se destina a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à inclusão social e à cidadania. As disposições da norma, editada em compasso com a Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência, da ONU, entre outros comandos, garantem o direito de acesso ao sistema educacional inclusivo, às vias de formação e à permanente capacitação continuada de professores e outros profissionais da área, a fim de que as pessoas com deficiências possam alcançar o máximo desenvolvimento de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, de acordo com características, interesses e necessidades de aprendizagem de cada um. Tais legislações estabelecem mais: a implantação e o oferecimento de estrutura que possibilite a permanência de pessoas com deficiência na escola.

⁵ Essa não é a primeira norma federal editada no sentido de conferir especial proteção às pessoas com deficiência. Sobre esse título, ver: Lei n.º 7.853/1989; Lei n.º 8.078/1990; Lei n.º 9.394/1999; Lei n.º 12.764/2012; Decreto n.º 2.398/1999; e Decreto n.º 8.368/2014.

Na prática, a lei visa não apenas a fomentar o processo histórico de inserção de pessoas com deficiência no sistema educacional, mas, sobretudo, também dotar o modelo de estrutura adequada de forma a evitar a evasão educacional. Além disso, objetiva fortalecer a educação inclusiva, e não aquela do passado, essencialmente excludente e carregada de forte discriminação social. A questão da deficiência, antes vista como um problema médico, passou a ser encarada como uma questão social, que demanda a adoção de medidas necessárias à eliminação de obstáculos e à garantia da plena inclusão na vida comunitária, evitando e minimizando qualquer ordem de prejuízos ao desenvolvimento da pessoa com deficiência, notadamente quando a pessoa é uma criança ou um adolescente, que em nosso ordenamento legal possui especial tratamento.⁶ À luz da legislação nacional, com nítida inspiração na referida Convenção, o primeiro pressuposto para a garantia do direito à educação às pessoas com deficiência é o da não discriminação. Nesse sentido, há muitos anos a educação tende a abolir o modelo de escolas especiais, onde vigorava uma política potencialmente excludente e discriminatória, passando a encampar um sistema inclusivo e multidisciplinar, dotado de estrutura física e equipe multiprofissional de apoio ao professor.

Tornar o mundo mais acessível é uma necessidade social. Os direitos que uma pessoa sem deficiência possui devem, da mesma forma, ser garantidos àqueles com algum tipo de limitação. Como visto, é uma garantia constitucional a preservação das condições de igualdade entre todos os seres humanos. Ora bem, os fundamentos e os objetivos do Estado Democrático de Direito não podem estar apartados da defesa do respeito à diferença. As pessoas com deficiência devem ser tratadas como sujeitos livres e iguais, merecendo ter

⁶ Lei n.º 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), especialmente os arts. 3º, 4º, 18, 18-A, 53 e 54, III.

garantidos a autonomia, o respeito às condições especiais, à dignidade e à liberdade de escolha e de projeto de vida.⁷ O próprio STF, em número significativo de casos, assegurou proteção a deficientes físicos (cf. BRASIL, 2014; BRASIL, 2008; BRASIL, 2013).

A fragmentação da imagem do ser humano na pluralidade dos universos culturais nos quais ele socializa – família, trabalho, cultura, educação, lazer – torna problemática e difícil a adequação das convicções do indivíduo e da liberdade de ideias e de valores universalmente reconhecidos. Em consequência disso, são inegáveis as perniciosas consequências para com o respeito e o efetivo reconhecimento de direitos às pessoas com deficiência, conforme brevemente tratado aqui, e sobremaneira apesar dos louváveis intentos de normatização como com a aludida Lei n.º 13.146/2015.

Não obstante, discretamente se forma o paradoxo de uma sociedade preocupada de forma excessiva em definir e proclamar uma lista crescente de direitos humanos, mas impotente para fazer descer esses direitos do plano de um formalismo abstrato e inoperante e levá-los a uma efetivação concreta nas instituições e práticas sociais.

Nesse contexto, juntamente com o conhecimento teórico e funcional do direito – e de qualquer ciência –, é preciso que se atente para as possibilidades que certas instituições têm de lidar com seu objeto e com as ocorrências fáticas inerentes às suas esferas de atuação. Com efeito, as necessidades de cada área do conhecimento devem ser densificadas também com a noção de capacidades institucionais (cf. ÁVILA, 2007; VERMEULE, 2006; SUNSTEIN, 2003). Inclui-se, assim, “alguma medida de realidade” (ÁVILA, 2012, p. 232) nas proposições teóricas, viabilizando maior possibilidade de orientação

⁷ A este título, conforme a manifestação da Ordem dos Advogados do Brasil, através do seu Conselho Federal, na qualidade de *amicus curiae* na ADI n.º 5.357, que tramita no STF e tem como objeto a impugnação do § 1º do art. 28, bem como do *caput* do art. 30 da Lei n.º 13.146/2015.

para sua aplicação. Esse viés operacional – e complementar ao modelo teórico adotado – incorpora juízos empíricos na defesa de hipóteses e propostas científicas.

Sobre esse ponto, emerge a constatação de que a maioria dos estudos científicos é financiado por interesses políticos, econômicos ou religiosos, abordagem muitas vezes de desconhecimento dos próprios cientistas, os quais agem, grande parte das vezes, por pura curiosidade intelectual (HARARI, 2015). Mas, não sendo os cientistas que ditam a agenda científica, aparentemente o conhecimento profundo de outras ciências é, muitas vezes, mais relevante do que a fusão entre os conhecimentos neurocientíficos e educacionais e, também, que o preparo dos profissionais de educação básica.

Embora se tenha muito ainda a avançar acerca do entendimento do funcionamento das funções cerebrais, é possível, tomando como base o legado científico de anos de pesquisa básica experimental, clínica e comportamental, delinear o perfil do desenvolvimento encefálico período a período durante o ciclo vital. É sabido que diversos elementos influenciam o desenvolvimento e contribuem para a construção da personalidade e do comportamento humanos. Embora fatores inatos, de caráter genético, tenham inegável importância, a influência ambiental parece ser determinante (CHAUDHURY, 2016).

Dois fatores caracterizam, essencialmente, o desenvolvimento no sistema nervoso central: a perda de células neurais e a redução de conexões entre elas. A diminuição de neurônios e de sinapses são processos que nos acompanham desde o início até o fim de nossas vidas – são naturais, importantes e esperados para o desenvolvimento. No encéfalo adulto é possível computar cerca de 86 bilhões de neurônios, 16 bilhões dos quais estão no córtex cerebral. Considerando que esse número está em regiões relacionadas à consciência e ao pensamento lógico e abstrato, esta poderia ser a característica que dife-

renciaria, em termos de habilidades cognitivas, o encéfalo humano do encéfalo de outras espécies animais (HERCULANO-HOUZEL, 2009, p. 31).

Até o desenvolvimento completo das estruturas cerebrais no adulto, o encéfalo passa por drásticas e profundas modificações, as quais adaptam o padrão de comportamento em face dos estímulos externos. Em especial, nesse contexto, a adolescência é uma fase extremamente importante. É caracterizada por mudanças na estrutura e na função do cérebro, particularmente em regiões corticais (em especial no córtex pré-frontal) envolvidas em processos cognitivos complexos, como o planejamento, a tomada de decisões, a interação social, assim como a avaliação de risco e a inibição de comportamentos socialmente inadequados (FUHRMANN, KNOLL, BLAKEMORE, 2015).

É de amplo conhecimento que o ambiente é capaz de influenciar o desenvolvimento de habilidades, uma vez que afetaria o modelamento das redes neuronais, segundo a teoria do “use-o ou perca-o”. Nesse sentido, contatos sinápticos reforçados seriam mantidos, ao contrário daqueles subutilizados, os quais, ao longo do desenvolvimento infante-juvenil, seriam eliminados (KUCZEWSKI, PORCHER, GAIARSA, 2010). Muito embora durante anos a pesquisa neurodesenvolvimentista tenha focado esforços em estudar o encéfalo essencialmente durante períodos iniciais da infância, hoje se encara o período da adolescência como uma nova janela de oportunidades, quando a pronunciada capacidade de neuroplasticidade permitiria esculpir aspectos determinantes da personalidade.

As experiências de infância (as reforçadas, assim como as oprimidas) e o ambiente educacional modelariam toda forma de comportamento adulto. A consciência das profundas modificações pelas quais o encéfalo passa durante a infância, e que são aprofundadas durante a adolescência, necessitaria

da reflexão de pais e educadores durante os altos e baixos da adolescência, e seu impacto sobre o despertar de interesses cognitivos-educacionais. O incentivo à inclusão e o enlace entre a educação continuada em saúde e a formação didático-pedagógica de educadores poderiam representar importantes ferramentas para assegurar a aceitação do “diferente” como “similar”, fortalecendo as bases morais do indivíduo na vida adulta, além de garantir a dignidade da pessoa humana com deficiência.

