



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 43, NÚMERO ESPECIAL 8
RIO DE JANEIRO, DEZ 2019
ISSN 0103-1104

Outros olhares para a Reforma Sanitária Brasileira

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2017-2019)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2017-2019)

Presidente:	Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente:	Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Diretor Administrativo:	José Carvalho de Noronha
Diretora de Política Editorial:	Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos:	Alane Andreilino Ribeiro Ana Maria Costa Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues Cristiane Lopes Simão Lemos Stephan Sperling

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
José Ruben de Alcântara Bonfim
Luísa Regina Pessôa
Suplentes | *Substitutes*
Alcides Silva de Miranda
Maria Edna Bezerra Silva
Simone Domingues Garcia

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Agleildes Arichele Leal de Queirós
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Cornelis Johannes van Stralen
Grazielle Custódio David
Isabela Soares Santos
Itamar Lages
João Henrique Araújo Virgens
Jullien Dábini Lacerda de Almeida
Lizaldo Andrade Maia
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

SECRETARIA ADMINISTRATIVA | ADMINISTRATIVE SECRETARY

Cristina Santos

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

A revista Saúde em Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil

EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

Tatiana Wargas de Faria Baptista - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Camila Furlanetti Borges - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Mônica de Rezende - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ) Brasil

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil
Heleno Rodrigues Corrêa Filho - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Debora Diniz - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Diana Mauri - Università degli Studi di Milano, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Ligia Giovanella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia
Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosário - Argentina
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

EDITORAS ASSISTENTES | ASSISTANT EDITORS

Carina Munhoz
Luiza Nunes

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)
Scientific Electronic Library Online (SciELO)
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 43, NÚMERO ESPECIAL 8
RIO DE JANEIRO, DEZ 2019

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

APRESENTAÇÃO | PRESENTATION

5 **Outros olhares para a Reforma Sanitária Brasileira**

Other perspectives on the Brazilian Health Reform

Tatiana Vargas de Faria Baptista, Camila Furlanetti Borges, Mônica de Rezende

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

11 **Na ausência de endereço, onde mora a saúde? Determinantes sociais e populações de ocupações**

In the absence of an address, where does health live? Social determinants and occupation populations

Isabeli Karine Martins Castelaneli, Maria Filomena de Gouveia Vilela, Rubens Bedrikow, Débora de Souza Santos, Maura Cristiane e Silva Figueira

25 **O crack em Manguinhos: a experiência de agentes sociais do território**

The crack in Manguinhos: the experience of social agents of the territory

Viviani Cristina Costa, Marize Bastos da Cunha

36 **Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará**

Rural Family Health Strategy: an analysis from the perspective of popular movements in Ceará

Leandro Araujo da Costa, Fernando Ferreira Carneiro, Magda Moura de Almeida, Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Alexandre Pessoa Dias, Francisco Wagner Pereira Menezes, Vanira Matos Pessoa

50 **Saúde no campo: caminhos percorridos pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST)**

Health in the countryside: paths taken by the Landless Rural Workers Movement (MST)

Camila Goes da Silva, Clara Aleida Prada

66 **O Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental do Ministério da Saúde: a saúde mental da população negra como questão**

The Racism and Mental Health Work Group at the Ministry of Health: mental health of the black population as an issue

Marcos Vinicius Marques Ignácio, Ruben Araujo de Mattos

79 **Vivências de pessoas LGBT em situação de rua e as relações com a atenção e o cuidado em saúde em Florianópolis, SC**

Experiences of LGBT homeless people and its relations with health care in Florianopolis, SC

Dalvan Antonio de Campos, Heitor Mondardo Cardoso, Rodrigo Otávio Moretti-Pires

91 **Caminhos percorridos por transexuais: em busca pela transição de gênero**

Paths taken by transsexuals: in search for gender transition

Otto Felipe Dias Hanauer, Ana Paula Azevedo Hemmi

107 **Proteção social e produção do cuidado a travestis e a mulheres trans em situação de rua no município de Belo Horizonte (MG)**

Social protection and production of care for transvestites and transgender women in homeless situation in the city of Belo Horizonte (MG)

Lindalva Guimarães Mendes, Alzira Oliveira Jorge, Flávia Bulegon Pilecco

-
- 120 Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado**
Sanitary Reform Movement and Union Movement for Workers' Health: an unwanted mismatch
 Francisco Antonio de Castro Lacaz, Ademar Arthur Chioro dos Reis, Edvânia Ângela de Souza Lourenço, Patrícia Martins Goulart, Carla Andrea Trapé
- 133 Outra narrativa no ensino da Reforma Sanitária Brasileira: o debate crítico de uma escolha política**
An alternative narrative in the teaching of the Brazilian Sanitary Reform: the critical debate of a political choice
 Leonardo Carnut, Áquilas Mendes, Maria Cristina da Costa Marques
- 146 Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena**
Dialogues between indigenism and Health Reform: discursive bases of the creation of the indigenous health subsystem
 Ana Lucia de Moura Pontes, Felipe Rangel de Souza Machado, Ricardo Ventura Santos, Carolina Arouca Gomes de Brito
- ENSAIO | ESSAY
- 160 Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades - uma (não) agenda?**
Collective health, coloniality, and subalternities - an (absent) agenda?
 Leandro Augusto Pires Gonçalves, Roberta Gondim de Oliveira, Ana Giselle dos Santos Gadelha, Thamires Monteiro de Medeiros
- 175 O que pode o Sistema Único de Saúde em tempos de necropolítica neoliberal?**
What can the Unified Health System do in times of neoliberal necropolitics?
 Rafael Agostini, Adriana Miranda de Castro
- 189 O saber-corpo e a busca pela descolonização da saúde coletiva**
The body-knowledge and the search for the decolonization of public health
 Flavia de Assis Souza
- 203 'Sobre o conceito da História' na saúde coletiva**
'On the concept of History' in public health
 André Luis de Oliveira Mendonça, Leandro Augusto Pires Gonçalves
- 219 Em busca do tempo perdido: anotações sobre os determinantes políticos da crise do SUS**
In search of lost time: notes on the political determinants of the SUS crisis
 Juarez Rocha Guimarães, Ronaldo Teodoro dos Santos
- 234 Reforma Sanitária Brasileira e o sindicalismo na saúde: quais perspectivas no contexto atual?**
Brazilian Health Care reform and trade unionism in health: what perspectives are there in the current context?
 Renato Penha de Oliveira Santos
- 248 Trajetórias e aproximações entre a saúde coletiva e a agroecologia**
Trajectories and approaches between collective health and agroecology
 Andre Campos Burigo, Marcelo Firpo de Souza Porto

- 263** **A Reforma Sanitária Brasileira e a natureza do Estado: apontamentos críticos sobre a questão agrária**
Brazilian Sanitary Reform and the nature of the State: critical notes on the agrarian issue
 Daniel Figueiredo de Almeida Alves, Leonardo Carnut, Áquilas Mendes
- 276** **Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988**
Feminists movements and the process of Sanitary Reform in Brazil: 1975-1988
 Paloma Silva Silveira, Jairnilson Silva Paim, Karla Galvão Adrião
- REVISÃO | REVIEW
- 292** **Promoção da saúde e efetivação da Reforma Sanitária no contexto dos povos originários**
Health promotion and accomplishment of Health Care Reform in the context of indigenous populations
 Ana Elisa Rodrigues Alves Ribeiro, Regina Célia de Souza Beretta, Wilson Mestriner Junior
- 305** **Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva**
LGBT health policy and its invisibility in public health publications
 Marcos Vinicius da Rocha Bezerra, Camila Amaral Moreno, Nília Maria de Brito Lima Prado, Adriano Maia dos Santos
- RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY
- 324** **Movimentos sociais em luta contra o racismo de Estado e pela vida: contribuições ao debate sobre saúde**
Social movements in the fight against State racism and for life: contributions to the health debate
 Rachel Barros, Maria Paula Bonatto, Mariana Ferreira, Glauca Marinho, Patrícia Oliveira
- ENTREVISTA | INTERVIEW
- 338** **Avançando na construção do SUS: propostas políticas a partir da atuação de Agentes Comunitários de Saúde**
Advancing in SUS construction: political proposals based on the work of Community Health Workers
 Andrea Gomes Siqueira, João Bosco Eleutério de Assis, Wagner Souza, Jorge Antônio dos Santos Nadais
- 350** **A participação do movimento social na Reforma Sanitária Brasileira – entrevista com Jó Rezende e Isabel Cruz**
Social movement's participation in the Brazilian Health Reform – an interview with Jó Rezende and Isabel Cruz
 Jó Rezende, Isabel Cruz, Mônica de Rezende
- RESENHA | CRITICAL REVIEW
- 360** **Ribeiro D. O que é lugar de fala?**
 Gilney Costa Santos
- DOCUMENTO | DOCUMENT
- 363** **Manifesto Ocupação 'A favela ocupa o Abrascão 2018: saúde é democracia, mas qual democracia vivemos nas favelas?'**
Manifest Occupation 'The favela occupies Abrascão 2018: health is democracy, but which democracy do we experience in the favela?'
 Mariana Lima Nogueira, Maria das Mercês Navarro Vasconcellos, Anastácia Ferreira dos Santos, Fábio Monteiro Falcão, Jorge Antônio dos Santos Nadais, Alex da Costa Pessoa, José Beserra de Araújo