O que se torna cada vez mais nítido é a necessidade de, mediante um esforço multidisciplinar contínuo e dedicado, desenvolver medidas e ações que nos permitam atrelar as concepções de ser humano e as implicações destas à pretensão de universalidade de preceitos, os quais, embora sujeitos a um “processo de realizabilidade”, permitiriam que os direitos de todos e de cada um se tornassem efetivos. A reflexão acerca das modificações pelas quais o encéfalo passa ao longo do desenvolvimento são fundamentais para guiar pais e educadores e são um desafio para gestores e para pensadores de políticas públicas. Sabendo-se que as escolhas na infância e na adolescência possuem implicações de longo prazo e ocasionam efeitos irreversíveis, o encorajamento de escolhas educacionais saudáveis e inclusivas, com adequada estrutura de ensino e com recursos humanos capacitados, sem diferenciação ou segregação, é urgente e um ótimo antídoto para tempos de extrema intolerância e individualismo.

REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. *Teoria dos Direitos Fundamentais*. São Paulo: Malheiros, 2008.

ANDRADE, José Carlos Vieira de. *Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976*. 4. ed. Coimbra: Almedina, 2010.

ÁVILA, Humberto. A Doutrina e o Direito Tributário. In: ÁVILA, Humberto (org.). *Fundamentos do Direito Tributário*. Madrid: Marcial Pons, 2012, p. 221-245.

_____. Planejamento Tributário. *Revista de Direito Tributário*, São Paulo, n. 98, p. 74-85, 2007.

BARZOTTO, Luis Fernando. *Filosofia do Direito: os conceitos fundamentais e a tradição jusnaturalista*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves et. al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, n. 14, v. 1, p. 31-38, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a08v14n1.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2018.

BISSOTO, Maria Luisa. Desordens neurais do desenvolvimento: perspectivas de abordagem e suas implicações para a educação e a reabilitação. *Revista Educação Especial*, v. 24, n. 39, p. 113-127, 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/educacaoespecial/article/view/1470>>. Acesso em: 7 out. 2018.

BLOOM, Paul *O que nos faz bons ou maus*. Rio de Janeiro: Best Seller, 2014.

_____. How Do Morals Change? *Nature*, n. 464, v. 288, p. 490, 2010.

BONAVIDES, Paulo. *Curso de Direito Constitucional*. 13. ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 5.357*, de 4 de agosto de 2015. Relator: Ministro Edson Fachin. Disponível Em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4818214>>. Acesso em: 18 out. 2018.

_____. Supremo Tribunal Federal. Tribunal Pleno. Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 903. Relator: Ministro Dias Toffoli. *Diário da Justiça*, Brasília, 7 fev. 2014.

_____. Supremo Tribunal Federal. Primeira Turma. Recurso Extraordinário n.º 440.028. Relator: Ministro Marco Aurelio. *Diário da Justiça*, Brasília, 26 nov. 2013.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR); Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD); Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. *Cartilha do Censo 2010: pessoas com deficiência*. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012.

_____. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 4.237. Relator: Ministro Carlos Ayres Brito. *Diário da Justiça*, Brasília, 14 out. 2011a.

_____. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.º 132. Relator: Ministro Carlos Ayres Brito. *Diário da Justiça*, Brasília, 14 out. 2011b.

_____. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 3.510. Relator: Ministro Carlos Ayres Brito. *Diário da Justiça*, Brasília, 28 maio 2010.

_____. Supremo Tribunal Federal. Tribunal Pleno. Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 2.649. Relatora: Ministra Carmen Lucia, Pleno. *Diário da Justiça*, Brasília, 17 out. 2008.

CANOTILHO, José Gomes. *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

CHAUDHURY, Sraboni et al. Activity-dependent Synaptic Plasticity Modulates the Critical Phase of Brain Development. *Brain & Development*, n. 38, v. 4, p. 355-363, 2016.

DAWKINS, Richard. *The Selfish Gene*. New York: Oxford University Press, 2006.

FERRAZ JÚNIOR, Tercio Sampaio. *Direito Constitucional: liberdade de fumar, privacidade, Estado, Direitos Humanos e outros temas*. Barueri, SP: Manole, 2007.

FUHRMANN, Delia; KNOLL, Lisa J.; BLAKEMORE, Sarah J. Adolescence as a Sensitive Period of Brain Development. *Trends in Cognitive Sciences*, n. 19, v. 10, p. 558-566, 2015.

GOMES, Orlando. *Introdução ao Direito Civil*. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2000.

HARARI, Yuval N. *Sapiens: uma breve história da humanidade*. Porto Alegre: L&PM, 2015.

HERCULANO-HOUZEL, Suzana. The Human Brain in Numbers: a Linearly Scaled-up Primate Brain. *Frontiers in Human Neuroscience*, n. 3, p. 31, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em 18 out 2018.

KATZ, Lawrence C.; SHATZ, Carla. J. Synaptic Activity and the Construction of Cortical Circuits. *Science*, n. 274, v. 5290, p. 1133-1138, 1996.

KUCZEWSKI, Nicola; PORCHER, Christophe; GAIARSA, Jean-Luc. Activity-dependent Dendritic Secretion of Brain-derived Neurotrophic Factor Modulates Synaptic Plasticity. *European Journal of Neuroscience*, n. 32, v. 8, p. 1239-1244, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos Direitos Fundamentais: uma teoria dos Direitos Fundamentais na perspectiva constitucional*. 11. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SARMENTO, Daniel. Colisões entre Direitos Fundamentais e Interesses Públicos. In: SARLET, Ingo Wolfgang (org.). *Jurisdição e Direitos Fundamentais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005. p. 29-69.

SUNSTEIN, Cass; VERMEULE, Adrian. Interpretation and Institutions. *Michigan Law Review*, v. 101, p. 885-951, 2003.

VERMEULE, Adrian. *Judging Under Uncertainty: an Institutional Theory of Legal Interpretation*. Cambridge: Harvard University Press, 2006.

WAAL, Frans de. *A era da empatia: lições da natureza para uma sociedade mais gentil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; THE WORLD BANK. *Relatório mundial sobre a deficiência*. São Paulo: SEDPcD, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44575/4/9788564047020_por.pdf>. Acesso em: dez 2018.

11. DIREITOS HUMANOS E LAICIDADE

Marcia Mocellin Raymundo¹

Podemos considerar que existe uma grande intersecção entre a laicidade e os direitos humanos, uma vez que ambas são proposições que visam à convivência harmônica e pacífica, sem discriminação, entre indivíduos de uma sociedade. Não se pode afirmar exatamente quando e onde surgiu a laicidade, pois esta decorre de um processo histórico que aconteceu e segue acontecendo em diferentes lugares e culturas. No entanto, historicamente, um dos países ocidentais que teve grande influência na consolidação da laicidade é a França.

Existem diferentes definições de laicidade, porém, todas concordam que a laicidade compreende o respeito ao direito de escolha de cada cidadão quanto às suas crenças, à sua orientação sexual, às suas ideologias e às demais formas de liberdade de consciência.

¹ Licenciada em Ciências Biológicas (PUCRS). Mestre em Ciências Biológicas (UFRGS). Doutora em Ciências em Gastroenterologia (UFRGS). Pós-doutora em Bioética pela Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Bióloga do Serviço de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Professora do Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia da UFRGS (Disciplina Bioética, Diversidade e Gênero). Membro do Comitê Assessor da RedBioética da UNESCO.

Outro ponto importante e coincidente nas diferentes concepções é que o conceito não é antirreligioso ou anticlerical; a laicidade apenas defende que deve existir independência entre a atuação e as decisões do Estado e das diferentes instituições religiosas. Isso significa que nenhuma instituição religiosa deve interferir nas decisões do Estado – aqui compreendido como Estado Nação – e que, por sua vez, nenhum Estado interferirá nas decisões das instituições religiosas.

O sociólogo francês Jean Baubérot (2009), um dos mais importantes estudiosos da laicidade, nos ensina que a laicização de um Estado é sempre resultante de um processo, cujas características implicam que: a) a religião passe a ser uma atividade social, deixando de determinar aspectos da vida pública; b) a religião mantenha uma legitimidade política, enquanto instância de socialização, atendendo às necessidades religiosas, e constitui a principal fonte da moral pública; e c) seja reconhecido o pluralismo religioso.

Assim, a laicidade pressupõe que o Estado tome suas decisões de forma soberana, sem ser influenciado por nenhuma instituição religiosa. Da mesma forma, pressupõe que sejam valorizados o pluralismo e a diversidade das liberdades de consciência, sempre quando essas não afetarem os direitos dos demais indivíduos da sociedade. Dito de outra forma, a laicidade propõe que cada indivíduo tem o direito de escolher a religião ou crença que deseja seguir, incluindo-se o direito a não ter uma religião ou crença, sem imposição de sua escolha aos demais indivíduos da sociedade. Essa premissa está totalmente de acordo com as proposições contidas nas declarações existentes sobre os direitos humanos, seja a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, promulgada na França em 1789, ou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, proposta pela Organização das Nações Unidas, em 1948, que estabelecem como um direito humano o direito à liberdade de opinião e de consciência, compreendendo as opções religiosas.