Outros olhares para a Reforma Sanitária Brasileira

Tatiana Wargas de Faria Baptista¹, Camila Furlanetti Borges², Mônica de Rezende³

DOI: 10.1590/0103-11042019S800

O CONVITE PARA QUE OUTROS OLHARES ACERCA DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA se apresentem surge em um momento de revoada, com transformações políticas, econômicas e sociais em todos os cantos do planeta, bem como movimentos retrógrados que colocam em xeque os avanços obtidos em décadas de luta por reconhecimento de direitos, penalizando uma vez mais os que ainda buscavam fazer ouvir suas vozes nas sociedades. As respostas e as reações de cada país e de cada localidade aos novos tempos têm sido diversificadas e, muitas vezes, contraditórias, produzindo tensões e insegurança em relação ao que está por vir. Países que ainda lutavam por trilhar direitos ou afirmar suas conquistas têm sofrido de modo especial às investidas neoliberais, conservadoras e, por vezes, fascistas. O Brasil é um exemplo entre muitos que enfrentam o desafio de reposicionamento e de repolitização do debate social com risco de perda dos direitos estabelecidos em lei, tendo ainda que enfrentar uma frágil institucionalidade do exercício democrático e com muitas questões advindas de sua história de colônia e ditadura, o que se expressa em uma estrutura de classe, machista, racista e extremamente desigual.

O objetivo deste número temático foi reunir questões contemporâneas que problematizam o caminho de construção de uma política de saúde no Brasil que garanta a dignidade e o ‘bem-viver’ das populações¹. Desde a Constituição Federal de 1988, vêm sendo feitos esforços de consolidação de direitos, mas uma pauta extensa de reivindicações ainda precisa ser afirmada, lidando com a legítima questão: ‘Direito para quem?’. O processo de luta política no campo da saúde nunca foi simples nem fácil, e as exclusões também sempre estiveram presentes, mesmo que em um cenário menos adverso que o que nos encontramos. Hoje, deparamo-nos com políticas explícitas de retrocesso, com a valorização de uma política de morte, necropolítica nos termos de Mbembe², com genocídio de grupos e pessoas que parecem não ter valor algum para aqueles que lutam por manter seus privilégios.

Nesse cenário, este número apresenta-se como um esforço de resistência. Entendemos que é necessário insistir na pauta da defesa da vida com o compromisso e o respeito à diversidade e ao que somos naquilo que construímos historicamente; isso porque assumimos à risca uma concepção ampliada de saúde que entende que: se tem a ver com gente e com bem-estar de gente e populações, tem a ver com saúde. Cuidar das pessoas, seja da dor física ou do sofrimento, remete também a entender por que e como as pessoas, grupos e populações adoecem e sofrem; como vivem e onde se inserem. A saúde não é algo que se isola no indivíduo. É produto de uma sociedade, de escolhas políticas, econômicas e históricas – e tem a ver, também, com condições de desenvolvimento das potencialidades de todo e cada

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. twargas@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (Laborat) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Departamento de Planejamento em Saúde – Niterói (RJ), Brasil.



indivíduo. Por isso, quando a gente quer saúde, é como dizer que “a gente não quer só comida; a gente quer comida, diversão e arte”³.

Ao provocar outros olhares para a Reforma Sanitária no Brasil, entendendo-a como movimento que sustenta e mobiliza diferentes atores de vários segmentos e setores sociais e institucionais na defesa do direito à saúde, buscamos, sobretudo, valorizar o olhar e a fala das periferias e dos diferentes movimentos, segmentos e grupos sociais que, por muito tempo, foram nomeados como ‘minorias’ e que, desde sempre, enfrentam uma longa história de não reconhecimento e desrespeito.

Com a produção deste número temático, desejamos enunciar um projeto de Reforma Sanitária plural, com a voz de mulheres, populações LGBTQI+, negras, negros, indígenas, ribeirinhos, boias-frias, sem-terra, trabalhadoras, trabalhadores, pessoas privadas de liberdade, portadores de sofrimento psíquico, pessoas com deficiência e tantos outros que são empurrados para a margem das políticas de Estado. Desejamos produzir um espaço no qual essas vozes possam falar por elas próprias, ecoar, discutindo as políticas, o Estado, os direitos e não direitos. Ao propor este número temático, idealizamos uma provocação: quais seriam as questões mobilizadoras de uma reforma sanitária a partir das experiências dessas pessoas? Infelizmente, não foi possível abarcar todas essas vozes neste número, mas esperamos que esta produção se realize como um dispositivo para que novos espaços de vocalização e produção se abram por diferentes lados.

No contato com as leituras sobre o passado e o presente, nos aproximamos de histórias institucionais e de esforços acadêmicos para o desenvolvimento da política nas diferentes áreas de atuação da saúde. Buscamos trazer histórias, relatos e análises sobre a Reforma Sanitária e sobre as políticas e práticas em saúde – que nem sempre alcançam a visibilidade nos meios oficiais e acadêmicos – verbalizados por quem estuda o Sistema Único de Saúde (SUS), usa o SUS, por pessoas e lugares de fala que clamam por uma vida digna e que ainda sonham com um ideal de saúde.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a revista ‘Saúde em Debate’ não só acolheram essa proposta como se constituíram o melhor espaço para provocar esse debate, pois foi nesta revista, desde seu primeiro número, que se promoveu o diálogo entre grupos e saberes e se potencializou a discussão rumo a uma reforma democrática na saúde, em que “todos eram seus construtores”⁴.

Democratizar a saúde hoje e reafirmar o conceito ampliado de saúde exigem que não fechemos os olhos nem ouvidos para o que acontece com as comunidades em todo o País, para as desigualdades de renda estruturais e também para a violência no cotidiano, fruto do racismo e do machismo estruturais. Não é possível garantir saúde sem bem-estar e vida digna. Por um lado, continuamos no embate por investimento em políticas públicas, para garantir trabalho, renda, acesso e posse da terra, habitação, educação, cultura, alimentação, meio ambiente, transporte, liberdade, acesso a serviços de saúde, como consta no Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986; por outro, pautamos a luta contra a cultura colonialista, patriarcal, machista e racista de nosso Estado e sociedade.

Dedicamos este número às lideranças sociais que morreram nos últimos anos lutando na defesa da vida de todos nós. Dedicamos a cada mulher que sofreu violência e que, na sua resistência, denuncia o machismo. À pessoa LGBTQI+ que, ao existir e se afirmar, faz transparecer o cinismo de uma sociedade hipócrita. A toda mulher preta e homem preto que diante da violência que enfrentam cotidianamente mostram o racismo que habita em nós. Aos povos indígenas que resistem e sobrevivem revelando a potência do que é a luta quando se pensa junto. A todas e todos trabalhadores de saúde, gestores, professores e

pesquisadores que compreendem que seu lugar nisso tudo é participar da luta diária e ajudar a construir mediações para alcançar uma vida melhor para todos. Finalmente, às crianças que tiveram seu direito de existir ou sua potência de futuro ceifado pela violência e por falta de acesso à educação e à saúde. Não podemos permitir que isso continue ocorrendo.

Agradecimentos

Este número especial é um dos produtos da pesquisa ‘Caminhos e Percalços da Saúde no Brasil: uma análise sobre os discursos de reforma sanitária no século XX’, que contou com o financiamento da Fundação Oswaldo Cruz pelo Projeto PAPES IV – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Colaboradores

Baptista TWF (0000-0002-3445-2027)*, Borges CF (0000-0002-0418-739X)* e Rezende M (0000-0001-8710-4598)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Acosta A. O Bem Viver. Uma oportunidade para imaginar outros mundos. São Paulo: Elefante; 2019.
2. Mbembe A. Necropolítica. São Paulo: N1 Edições; 2018.
3. Merhy E. Saúde Pública em mim: mais que um caso de amor, um intercessor. In: Santos L, Andrade LOM. Saúde Pública, Meu Amor. Campinas: Saberes; 2013. p. 301-330.
4. Titãs. Comida. In: Titãs. Jesus não tem dentes no país dos banguelas. [cd]. Rio de Janeiro: Warner Music Brasil; 1987.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Other perspectives on the Brazilian Health Reform

Tatiana Wargas de Faria Baptista¹, Camila Furlanetti Borges², Mônica de Rezende³

DOI: 10.1590/0103-110420195800

THE INVITATION FOR OTHER PERSPECTIVES ON THE BRAZILIAN HEALTH REFORM to emerge comes at a time of turmoil, with political, economic, and social transformations in all corners of the planet, as well as retrogressive movements that put in check the advances obtained in decades of struggle for the recognition of rights, penalizing once again those who still sought to make their voices heard amidst their societies. The responses and reactions of each country and each locality to the new times have been very different and, quite often, contradictory, producing tensions and insecurity in relation to what is yet to come. Countries that still struggled to pursue rights or affirm their conquests have suffered in a special way from neoliberal, conservative, and, at times, fascist attacks. Brazil is an example among many who face the challenge of repositioning and repoliticizing the social debate at the risk of losing the rights established by law, having to face a fragile institutionality of democratic exercise and with many issues arising from its history as a colony and its period of dictatorship, which is expressed in a structure of class, sexist, racist, and extremely unequal.