LAICIDADE

Embora o conceito de laicidade seja muito antigo, é ainda desconhecido por muitos membros de diversas sociedades do mundo atual, e, em alguns casos, é negado. Anteriormente citamos que a França é um país de grande importância para a laicidade. Ferdinand Buisson – citado por Jean Baubérot como o primeiro teórico da laicidade – afirmou, em 1883, que a França era o país mais laico da Europa. Buisson afirmava que

a laicidade se enraíza em um processo histórico, onde as diversas funções da vida pública são separadas e independentes da tutela estreita da Igreja, sendo o Estado Laico neutro com relação aos diferentes cultos e concepções teológicas, permitindo o exercício do direito civil e a liberdade de todos os cultos. (BUISSON apud BAUBÉROT, 2009, p. 4).

Nesse sentido, é visível que a maior preocupação, no que tange à laicidade, é garantir a liberdade de consciência e, consequentemente, de crenças a cada cidadão como sendo um direito civil, ou seja, um direito humano, sem imposição ou discriminação.

Nos últimos anos, além de Jean Baubérot, muitos outros sociólogos, historiadores e filósofos dedicaram-se a estudar profundamente a laicidade. E, mais que a estudar, dedicaram-se a promover debates, encontros, cursos, fóruns e, também, a publicar uma vasta gama de livros e artigos sobre o assunto, buscando trazer à baila importante discussão, que diz respeito a todos os cidadãos, pois vivemos em sociedades plurais, em um mundo cada vez mais interconectado, no qual o respeito à laicidade é fundamental para a convivência harmônica e pacífica entre os indivíduos.

Para Roberto Blancarte (2008), historiador mexicano, a laicidade “é uma forma de organização político-social que busca estabelecer, na medida do possível, a igualdade e a não discriminação”. Ou, ainda, pode-se dizer que “é um instrumento jurídico-político que as

sociedades criaram, particularmente as ocidentais, para que a pluralidade possa ser vivida de maneira pacífica e harmoniosa”.

Micheline Milot (2008), socióloga canadense, identifica dois princípios fundamentais à laicidade, que são a separação e a neutralidade. Para a autora, a separação constitui “a base da laicidade”. Ou seja, “a independência do Estado com relação à Igreja e a autonomia das organizações religiosas com relação ao poder político” (MILOT, 2008, p. 19, tradução nossa). Isso significa que o Estado estará legislando para os interesses da sociedade em geral, com base em sua diversidade e pluralidade, e não baseado em convicções específicas e particulares de uma ou outra instituição religiosa.

A compreensão desse elemento essencial da laicidade é fundamental para que se possa compreendê-la. Isto é, do ponto de vista prático, quando um Estado legisla influenciado por crenças religiosas, ele legisla para aqueles seguidores de tais crenças, e quando legisla independente de crenças religiosas, ele está legislando para todos os cidadãos, independentemente de suas crenças ou convicções. Para Roberto Blancarte, definir a laicidade como um processo de transição de formas de legitimidade sagradas a formas democráticas ou baseadas na vontade popular nos permite compreender que esta não é estritamente o mesmo que a separação Estado-Igreja” (BLANCARTE, 2008, p. 9-10), uma vez que existem muitos Estados que não são formalmente laicos e que, inclusive, possuem uma religião do Estado, mas que estabelecem políticas públicas independentes das doutrinas religiosas, inclusive de sua própria Igreja oficial, como, por exemplo, Noruega e Dinamarca. No Brasil, a separação entre o Estado e a Igreja ocorreu em 7 de janeiro de 1890, por um Decreto do então presidente Marechal Manuel Deodoro da Fonseca. Na França, a lei que estabeleceu a separação Estado-Igreja foi promulgada em 1905.

O segundo princípio fundamental citado por Micheline Milot é a neutralidade, ou seja, uma exigência restritiva que o Estado deve impor a si mesmo a fim de não favorecer ou obstaculizar, direta ou indiretamente, nenhuma religião. A neutralidade não significa que o Estado não tenha valores, pois a governança repousa sobre valores fundamentais, como a democracia, a tolerância, o respeito à diversidade e aos direitos humanos (MILOT, 2008, p. 19-20, tradução nossa).

Essa neutralidade se refere ao Estado não tratar de forma privilegiada e não se associar, no que tange às decisões políticas, aos preceitos religiosos de uma ou de outra instituição religiosa, assim como neutralidade no sentido de não obstaculizar o direito à liberdade de religiosidade, crença e opinião.

Em 2005, durante as comemorações do centenário da separação Estado-Igreja na França, foi apresentada ao Senado francês a Declaração Universal da Laicidade no Século XXI. Essa declaração, elaborada por Jean Baubérot, Micheline Milot e Roberto Blancarte, define a laicidade como a harmonização em diversas conjunturas, sócio-históricas e geopolíticas, dos seguintes princípios: respeito à liberdade de consciência e à sua prática individual e coletiva; autonomia da política e da sociedade civil com relação às normas religiosas e filosóficas particulares; e nenhuma discriminação direta ou indireta a todos os cidadãos (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DA LAICIDADE NO SÉCULO XXI, 2005).

Outro ponto importante a destacar na construção do conceito de laicidade é que laicidade é diferente de secularização. Este segundo conceito constitui-se na passagem de algo ou alguém da esfera religiosa para a civil. Podemos citar como exemplo a secularização de alguns cemitérios, que antes pertenciam às instituições religiosas e que, pouco a pouco, foram passando para a regulação da esfera pública ou privada, porém em um contexto independente do orde-

namento religioso. Assim também aconteceu com os registros civis, como nascimentos e óbitos, que, em séculos anteriores, estavam restritos às instituições religiosas e que, posteriormente, passaram à esfera pública.

Nos aspectos mencionados anteriormente, referimo-nos à laicidade, no singular, de acordo com a proposta de Jean Baubérot e Micheline Milot, os quais apontam haver diferenças entre “a laicidade, como um conceito de análise, e, as laicidades como configurações diversas segundo os espaços nacionais e os momentos históricos” (BAUBÉRO; MILOT, 2011, p. 8). Portanto, existem diferentes laicidades, de acordo com o processo de laicização de cada país. Isso significa que um país não passa a adotar políticas laicas ou a empregar, necessariamente, todos os princípios da laicidade ao mesmo tempo ou de um dia para o outro. Trata-se de um processo que se constrói a partir de debates públicos e, até mesmo, algumas vezes, de embates, com a participação dos distintos grupos sociais, os quais clamam pelo legítimo direito de exercer sua liberdade de consciência, frequentemente violada, em razão de imposições de cunho teológico. Mais adiante, exemplificaremos como tais situações ocorrem na prática, seja pela imposição de uma lei, que atinge a todos, seja pela imposição de tradições culturais baseadas em preceitos religiosos impositivos.

Embora pareça um conceito bastante simples e que deveria ser empregado em todos os Estados, a laicidade, ou a *laicização*, tem se mostrado um processo longo e, muitas vezes, difícil, dada a sua complexidade. Jocelyn Maclure e Charles Taylor sustentam que “se deve compreender a laicidade dentro do quadro mais amplo da diversidade de crenças e dos valores aos quais os cidadãos aderem” (MACLURE; TAYLOR, 2010, p. 13). Para os autores, ainda

foi apenas recentemente que o modelo de uma sociedade política fundada, de uma parte, sobre um acordo quanto aos princípios políticos de base e, de outra parte, sobre o respeito da pluralidade de perspectivas filosóficas, religiosas e morais adotadas pelos cidadãos, foi imposto como o modelo mais próximo do possível de conduzir a um viver juntos justo e suficientemente harmonioso. (MACLURE; TAYLOR, 2010, p. 13).

Em resumo, a laicidade é uma ferramenta – ou um modelo de organização social – em que a legitimidade do Estado é obtida a partir da pluralidade e da diversidade, de forma independente das instituições religiosas. Ela visa à convivência harmônica e pacífica dos membros de uma sociedade, sem discriminação direta ou indireta e sem imposição de crenças ou não crenças, mas, ao contrário, defende a inclusão de todas elas.

LAICIDADE E DIREITOS HUMANOS

Conforme foi dito anteriormente, o processo de laicização não é um processo fácil, assim como tampouco parece ter sido fácil estabelecer – e, ainda mais, garantir – os direitos humanos como direitos de todos os indivíduos. Lynn Hunt (2009), em seu livro *A invenção dos Direitos Humanos*, chama a atenção para o fato de que, no primeiro rascunho da Declaração de Independência dos Estados Unidos, preparada em meados de junho de 1776, Thomas Jefferson escreveu:

sustentemos como sagradas e inegáveis estas verdades: que todos os homens são criados iguais e independentes, que dessa criação igual recebem direitos inerentes e inalienáveis, entre os quais estão a preservação da vida, a liberdade e a busca da felicidade. (JEFFERSON apud HUNT 2009, p. 13).

Contudo, essa versão foi revisada e tal redação alterada na versão oficial divulgada posteriormente, ainda em 1776. A nova redação afirmava que

sustentemos como evidentes estas verdades: que todos os homens são criados iguais; que são dotados por seu Criador de certos direitos inalienáveis; que dentre estes estão a vida, a liberdade e a busca da felicidade. (DECLARATION, 1776, tradução nossa).