The objective of this thematic issue was to bring together contemporary issues that problematize the way of building a health policy in Brazil that guarantees the dignity and ‘well-being’ of the populations¹. Since the Federal Constitution of 1988, efforts have been made to consolidate rights, but an extensive agenda of demands still needs to be asserted, dealing with the legitimate question: ‘Right for whom?’. The process of political struggle in the field of health has never been simple or easy, and exclusions have also always been present, even if in a less adverse scenario than the one we now find ourselves in. Today, we are faced with explicit policies of retrogression, with the valorization of a death policy, a necropolitics in the terms of Mbembe², with the genocide of groups and people that seem to be of no value to those who fight to maintain their privileges.

In such scenario, this issue presents itself as a resistance effort. We understand that it is necessary to insist on the defense of life with the commitment and the respect for diversity and for what we are in that which we have historically built; this is because we have taken very seriously a broad concept of health that understands that: if it has to do with people and the well-being of people and populations, it has to do with health. Taking care of people, whether their physical pain or suffering, also concerns understanding why and how people, groups and populations get sick and suffer; how they live and where they belong. Health is not something that isolated on the individual. It is the product of a society, of political, economic, and historical choices – and it also has to do

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. twargas@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (Laborat) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Departamento de Planejamento em Saúde – Niterói (RJ), Brasil.



with conditions for developing the potential of each and every individual. So, when we want health, it's the same as saying that "we don't just want food; we want food, entertainment, and art"³.

By provoking other perspectives on the Health Reform in Brazil, understanding it as a movement that sustains and mobilizes different actors from various segments and social and institutional sectors in the defense of the right to health, we seek, above all, to value the look and the speech of the outskirts and of the different movements, segments, and social groups that, for a long time, have been named as 'minorities' and that, since always, face a long history of non-recognition and disrespect.

With the production of this thematic issue, we wish to enunciate a plural Health Reform project, with the voice of women, LGBTQI+ populations, black women, black men, indigenous peoples, riverside dwellers, proletariat, landless workers, workers in general, people deprived of their liberty, people with psychological distress, people with disabilities and many others who are pushed to the edge of State policies. We want to produce a space in which these voices can speak for themselves, where they can echo, discussing policies, the State, rights and non-rights. In proposing this thematic issue, we envisioned a provocation: which would be the issues that could mobilize a Health Reform based on the experiences of these people? Unfortunately, it was not possible to cover all of those voices in this issue, but we hope that this production will come out as a trigger for new spaces for vocalization and production to open up on different sides.

In the contact with the readings on the past and the present, we approach institutional histories and academic efforts to develop policies in the different areas of health. We sought to bring stories, reports, and analyzes about the Health Reform and about health policies and practices – which do not always reach visibility in official and academic circles – verbalized by those who study the Unified Health System (SUS), who use the SUS, by people and places of speech that call for a dignified life and who still dream of an ideal of health.

The Brazilian Center for Health Studies (Cebes) and the journal 'Saúde em Debate' not only welcomed that proposal, but also constituted the best space to provoke this debate, since it was in this journal, ever since its first issue, that dialogue was promoted between groups and knowledge and the discussion towards a democratic reform in health was strengthened, in which "all were its builders"⁴.

Democratizing health today and reaffirming the expanded concept of health requires that we do not turn a blind eye or ears to what happens to communities across the country, to structural income inequalities, and also to the daily violence, the result of racism and structural sexism. It is not possible to guarantee health without well-being and a dignified life. On the one hand, we continue to struggle for investment in public policies, to guarantee work, income, access and ownership of land, housing, education, culture, food, environment, transportation, freedom, access to health services, as stated in the Report of the VIII National Health Conference, from 1986; on the other hand, we base the fight against the colonialist, patriarchal, sexist, and racist culture of our State and society.

We dedicate this issue to the social leaders who have died in recent years, fighting to defend the lives of all of us. We dedicate it to every woman who has suffered violence and who, in her resistance, denounces sexism. To the LGBTQI+ people who, by existing and asserting themselves, show the cynicism of a hypocritical society. To all black women and black men who, in the face of the violence they face every single day, show the racism that inhabits us. To the indigenous peoples who resist and survive revealing the power of

a struggle when you think together. To all health workers, managers, professors, and researchers who understand that their place in all this is to participate in the daily struggle and to help build mediations to achieve a better life for all. Finally, to the children who have had their right to exist or their potency of future cut short by violence and lack of access to education and health. We cannot allow this to continue to happen.

Acknowledgments

This special issue is one of the products of the research 'Paths and Mishaps of Health in Brazil: an analysis of health reform discourses in the 20th century', which was funded by the Oswaldo Cruz Foundation by the PAPES IV Project – National Council for Scientific and Technological Development (CNPq).

Collaborators

Baptista TWF (0000-0002-3445-2027)*, Borges CF (0000-0002-0418-739X)* and Rezende M (0000-0001-8710-4598)* have equally contributed to the elaboration of the manuscript. *Orcid (Open Researcher and Contributor ID). ■

References

1. Acosta A. O Bem Viver. Uma oportunidade para imaginar outros mundos. São Paulo: Elefante; 2019.
2. Mbembe A. Necropolítica. São Paulo: N1 Edições; 2018.
3. Merhy E. Saúde Pública em mim: mais que um caso de amor, um intercessor. In: Santos L, Andrade LOM. Saúde Pública, Meu Amor. Campinas: Saberes; 2013. p. 301-330.
4. Titãs. Comida. In: Titãs. Jesus não tem dentes no país dos banguelas. [cd]. Rio de Janeiro: Warner Music Brasil; 1987.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Na ausência de endereço, onde mora a saúde? Determinantes sociais e populações de ocupações

In the absence of an address, where does health live? Social determinants and occupation populations

Isabeli Karine Martins Castelaneli¹, Maria Filomena de Gouveia Vilela¹, Rubens Bedrikow², Débora de Souza Santos¹, Maura Cristiane e Silva Figueira¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S801

RESUMO Pesquisa qualitativa cujo objetivo foi analisar a influência dos Determinantes Sociais da Saúde no processo saúde-doença de população residente em área de ocupação de Campinas, com enfoque no acesso aos serviços de saúde, habitação (condições de moradia, água e esgoto) e trabalho (emprego e renda). Utilizaram-se entrevistas semiestruturadas com moradores e dados secundários oriundos de censo comunitário elaborado por lideranças locais para traçar o perfil sociodemográfico da população em estudo. Os resultados encontrados indicam desigualdades regionais reveladas nessa ocupação, onde a condição de pobreza, a miséria, a violência, o desemprego e a falta de acesso a direitos básicos de cidadania determinam a piora das condições de saúde de seus moradores. Conhecer e compreender como Determinantes Sociais da Saúde atuam no processo saúde-doença da população pode contribuir para que governos, profissionais de saúde e outros atores sociais, incluindo universidades públicas, intervenham, principalmente, com políticas públicas que busquem reduzir o impacto desses fatores e promover a melhoria das condições de vida e saúde dessas populações, vivendo na invisibilidade social, sujeitas a preconceitos e discriminação de diversas naturezas por parte da sociedade.

PALAVRAS-CHAVE Determinantes Sociais da Saúde. Processo saúde-doença. Saúde pública. Território ocupado. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT *Qualitative research in which the objective was to analyze the influence of the Social Determinants of Health on the health-disease process of the population living in the urban slum/occupation area of Campinas, focusing on access to health services, housing (housing, water, and sewage conditions) and work (employment and income). Semi-structured interviews with residents and secondary data from a community census prepared by local leaders were used to trace the sociodemographic profile of the population under study. The results found indicate regional inequalities revealed in the occupation, where the condition of poverty, misery, violence, unemployment, and lack of access to basic citizenship rights determine the worsening of the health conditions of its residents. Knowing and understanding how Social Determinants of Health work in the health-disease process of the population can contribute so that governments, health professionals, and other social actors, including public universities, can intervene, mainly with public policies that seek to reduce the impact of these factors and promote the improvement of living conditions and health of these populations, living in social invisibility, subject to prejudice and discrimination of various kinds by society in general.*

KEYWORDS *Social Determinants of Health. Health-disease process. Public health. Occupied territory. Family Health Strategy.*

¹Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Enfermagem - Campinas (SP), Brasil. isakm.cast@gmail.com

²Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas - Campinas (SP), Brasil.