Essa Declaração se constituiu praticamente em uma promulgação de direitos humanos. Contudo, cabe destacar aqui que, enquanto a primeira versão simplesmente estabelecia que os homens eram criados iguais e independentes e, que a partir dessa criação recebiam direitos inerentes e inalienáveis, já a última versão estabeleceu que o Criador é o responsável por dotar os homens de certos direitos inalienáveis. Embora possa parecer sutil, essa modificação sacraliza os direitos e, além de tudo, suprime o caráter inerente dos direitos, sendo mantido apenas o caráter inalienável dos mesmos.

Ao contrário da Declaração de Independência dos Estados Unidos, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, promulgada em 1789, na França, “não considerava Deus como o autor dos direitos, embora esta tenha sido ‘efetuada em presença e sob os auspícios do ser Supremo’. O art. III laiciza a soberania: ela provém da nação, não existe mais o rei de direito divino” (BAUBÉROT, 2000, p. 7-8). Em outras palavras, a referida Declaração promulga os direitos naturais, inalienáveis e sagrados do homem, como o fundamento de toda forma de governo. Mas, embora seja possível visualizar grandes avanços no sentido de laicização, ainda há menção aos direitos “sagrados”, sendo que essa palavra se refere ao que é relativo ou inerente a Deus, a uma divindade, à religião, ao culto ou aos ritos, ao que é sacrossanto.² E, ainda, apesar de a soberania governamental em muitos países ter se desvinculado do poder de Deus, perdurou – e perdura – a noção sacralizada do Estado em diferentes contextos políticos e geográficos. Exemplo disso é a presença de crucifixos em

² “Sacrossanto. [do lat. *sacrosanctu*]. Adj. 1 Sagrado e santo. 2. Inviolável. 3. Reconhecido como sagrado.” (FERREIRA, 1986).

instituições públicas, as menções a Deus em cédulas monetárias, os feriados religiosos vinculados a apenas uma única confissão religiosa, leis baseadas em preceitos religiosos e inúmeros outros exemplos com que nos deparamos diariamente e dos quais, por terem sido naturalizados, já não nos damos conta.

A já citada Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (HUNT, 2009, p. 229-232), de 1789, em seu art. 10, estabelece que “ninguém deve ser molestado por suas opiniões, mesmo religiosas, desde que sua manifestação não perturbe a ordem pública estabelecida pela lei”. Igualmente, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada pela organização das Nações Unidas, em 1948, em seu art. I, estabelece que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, são dotados de razão e consciência e devem agir fraternalmente uns com os outros”. Já em seu art. II, estabelece que

toda pessoa tem todos os direitos e liberdades proclamados nesta Declaração, sem distinção alguma de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de qualquer outra índole, origem nacional ou social, posição econômica, nascimento ou qualquer outra condição. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

Por fim, outro artigo dessa Declaração que invoca princípios da laicidade é o art. XVIII, que estabelece que

toda pessoa tem direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião; este direito inclui a liberdade de mudar de religião ou de crença e a liberdade de manifestar essa religião ou essa crença pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletivamente, em público ou em particular. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

Assim, a Declaração de 1948 determina com rigor vários preceitos laicos, os quais garantem a liberdade de consciência e a liberdade de expressão. Contudo, cotidianamente, defrontamo-nos com violações, não somente a esses artigos mencionados, como também

aos demais artigos da Declaração, levando-nos a concluir que, mais do que promulgar os direitos humanos, é necessário garanti-los.

Por sua vez, em 2005, foi proclamada, pela Unesco, a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos a qual, em seu art. 3, afirma que “deverão ser respeitadas plenamente a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais” (UNESCO, 2005). Portanto, verifica-se mais uma vez a importância que os documentos relativos aos direitos humanos dão ao respeito pelos direitos e pelas liberdades de todo indivíduo, em consonância com os princípios da laicidade.

Podemos destacar, nos artigos das Declarações citadas acima, a intersecção entre a laicidade e os direitos humanos, no que tange a uma preocupação comum em estabelecer que todo ser humano é livre para exercer sua liberdade de consciência e livre para fazer suas escolhas, desde que não interfiram na ordem pública e que não sejam impostas aos outros. Dentre essas escolhas, encontram-se não somente as escolhas religiosas e de crenças, como aquelas de cunho político-ideológico e de orientação sexual. Entretanto, embora nos últimos anos tenhamos testemunhado avanços em vários países em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, em contrapartida, seguimos vendo que, em alguns outros países, ainda há discriminação de pessoas de orientações sexuais distintas da heteronormatividade, onde somente pessoas heterossexuais gozam de direitos civis, como matrimônio, possibilidade de adoção, transmissão de herança ao cônjuge, entre outros.

LAICIDADE E DIREITOS HUMANOS NO BRASIL

No Brasil, até 1890, a religião oficial do Estado, estabelecida constitucionalmente, era a religião Católica Apostólica Romana. Conforme já mencionado, em 1890, o então presidente, Marechal

Manuel Deodoro da Fonseca, promulgou o Decreto 119-A, instituindo a separação Estado-Igreja. Esse Decreto proibiu a intervenção da autoridade federal e dos estados federados em matéria religiosa, consagrou a plena liberdade de cultos e extinguiu o padroado.³ Embora aquele tenha sido o momento da separação Estado-Igreja no Brasil, muitas atitudes e regras estabelecidas permaneceram sendo utilizadas, e até mesmo naturalizadas, sem que, à época, medidas práticas tenham sido tomadas para efetivar o Decreto. Exemplo disso são os crucifixos que permaneceram e seguem sendo utilizados em edifícios públicos, os feriados em homenagem a santos católicos, o ensino público religioso ministrado por uma única confissão religiosa, a existência de bancadas vinculadas a questões religiosas no Congresso Nacional, entre outros. É importante ressaltar que esses exemplos visam somente a ilustrar o quanto temos uma laicidade defendida nos documentos nacionais, porém pouco efetiva em sua prática cotidiana.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 é um instrumento de grande avanço teórico no que concerne à laicidade, entretanto, pouco respeitado no agir e atuar de muitos cidadãos brasileiros. O art. 5º da Constituição estabelece que “é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e suas liturgias” (BRASIL, 1988). Contudo, não é raro acontecerem violações a esse direito, quando algumas instituições religiosas divulgam que sofreram ataques físicos, ou até mesmo

³ “Delegação de poderes concedida pelos papas – através de bulas – aos reis de Portugal, através da qual o rei passa a ser o patrono e protetor da Igreja, dispondo de obrigações e direitos, tais como: a) zelar e sustentar a igreja em terras de domínio lusitano; b) enviar missionários para as terras descobertas; c) arrecadar dízimos; d) apresentar candidatos aos cargos eclesiásticos, especialmente os bispos, exercendo, assim, poder político sobre os mesmos.” (DIAS FILHO, 2007).

quando determinada pessoa é discriminada em razão de suas crenças. Por sua vez, o art. 19 aponta que

É vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios estabelecer cultos religiosos ou igrejas, subvencioná-los, embaraçar-lhes o funcionamento ou manter com eles ou seus representantes relações de dependência ou aliança, ressalvada, na forma da lei, a colaboração de interesse público. (BRASIL, 1988).

Contudo, frequentemente nos defrontamos com notícias nos meios de comunicação sobre fatos que violam claramente esse artigo constitucional. Temos como exemplo o fato de, em 2015, o então presidente da Câmara dos Deputados, Eduardo Cunha, conduzir com outros deputados, nas dependências da própria Câmara, uma cerimônia religiosa. Ressalta-se que tal situação viola claramente o art. 19 da Constituição Federal. Além disso, em um culto evangélico realizado em março de 2015 no Rio de Janeiro, no templo Vitória em Cristo, Eduardo Cunha prometeu mostrar “aquilo que o evangelho exerce” e lutar para que os princípios da igreja evangélica sejam “levantados e defendidos” no Poder Legislativo (EM CULTO, 2015). A influência direta da religião dentro da Câmara, por influência de seu então presidente, claramente contrariou os princípios da laicidade e a própria Constituição Federal.

Outro exemplo que violou o princípio da laicidade, assim como direitos humanos e os artigos constitucionais citados, foi a proposição da Lei Municipal n.º 3.589, de 2011, em Ilhéus, na Bahia, que imporia a obrigatoriedade da reza da oração Pai Nosso em toda a rede municipal de ensino. A proposição dessa “Lei do Pai Nosso” foi de autoria do vereador evangélico Alzimário Belmonte (PP). Não haveria sanção para quem descumprisse a determinação. No entanto, o Ministério Público da Bahia entrou com Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), com pedido de liminar, alegando que a lei seguia uma via contrária do direito a uma verdadeira emancipação política e sociocultural estabelecida nos atuais moldes do

Estado Laico e democrático. O Tribunal de Justiça da Bahia acatou a liminar e suspendeu a Lei (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA, 2015).