Introdução

A pesquisa teve como objetivo analisar como os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) influenciam o processo saúde-doença de populações em contexto de alta vulnerabilidade social (ocupações), com ênfase no acesso aos serviços de saúde, moradia e trabalho, bem como identificar a compreensão dessa população sobre a relação dos DSS com o seu adoecimento.

O conceito de DSS utilizado no estudo é:

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham¹.

Apesar da preocupação de diversos autores em conceituar os DSS, denota-se sua definição como fatores de ordem social que interferem no processo saúde-doença das pessoas¹. Na perspectiva da atuação profissional, são entendidos como fatores que podem ser modificados por meio de intervenções baseadas em informações¹. Ainda sobre a necessidade de intervir nesses fatores e na prática profissional na saúde pública, observa-se que:

[...] o próprio termo 'saúde pública' expressa seu caráter político e que sua prática implica necessariamente a intervenção na vida política e social para identificar e eliminar os fatores que prejudicam a saúde da população¹.

É importante lembrar que o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira responsabilizou o Estado por garantir acesso aos serviços e ações de saúde de forma igualitária, sem preconceitos ou privilégios. A equidade, entendida como a igualdade proporcional

em que se “distribuem partes diferentes a pessoas diferentes, na proporção da diferença”², visa, na prática, nivelar as desigualdades provocadas pelos DSS.

As populações de ocupações são um dos exemplos de população vulnerável, expostas a iniquidades; portanto, deveriam ser priorizadas pelos profissionais de saúde e assistência social. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) classifica as ocupações como aglomerados subnormais, conceito criado em 1987 e aplicado em 1991. No censo de 2010, houve a maior quantidade de avanços em relação à identificação e ao levantamento de dados dos aglomerados subnormais³⁻⁵.

Um aglomerado subnormal deve ter minimamente 51 unidades habitacionais de qualquer constituição estrutural, associado normalmente à carência de serviços públicos essenciais. A população ocupa terras alheias pertencentes aos setores públicos ou privados, de forma desordenada e/ou densa⁴.

A classificação ocorre a partir dos seguintes critérios:

[...] a) Ocupação ilegal da terra, ou seja, construção em terrenos de propriedade alheia (pública ou particular) no momento atual ou em período recente (obtenção do título de propriedade do terreno há dez anos ou menos); e b) Possuir pelo menos uma das seguintes características: ▪ urbanização fora dos padrões vigentes - refletido por vias de circulação estreitas e de alinhamento irregular, lotes de tamanhos e formas desiguais e construções não regularizadas por órgãos públicos; ou ▪ precariedade de serviços públicos essenciais, tais quais energia elétrica, coleta de lixo e redes de água e esgoto⁴.

Segundo o censo de 2010, os aglomerados subnormais podem ser categorizados como: invasão, loteamento irregular ou clandestino, áreas invadidas e loteamentos irregulares e clandestinos regularizados em período recente, abarcando as comunidades informalmente chamadas de favelas, invasões, grotas,

baixadas, comunidades, vilas, ressacas, mocambos, palafitas etc^{4,5}.

A escolha por denominar áreas onde vivem populações vulneráveis como “ocupação” deu-se em virtude do seu uso crescente pelos movimentos sociais que “[...] lutam pela moradia rejeitam o termo ‘invasão’, que consideram ofensivo e adotam ‘ocupação’”⁶, em substituição ao significado negativo que o termo ‘invasão’ geralmente carrega.

O termo invasão remete a um invasor, aquele que deve ser retirado do espaço que não é seu, ficando sem endereço, e, mesmo quando consegue se estabilizar em um local, o Estado não o reconhece como seu, não é seu endereço oficial, o que corresponderia à ilegalidade. Essa realidade traz repercussões sociais, como sensação de provisoriidade ou invisibilidade social.

Socialmente a invisibilidade acarreta um vasto conjunto de formas de exclusão e/ou discriminação por vezes escamoteadas que gravitam em torno de produção de percepções, ‘equivocadas e interessadas’ que objetivam conduzir a negativas de reconhecimento da diferença cultural. Trata-se da produção de imaginários que idealizam e celebram determinadas formas de ser percebidos e enraizados através de aprendizados partilhados, que rejeitam a dinâmica cultural e produzem assimetrias equivalentes a um não existir como correlato⁷.