Ainda no mesmo sentido das violações ou tentativas de violação do Estado Laico, o deputado federal Cabo Daciolo, do Rio de Janeiro, apresentou proposta em maio de 2015, visando a alterar o preâmbulo da Constituição Federal, no qual consta que “todo poder emana do povo”, para “todo poder emana de Deus”. O deputado foi expulso do partido do qual fazia parte, PSOL, por afrontar a proposta partidária de defesa do Estado Laico (FRANCO, 2015).

Em abril de 2015, a deputada Liziane Bayer apresentou projeto à Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, visando incluir o estudo do criacionismo nas escolas da rede pública e privada do Estado. A deputada defendeu a proposta com base no art. 5º da Constituição Federal (MAGS, 2015). Contudo, a interpretação da deputada parece ser bastante equivocada. Quando o artigo estabelece que “é inviolável a liberdade de consciência e de crença” (BRASIL, 1988), refere-se claramente à liberdade de cada um crer no que desejar; entretanto, o artigo não faculta, de maneira alguma, a imposição de nenhuma crença sobre os demais. O que a deputada deveria considerar é que o direito à liberdade de crença, previsto constitucionalmente, não dá direito a nenhum cidadão de impor suas próprias crenças aos demais membros da sociedade. Este é justamente um dos mais importantes fundamentos da laicidade: todo cidadão é livre para crer no que desejar, contudo sem impor aos demais suas próprias crenças. Essa é a única maneira de se garantir a liberdade de crenças.

Os exemplos acima não objetivam confrontar as crenças individuais dos cidadãos que professam qualquer confissão religiosa ou crença. No entanto, é preciso distinguir claramente a atuação de um cidadão em defesa de sua liberdade de crença, individual ou coletivamente, da atuação de um representante de vários cidadãos, eleito para defender os interesses de uma sociedade que é plural, cujos di-

reitos constitucionais asseguram a própria liberdade de consciência, bem como de escolher a fé que deseja professar. A crítica aos exemplos acima reside, sobretudo, no fato de todas essas propostas violarem o princípio de neutralidade da laicidade e por imporem a todos os cidadãos escolhas que são individuais dos ditos representantes do povo, porém que, através dessas atitudes, nada mais representavam que seus próprios interesses ou escolhas religiosas. A imposição de determinada crença aos outros viola também os direitos humanos, já declarados e consolidados nos distintos documentos antes apontados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A laicidade pode ser entendida como uma ferramenta ou como uma forma de organização político-social que serve para evitar o favoritismo e a discriminação entre pessoas ou grupos. Não é antirreligiosa, nem anticlerical. Não é neutra em matéria de valores morais, mas propõe a neutralidade do Estado, no sentido da imparcialidade, conforme já comentado, implica em o Estado não tratar de forma privilegiada e não se associar, no que tange às decisões políticas, aos preceitos religiosos de uma ou outra instituição religiosa, e, também, neutralidade no sentido de não obstaculizar o direito à liberdade de religiosidade, crença e opinião.

Por defender o direito à liberdade de consciência, a laicidade é consonante com os direitos humanos já estabelecidos. Embora haja algum questionamento quanto à universalidade dos direitos humanos, é inegável que o direito à liberdade de consciência e, por sua vez, de crenças, defendido tanto pelos princípios da laicidade quanto pelos princípios de direitos humanos, é uma maneira democrática e inclusiva que permite alcançar a harmonia na convivência entre os membros de uma sociedade diversa e plural. Portanto, pelos exemplos expostos acima, torna-se evidente que tais direitos não podem seguir sendo viola-

dos, inclusive utilizando-se de interpretações equivocadas dos princípios constitucionais.

Cabe à sociedade e, conseqüentemente, a cada um de seus membros, estarem atentos ao seu próprio agir, às atuações daqueles que foram escolhidos para representar o povo nas instâncias políticas decisórias, e ao cumprimento das declarações de direitos humanos, assim como dos princípios constitucionais.

Por fim, é importante ressaltar que a laicidade visa somente à inclusão e ao respeito por todas as liberdades de consciência, sejam elas de religiosidade, crença, ideologia, orientação sexual, ou outra, sem discriminação nem imposição aos demais. Não se trata de impedir alguém de exercitar seu direito de liberdade, mas de assegurar que todos possam ter o mesmo direito de escolha e, portanto, de favorecer a harmonia e a convivência pacífica, valorizando a diversidade.

REFERÊNCIAS

BAUBEROT, Jean. *Histoire de la Laïcité en France*. Paris: PUF, 2000.

_____. *Les Laïcité dans le monde*. 2. ed. Paris: PUF, 2009.

BAUBEROT, Jean; MILOT, Micheline. *Laïcité sans frontières*. Paris: Éditions du Seuil, 2011.

BLANCARTE, Roberto. *Para entender o Estado Laico*. México D.F.: Nostra Ediciones, 2008.

BRASIL. 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 out. 1988.

DECLARAÇÃO Universal da Laicidade no Século XXI. 2005. Disponível em: <http://www.nepp-dh.ufrj.br/ole/disponiveis1.html>. Acesso em: 7 fev. 2019.

DECLARATION of Independence: A Transcription. In Congress, July 4, 1776. 4 jul. 1776. *National Archives*. Disponível em: <<https://www.archives.gov/founding-docs/declaration-transcript>>. Acesso em: 24 fev. 2019.

DIAS FILHO, Geraldo. *Padroado*. 25 out. 2007. Dicionário Informal. Disponível em: <<https://www.dicionarioinformal.com.br/padroado/>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

EM CULTO evangélico, Eduardo Cunha diz que maioria do Brasil é conservadora. *Revista Fórum*. 2 mar. 2015. Disponível em: <http://www.revistaforum.com.br/2015/03/02/em-culto-evangelico-eduardo-cunha-diz-que-maioria-brasil-e-conservadora/>. Acesso em: 11 out. 2015.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda . *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1986.

FRANCO, Bernardo Mello. PSOL expulsa deputado que tenta trocar o povo por Deus na Constituição. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 16 maio 2015. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/poder/2015/05/1630061-psol-expulsa-deputado-que-tenta-trocar-o-povo-por-deus-na-constituicao.shtml>. Acesso em: 11 out. 2015.

HUNT, Lynn. *La Invención de los Derechos Humanos*. Barcelona: Tusquets Editores, 2009.

MACLURE, Jocelyn; TAYLOR, Charles. *Laïcité et liberté de conscience*. Paris: La Découverte, 2010.

MAGS, André. Deputada defende ensino do criacionismo em escolas gaúchas. *Zero Hora*, Porto Alegre, 30 abr. 2015. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2015/04/deputada-defende-ensino-do-criacionismo-em-escolas-gauchas-4751196.html>>. Acesso em: 12 out. 2015.

MILOT, Micheline. *La laïcité*. Ottawa: Novalis, Université Saint-Paul, 2008.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA. MP propõe ao TJ Adin contra lei de Ilhéus que obriga os alunos de Ilhéus a rezarem o Pai Nosso. *Jus Brasil*. Disponível em: <http://mp-ba.jus-brasil.com.br/noticias/3039469/mp-propoe-ao-tj-adin-contra-lei-de-ilheus-que-obriga-os-alunos-de-ilheus-a-rezarem-o-pai-nosso>. Acesso em: 11 out. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal de Direitos Humanos*, de 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

UNESCO. *Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos*. 2005. Ed. da UNESCO - Portugal. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por>. Acesso em: 7 fev. 2019.

12. SOCIOLOGIA, SAÚDE, DIREITO E DIREITOS HUMANOS

Aline Winter Sudbrack¹

Umberto Guaspari Sudbrack²

A sociologia surgiu no século XIX em decorrência das transformações sociais, políticas e econômicas ocorridas na sociedade ocidental. O desenvolvimento do método científico, em diversos setores do conhecimento, criou um contexto de transformações estruturais nos países europeus que culminou com mudanças em contextos sociais, econômicos e políticos. No bojo dessas mudanças revolucionárias, a sociologia estruturou-se enquanto uma ciência que se propunha, não somente a explicar a sociedade, como também a transformá-la. Os fundadores da sociologia almejavam criar uma metodologia científica inovadora, que lhes permitisse o controle da

¹ Doutora em Sociologia (UFRGS). Mestre em Antropologia Social (UFRGS). Professora de Sociologia e Antropologia (UFCSPA).

² Doutor em Direito pela Universidade de Paris 1 (Panthéon-Sorbonne). Desembargador do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Foi professor de Direito Penal e Criminologia na Universidade de Caxias do Sul, na UNISINOS, na FURG e na UFRGS. Membro da Comissão de Direitos Humanos do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul.

história, assim como as ciências naturais objetivavam o controle da natureza. A vocação da sociologia é, portanto, fornecer racionalmente quadros gerais de sentido do mundo a sociedades complexas. Segundo Bauman,

[...] figurações, redes de dependência mutual, condicionamentos recíprocos da ação e expansão ou confinamento da liberdade dos atores estão entre as mais preeminentes preocupações da Sociologia. Por isso, e porque, não importando o que façamos, somos dependentes dos outros, poderíamos dizer que a questão central da Sociologia é: como os tipos de relações sociais e de sociedades em que vivemos tem a ver com as imagens que formamos uns dos outros, de nosso conhecimento, nossas ações e suas consequências? São questões desse tipo – partes das realidades práticas da vida cotidiana – que constituem a área própria da discussão sociológica e definem a Sociologia como ramo relativamente autônomo das ciências humanas e sociais. Logo, aprender a pensar com a sociologia é uma forma de compreender o mundo dos homens que também abre a possibilidade de pensá-lo de diferentes maneiras. (BAUMAN; MAY, 2010, p. 17).

A sociologia nos fornece um mapa para a interpretação do mundo social. Sua ação eficaz sobre a realidade advém de um árduo trabalho técnico e institucional, coletivo e complexo que lança mão de recursos das demais áreas de conhecimentos especializados.

Na atualidade, o processo conhecido como globalização desencadeou transformações na produção, consumo e trabalho em todas as partes do planeta. Em tal contexto, as interações sociais passam por mutações constantes, mediante processos simultâneos de integração e exclusão, massificação e individualização, além de avanço científico e tecnológico que contrasta com precárias condições de vida, de educação, de saúde, de moradia e de trabalho. Como afirmou Giddens,

[...] a globalização está sacudindo nosso modo de vida atual, não importa o que sejamos. Não se trata – pelo menos no momento – de uma ordem global conduzida por uma vontade humana coletiva. Ao contrário, ela está emergindo de uma maneira anárquica, fortuita, trazida por uma mistura de influências. A impotência que experimentamos não é um sinal de deficiências individuais, mas reflete a incapacidade de nossas instituições. Precisamos

reconstruir as que temos, ou criar novas. Pois a globalização não é um acidente em nossas vidas. É uma mudança de nossas próprias circunstâncias de vida. É o modo como vivemos agora. (GIDDENS, 2005, p. 28-29.)

No meio ambiente, os problemas de degeneração da biosfera assumiram um caráter universal, na medida em que a expansão do sistema capitalista, com suas características implícitas de concentração de renda, hegemonia de grandes grupos corporativos e desca-so com as questões sociais, tem trazido dificuldades de toda ordem. Uma das mais graves é a estagnação da economia, a partir do final do século XX, com a consequente marginalização socioeconômica de grandes contingentes populacionais, em especial, nos países periféricos.

O gradual enfraquecimento das políticas públicas, como saúde, educação e moradia, cedeu lugar ao discurso de que devemos nos adaptar, inevitavelmente, ao mercado globalizado. Assim, o desemprego e a exclusão social são fatores relevantes que fazem pensar no recrudescimento das violências, inclusive a simbólica,³ em nossa sociedade. Além dos problemas de saúde física e psicológica, os excluídos do sistema vivenciam um sentimento de isolamento e desamparo, pois são, continuamente, alijados das estruturas de bens e serviços.

Os apelos da sociedade de consumo que incitam à obtenção de bens materiais, como garantia de felicidade e prestígio social, atingem todos, mesmo os mais bem situados na pirâmide social. As grandes tensões estão ligadas às desigualdades sociais originadas da brutal concentração de renda e ao processo de desestruturação da identidade do indivíduo que, no mundo globalizado, vive uma cri-

³ Segundo Pierre Bourdieu: “a violência simbólica é uma violência que se exerce com a cumplicidade tácita daqueles que a sofrem e também, frequentemente, daqueles que a exercem na medida em que uns e outros são inconscientes de exercê-la ou sofrê-la.” (BOURDIEU, 1989, p. 16).

se de valores sem precedentes na história do ser humano moderno. Com efeito, na atualidade, quando até mesmo as funções de alto nível são desvalorizadas, a flexibilização do trabalho e o desenvolvimento tecnológico estão reduzindo o mercado a uma lógica cruel em que a mobilidade exigida para os novos tempos competitivos é o fator decisivo para explicar o desemprego em massa (SUDBRACK, 2000, p. 33).

A explicação histórica para a impossibilidade de se estabelecer na sociedade brasileira a cidadania plena pode ser buscada na herança social marcada pela extrema hierarquização social e por um forte autoritarismo de Estado, elementos ainda hoje presentes na vida nacional. Em virtude disso, persiste, no Brasil, uma organização elitista e hierárquica da sociedade, tolhendo a igualdade de tratamento dos indivíduos no plano legal e reivindicatório, além de um autoritarismo que reprime as manifestações das classes subalternas por vê-las como um risco para a ordem pública.

No Brasil, não há uma distribuição equitativa e equânime dos direitos, pois não foi garantida a universalização desses, tendo em vista que a sociedade é desigual e sujeita a clivagens, tais como: situação ocupacional, taxa de escolaridade, gênero, etnia, origem regional e idade.

No País, ainda se pode falar na sobrevivência de múltiplas formas de autoritarismo, através das diversas modalidades de opressão e agressão às liberdades civis e democráticas. Há baixa participação dos cidadãos nas organizações representativas dos diferentes grupos sociais e, na lógica cultural do capitalismo tardio, há uma pluralidade de diferentes tipos de normas sociais. A fragilidade de nossas tradições históricas e políticas em denunciar discriminações contribui para solidificar o mito de que nossas relações raciais, por exemplo, não são conflituais. É recorrente o fenômeno conhecido como naturalização, no qual as assimetrias de classe parecem natu-

rais e não o resultado de processos históricos profundamente enraizados na história social dos povos e na formação dos Estados-nação. Naturalizar significa uma ordem a-histórica ou trans-histórica destituída de interesses particulares e contingentes, representando apenas os atributos da espécie humana e das divindades que a criaram. A naturalização pode assentar sobre bases tão diversas quanto a teologia, a ciência (endodeterminismo) ou a civilização. Toda e qualquer hierarquia social faz apelo a uma ordem natural que a justifique, ainda que tais justificativas e racionalização possam se fazer de diferentes maneiras.

Na consolidação da democracia, fomos confrontados com a necessidade da efetivação dos direitos humanos que, em sintonia com os Objetivos do Milênio,⁴ não devem se restringir mais à garantia de liberdades fundamentais, mas sim abranger a implantação de políticas sociais identificadas com a participação social. A sociedade deve se aproximar do Estado, numa participação ativa e consciente, para que o saber e a experiência popular sejam aproveitados na elaboração das políticas e na tomada de decisões.

Na Modernidade, muitos direitos estão estabelecidos pela legislação e, em tese, alcançam todos os indivíduos sem restrições. Os direitos humanos estão relacionados diretamente ao conceito de cidadania que vem a ser um conjunto de direitos e liberdades políticas, sociais e econômicas, já estabelecidos ou não pela legislação. Vale salientar que, no Brasil, na prática há uma reiterada inobservância

⁴ As metas dos objetivos do milênio foram estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000 com o apoio de 191 nações, e ficaram conhecidas como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). São eles: 1 – acabar com a fome e a miséria; 2 – oferecer educação básica de qualidade para todos; 3 – promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4 – reduzir a mortalidade infantil; 5 – melhorar a saúde das gestantes; 6 – combater a AIDS, a malária e outras doenças; 7 – garantir qualidade de vida e respeito ao meio-ambiente; 8 – estabelecer parcerias para o desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2000).

desses direitos de cidadania para um contingente da população desassistido em suas necessidades mais elementares. O exercício da cidadania é a forma de fazer valer suas prerrogativas, exigindo a observância dos direitos e zelando para que não sejam desrespeitados.

Portanto, a educação para a cidadania é um dos caminhos que deve propiciar aos indivíduos o entendimento de questões fundamentais, tais como o contexto social no qual estão inseridos e a consciência de seu papel na sociedade.

SOCIOLOGIA E SAÚDE

Um grande problema no Brasil é a dissociação entre teoria e prática em relação à observância dos direitos fundamentais da população. Apesar do fortalecimento de novos governos democráticos, persiste a desigualdade em vários níveis, tanto institucionais, quanto sociais. A busca da sociedade por justiça se expressa diariamente, por meio da ação punitiva contra os moradores de rua e de bairros pobres, das áreas urbanas “proibidas”, e também contra os considerados indolentes e marginais.

Os impactos da exclusão social e econômica sobre a saúde decorrem de diferentes mecanismos que envolvem a segregação residencial e ocupacional, com aumento da probabilidade de exposição a experiências pessoais de discriminação. Tais impactos também são observados na possibilidade de se viver em bairros sem acesso a condições mínimas de vida saudável; no aumento do risco de exposições a contaminantes ambientais; no acúmulo de sensações de medo e raiva; no aumento de comportamentos não saudáveis como o consumo de álcool, drogas e tabaco; nos diagnósticos e nos tratamentos tardios ocasionados pelo difícil acesso aos serviços de atenção primária à saúde e aos tratamentos terapêuticos, agravados pela discriminação institucional. Os indicadores de classe social, variá-

veis isoladas como escolaridade e classes ocupacionais, ou mesmo as condições materiais de existência indicam o perfil epidemiológico da população.

Maria Cecília Minayo enfatiza que a transformação do setor da saúde passa pelo reconhecimento das desigualdades sociais e pelos processos que as produzem e que caracterizam a violência simbólica. Tais exigências são condição *sine qua non* para que se busquem formas de enfrentamento, tanto no âmbito das políticas públicas, quanto na vida cotidiana (MINAYO, 2006).

O binômio saúde e desigualdade tem sido evidenciado em diversas pesquisas. Mesmo em países desenvolvidos como a Inglaterra, por exemplo, a análise do destino de cerca de 45.000 pacientes, com idade média de 65 anos, que haviam passado por cirurgias cardíacas, mostrou que o número de óbitos após a cirurgia dependia grandemente da situação social dos pacientes. Causas de morte como fumo, obesidade e diabetes afetam mais os pobres do que os ricos. Assim, sustenta Bauman, a forma como a riqueza é distribuída e o grau de desigualdade social influem profundamente na saúde da população (BAUMAN, 2011, p. 104).

SOCIOLOGIA E DIREITO

O positivismo influenciou e ainda influencia a sociologia e o direito; surgiu em 1816, sob a liderança de Augusto Comte, e foi produto da burguesia nascente. As novas tarefas científicas, nas cidades da indústria que se expandia, exigiam a elaboração teórica dos problemas de mecânica. Era necessário elaborar uma base metodológica das ciências. Esse raciocínio mecanicista, subordinado à lei da causalidade física, transplantou-se para a sociologia. Para o positivismo, é possível que o conhecimento seja objetivo. O conhecimento encontra-se fora do observador, e não estaria impregnado por sua

subjetividade, nem por suas circunstâncias pessoais. A ciência é neutra e objetiva porque o observador está separado da realidade.

Quando César Lombroso, penalista italiano, no século XIX, recolheu essas ideias do positivismo científico e investiu-as na explicação do homem delinquente, formou-se a Escola Positiva, podendo-se falar, aí, do surgimento da criminologia, chamada, então, de antropologia criminal. Fizeram parte dessa escola Garófalo, jurista, e Ferri, vinculado à sociologia criminal. Ferri não logrou fugir do determinismo positivista, pois adotava, na explicação da criminalidade, a relação causal, própria do positivismo da época.

A grande falha da Escola Positiva foi a limitação ideológica, a qual impôs uma análise mecanicista que impedia a percepção do problema do conflito a envolver diversos fatores interagindo. Camuflou uma visão mais livre e totalizadora da realidade, atribuindo o desvio e o crime a causas de ordem biológica ou biológica e social.

A sociologia de Emilio Durkheim também cedeu às linhas positivista e naturalista de redução causal. A ideia de anomia, por ele criada, vincula-se à visão positivista. O mesmo ocorreu com a anomia de Merton, já no século XX, embora o autor norte-americano tivesse uma postura mais realista. Todos se vinculam à chamada criminologia clássica ou tradicional, de índole causalista.

A criminologia crítica, por sua vez, relacionou-se com os direitos humanos, porque buscava desvendar as relações de poder, denunciando os mecanismos opressivos do controle penal e social. As relações de poder seriam aquelas entre os grupos ou classes sociais, inclusive as frações de classe, o que leva à percepção do caráter conflitivo na sociedade, em vez do caráter consensual defendido pela criminologia tradicional.

A força do positivismo entre os juristas latino-americanos é imensa. Para combatê-la, necessita-se da sociologia. Aliás, historicamente, é sob influência da sociologia que o direito passou a se

preocupar com a síntese, num modelo que preserva as liberdades políticas, eliminando as desigualdades sociais e percebendo a ligação incontornável entre o jurídico e a observância dos direitos humanos.

A pobreza gerou a denominação de “classes perigosas” àqueles segmentos das camadas populares, em particular à classe trabalhadora, que passaram a sofrer forte controle social e penal pelo Estado, representado este por suas classes favorecidas. Até hoje, as “classes perigosas” ou os “inimigos internos” da sociedade, no Brasil, em especial, são os pobres, os negros, as mulheres, os homossexuais, os idosos, que se encontram entre as camadas mais frágeis da população.

A violência praticada pelo Estado e pela própria sociedade contra a maioria da população brasileira é histórica. Os grupos dominantes exercem o controle social e penal sobre os setores excluídos da população. A violência contra segmentos desfavorecidos tem origem em práticas anteriores, por exemplo, aquelas existentes quando da instauração do regime colonial e durante o período escravagista e se mantém até nossos dias, independentemente de o regime político ser mais autoritário ou mais democrático. Ocorre no Brasil um fenômeno, segundo o qual, embora tenhamos leis e princípios constitucionais liberais, eles convivem com práticas autoritárias, violadoras dos direitos humanos, como, por exemplo, abusos de autoridade, violência policial, extermínio, linchamentos.

Nas nações latino-americanas em geral, e particularmente no Brasil, onde a influência do formalismo jurídico é grande, a democracia, para ser garantida, necessita não só das declarações de direitos humanos, mas, sobretudo, da efetividade de tais direitos. Não basta, como fazem as concepções jurídicas tradicionais, enfatizar os direitos humanos: é preciso dar-lhes força normativa, o que exige a implantação de mecanismos internacionais e regionais em sua defesa. Aliás, como salienta Bobbio, o maior problema dos direitos hu-

manos hoje “não é mais o de fundamentá-los, e sim o de protegê-los. É, portanto, a sua efetivação.” (BOBBIO, 1992, p. 25).

Tratando-se de segurança pessoal e de segurança coletiva, impõe-se a adoção de mecanismos de agir solidário, porque o princípio da solidariedade, como acentua Comparato, é o fecho de abóbada do sistema de princípios éticos, já que complementa e aperfeiçoa a liberdade, a igualdade e a segurança (COMPARATO, 2006, p. 577).

Sendo o mundo do jurista fortemente específico, surge uma tendência ao conservadorismo, evidenciado pela ausência de consciência crítica e de impermeabilidade em relação às outras ciências, principalmente as humanas. Isso deve servir de alerta, não só à formação dos estudantes de direito, mas também àquela dos operadores do direito. Os profissionais do direito devem buscar a interdisciplinaridade, aproximando a ciência jurídica de outras ciências, e em particular, da sociologia. A legitimidade do sistema jurídico em geral está condicionada à efetiva proteção dos direitos, inclusive os econômicos e sociais.

Mireille Delmas-Marty referiu que a miséria, longe de ter recuado, parece acompanhar a globalização econômica que avança. Desde o fim da Guerra Fria, fica óbvio que a Organização Mundial do Comércio (OMC) não poderá menosprezar a proteção dos direitos fundamentais, seja na saúde, no meio ambiente ou no respeito aos direitos sociais, tanto dos trabalhadores quanto dos excluídos (DELMAS-MARTY, 2003, p. 3).

Conforme Plauto Faraco de Azevedo, é preciso sempre ter em vista, no trato dogmático do direito, os contornos sociais, para que os problemas humanos concretos não sejam obscurecidos pelo formalismo, afastados, assim, da vida. O positivismo jurídico, querendo conhecer só o que o direito é, isola o direito da realidade social a que deve servir e, ao suprimir a instância crítica, mutila a realidade ontológica do direito. A metodologia derivada do positivismo

jurídico, embora sua pretensão à cientificidade, representa perigoso ingrediente de desagregação social. Uma concepção totalizadora do direito penal não pode excluir as perspectivas propiciadas pela filosofia e pela sociologia do direito, de maneira a propiciar ao jurista o questionamento das instituições e a aferição da eficácia do direito, levando em conta os valores socialmente aceitos e a determinação dos efeitos sociais decorrentes da aplicação das normas jurídicas (AZEVEDO, 1989, p. 73).

O equilíbrio das decisões judiciais necessita do amparo da sociologia. Mesmo que estejamos vinculados historicamente ao sistema europeu-continental de direito, um sistema legalista, e não ao do *common law*, o do precedente jurisprudencial, o qual permite com mais facilidade a decisão jurídica de fundamento sociológico, pode o juiz decidir com base nos princípios constitucionais e nos princípios gerais de direito, em detrimento da interpretação literal da lei.

A cultura humanista e a consciência crítica dos operadores do direito hão de levar à reflexão de que o direito pode e deve mudar a sociedade, desiderato para cuja concretização a sociologia servirá de base.

SOCIOLOGIA E DIREITOS HUMANOS

Conforme Dallari, há certos direitos que nem as leis nem as autoridades públicas podem contrariar. Esses direitos estão quase todos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada pela ONU, em 1948, e que se encontram também enumerados na Constituição Brasileira de 1988. Toda pessoa tem direitos pelo simples fato de ser uma pessoa humana. Assim, por exemplo, todos têm direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança, à propriedade (art. 5º da CF/1988). A Constituição consagra um capítulo aos direitos individuais (Capítulo I, arts. 5º a 17) (DALLARI, 1984, p. 10).

Já Almeida, afirma que direitos humanos são ressalvas e restrições ao poder político ou imposições a este, expressas em declaração, dispositivos legais e mecanismos privados e públicos, com o objetivo de fazer respeitar e concretizar as condições de vida que possibilitem a todo ser humano manter e desenvolver suas qualidades peculiares de inteligência, dignidade e consciência, e permitir a satisfação de suas necessidades materiais e espirituais (ALMEIDA, 1996, p. 24).

Existem várias classificações de direitos humanos. Uma delas é feita conforme a história de seu surgimento, considerando-se três gerações de direitos: a) *1ª geração* – os direitos civis e políticos, direitos clássicos, negativos pois exigem abstenção por parte do Estado (o Estado não pode prender, processar, tributar, etc.), sem previsão legal os quais foram universalizados pela Revolução Francesa do fim do século XVIII e explicitados, atualmente, no Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, aprovado pela XXI Assembleia Geral da ONU, em 16 de dezembro de 1966, e em vigor internacionalmente a partir de 23 de março de 1976; b) *2ª geração* – os direitos econômicos, sociais e culturais, surgidos em meados do século XIX, com a Revolução Industrial e o advento de grandes massas de operários e outros trabalhadores, consubstanciados, hoje, no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, aprovado pela XXI Assembleia Geral da ONU, em 16 de dezembro de 1966 e em vigor internacionalmente desde 3 de janeiro de 1976; c) *3ª geração* – os direitos de solidariedade internacional, dos quais os beneficiários são, não só os indivíduos, mas também os povos; trata-se de direitos surgidos durante e após a II Guerra Mundial e consubstanciados na Carta das Nações Unidas de 1945 e em muitas convenções internacionais, que abrangem os novos direitos.

Piovesan destaca que a difusão dos direitos humanos em nível internacional constitui um movimento extremamente recente na história, surgindo no pós-guerra, como resposta às atrocidades e aos hor-

rores cometidos durante o nazismo. Surge, então, um novo paradigma ético a orientar a ordem internacional contemporânea, representado pelos direitos humanos reconhecidos pela organização de estados nacionais (PIOVESAN, 2006, p. 6-7).

Assim, consolida-se o chamado direito internacional dos direitos humanos, em meados do século XX, em decorrência da Segunda Guerra Mundial, face às terríveis violações de direitos humanos perpetrados pelos nazistas e devido à crença de que parte delas poderia ter sido prevenida se um efetivo sistema de proteção internacional existisse. A barbárie do totalitarismo significou a ruptura do paradigma dos direitos humanos, através da negação do valor da pessoa humana como fonte do direito. Agora, a preocupação vem a ocorrer com o direito de alguém ser sujeito de direitos.

Os mecanismos e os sistemas internacionais e regionais de proteção dos direitos do homem devem ser conhecidos, face à possibilidade de aplicação de suas normas em complementaridade ao direito nacional. A essência do direito, enquanto parte da dialética social, não se limita ao aspecto interno do processo histórico mas possui uma raiz internacional, tendo em vista que é nessa perspectiva que se definem os padrões de atualização jurídica, segundo os critérios mais evoluídos. A visão jurídica não pode se omitir frente às instituições internacionais, sob o pretexto de que o direito Internacional não seria jurídico porque as soberanias dos diferentes países não tolerariam repercussões internas, salvo quando aderissem aos pactos internacionais. O princípio de autodeterminação dos povos e as soberanias nacionais não impedem certamente a ação e mesmo as sanções internacionais na hipótese de ocorrência de graves violações do direito (LYRA FILHO, 1980, p. 32).

É preciso, portanto, buscar novos paradigmas capazes de legitimar o sistema jurídico e nos quais o conhecimento e o emprego das ciências próximas ao direito sejam importantes e levem a uma verdadeira interdisciplinaridade. O direito interno é insuficiente para resolver

o problema das violações de direitos fundamentais no Brasil, sendo necessária a aplicação de princípios supranacionais, bem como a jurisdição internacional e/ou regional para combater tais violações. A integração do direito internacional com o direito interno brasileiro impõe-se, não procedendo os argumentos de que a aceitação das jurisdições supranacionais, no âmbito dos direitos humanos, fere a soberania nacional. Tal postura corresponde a uma perspectiva tradicional e autoritária, própria de uma visão jurídica positivista.

CONCLUSÃO

A sociologia surge no século XIX como consequência das transformações sociais, políticas e econômicas ocorridas na sociedade ocidental. Propunha como ciência explicar e transformar a sociedade. Buscava, assim, fornecer racionalmente quadros gerais de significado de mundo a sociedades complexas. Sua ação sobre a realidade advém de um trabalho técnico e institucional, coletivo e complexo que se vale de outras áreas do conhecimento. Daí a importância da interdisciplinaridade.

A globalização gerou transformações na produção, no consumo e no trabalho em todas as partes do planeta. Nesse contexto, alternam-se processos de integração e exclusão, massificação e individualização, além de avanço científico e tecnológico que contrastam com precárias condições de vida, educação, saúde, moradia e trabalho. Outras características do mundo globalizado são a concentração de renda, a hegemonia de grandes grupos corporativos e o descaso com as questões sociais, além do enfraquecimento de políticas públicas como saúde, educação e moradia. Predominam grandes tensões ligadas às desigualdades sociais decorrentes da brutal concentração de renda e ao processo de desestruturação da identidade do indivíduo.

Na sociedade brasileira, a hierarquização social e o autoritarismo do Estado, ainda presentes na vida nacional, são responsáveis pela ausência da cidadania plena, podendo-se falar em “classes perigosas” e em “inimigos internos da sociedade”. Há, no País, uma contradição entre teoria e prática, pois possuímos leis e princípios constitucionais liberais convivendo com práticas autoritárias, cuja origem está no regime colonial e no período escravagista, mas que se mantém até hoje.

A sociologia positivista impõe uma análise mecanicista que nega a ideia de conflito, camuflando uma visão totalizadora da realidade. Essa postura conservadora foi passada ao direito, o qual necessita de se libertar da força do positivismo com auxílio da sociologia crítica, buscando a síntese, num modelo que preserve as liberdades políticas, elimine as desigualdades sociais e perceba a ligação incontornável entre o jurídico e a observância dos direitos humanos. A cultura humanista e a consciência crítica dos operadores do direito hão de levar à reflexão de que o direito pode e deve mudar a sociedade, desiderato para cuja concretização a sociologia servirá de base.

A interdisciplinaridade enseja que os operadores do direito e os profissionais das ciências sociais trabalhem em conjunto, propiciando, assim, uma maior compreensão da realidade. Paralelamente, há de se integrar o direito internacional com o direito interno, aplicando-se princípios supranacionais, bem como a jurisdição internacional e/ou regional para combater as violações de direitos humanos.

A sociologia propicia o amadurecimento de uma consciência crítica que é importante para o desenvolvimento e a consolidação da comunidade moral que deve lutar pelo fortalecimento da sociedade civil, assentada sobre valores democráticos. É mister que os atores sociais se conscientizem, o quanto antes, da importância de seu papel e do quanto a sociedade necessita da força de seus membros para mudar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Fernando Barcellos de. *Teoria geral dos Direitos Humanos*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1996.

AZEVEDO, Plauto Faraco de. Dogmática Penal e Estado. *Revista da AJURIS*, n. 46, 1989.

BAUMAN, Zygmunt. *44 Cartas do mundo líquido moderno*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

BAUMAN, Zygmunt; MAY, Tim. *Aprendendo a pensar com a Sociologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

CANIVEZ, Patrice. *Educar o cidadão?* Campinas: Papyrus, 1991.

CASTRO, Ana Maria; DIAS, Edmundo Fernandes. *Introdução ao pensamento sociológico: Émile Durkheim, Max Weber, Karl Marx e Talcott Parsons*. São Paulo: Centauro, 2001.

CHEVALIER, Louis. *Classes laborieuses et classes dangereuses*. Paris: Hachette, 1984.

COMPARATO, Fábio Konder. *Ética*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

DALLARI, Dalmo. *O que são direitos das pessoas?* São Paulo: Brasiliense, 1984.

DELMAS-MARTY, Mireille. *Tribunais internacionais e globalização*. Conferência proferida no II Fórum Mundial de Juizes, Porto Alegre, janeiro de 2003, mimeo.

DOMINGUES, José Maurício. *Teorias sociológicas no século XXI*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

GIDDENS, Anthony. *Mundo em descontrole: o que a globalização está fazendo de nós*. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.

HERPIN, Nicolas. *A Sociologia americana*. Porto: Afrontamento, 1982.

LYRA FILHO, Roberto. *Para um Direito sem dogmas*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1980.

LOMBROSO, César. *O homem delinquente*. Porto Alegre: Ricardo Lenz, 2001.

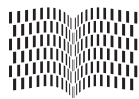
MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Os objetivos de desenvolvimento do milênio*. 2000. Disponível em: <http://www.odm-brasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>. Acesso em: 6 out. 2018.

PIOVESAN, Flávia. Direitos Humanos e o Direito Constitucional – Direito Constitucional Módulo V. In: SCHILLING, Maria Luíza Bernardi Fiori. *Caderno de Direito Constitucional*. Porto Alegre: Escola da Magistratura do Tribunal Regional Federal da 4ª Região. 2006, p. 6-7.

SUDBRACK, Aline Winter A beleza da sociedade globalizada. *Ciência em Movimento*, n. 3, 2000, p. 32-36.

TURNER, Jonathan. *Sociologia: conceitos e aplicações*. São Paulo: Makron Books, 1999.



Editora da
UFCSPA