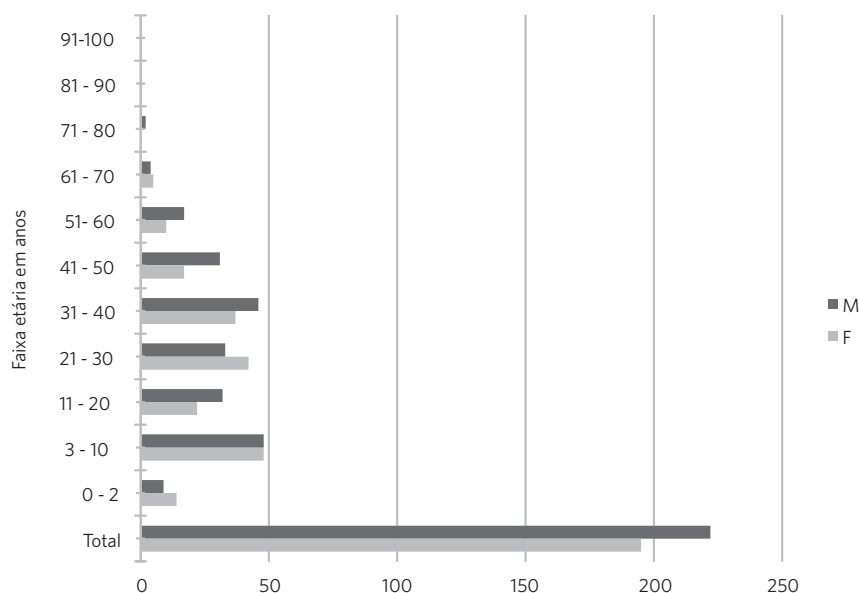
Alguns dos DSS estão fortemente presentes nessas populações, inicialmente classificadas pelo IBGE como as que têm carência de serviços públicos essenciais. Sua vulnerabilidade corresponde a retrocessos nas garantias de direitos como

[...] acesso à moradia, serviços de saúde, assistência social e emprego, coexistência de modalidades arcaicas e modernas de trabalho, com importante participação da informalidade não legalmente protegida⁸⁽¹⁸⁰⁾.

Metodologia

Pesquisa qualitativa que objetivou identificar quais DSS estão presentes na realidade de uma população de ocupação de Campinas, no ano de 2019, com ênfase em acesso a serviços de saúde, habitação e trabalho, identificados a partir de entrevistas semiestruturadas com 10 moradores da referida ocupação, conforme amostra por conveniência, a partir de roteiro elaborado com essa finalidade. Utilizaram-se dados secundários presentes no Censo Demográfico Comunitário⁹, elaborado e aplicado pela liderança comunitária da população no ano de 2018 para descrição e caracterização do perfil socio-demográfico da população estudada, por meio das seguintes variáveis: sexo, idade, total de famílias e moradores brasileiros e estrangeiros.

Gráfico 1. Número de moradores por faixa etária discriminado por sexo



Fonte: Censo Demográfico Comunitário⁹.

Os participantes da pesquisa foram escolhidos mediante os seguintes critérios: ser ou ter sido morador da comunidade e idade igual ou superior a 18 anos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer de nº 3.146.364.

Os resultados foram interpretados e analisados segundo técnica da análise de conteúdo^{10,11}, após identificação das seguintes categorias analíticas: caracterização dos entrevistados; história da ocupação e o viver no território; DSS, com as seguintes subcategorias: condições de vida e saúde na ocupação; abastecimento de água, saneamento básico e saúde; estrutura da moradia e saúde; desemprego, renda e saúde; acesso a serviços de saúde. Agregou-se a subcategoria violência e saúde, pois foi tema que emergiu das entrevistas e não constava do roteiro original.

Resultados e discussão

Caracterização do perfil sociodemográfico segundo censo demográfico comunitário

O Censo Demográfico Comunitário dá continuidade ao cadastro inicial de pessoas residentes na ocupação, elaborado pelo coordenador dela, com o intuito de gerir a entrada, a permanência e a saúde de famílias, a fim de otimizar e controlar o uso do território, construção de barracos, fossas e acesso à água. Existe a preocupação de mantê-lo atualizado. De acordo com esse censo, há 421 moradores, correspondendo a 141 famílias e domicílios, o que caracteriza o território como aglomerado subnormal³. Do total de moradores, 346 (82,18%) são brasileiros; e 75 (17,81%), imigrantes, em sua maioria

haitianos, correspondente a 22 famílias. A média de moradores por domicílio é de 2,99.

Em relação ao sexo, o número de homens corresponde a 222 (53,23%); e de mulheres, a 195 (46,76%). Em relação à faixa etária, há predomínio dos indivíduos de 3 anos a 10 anos (22,30%), para ambos os sexos. O menor número de indivíduos está entre 71 anos e 80 anos (0,24%). Trata-se de uma população composta predominantemente por crianças, adolescentes e adultos jovens, sendo apenas 11 indivíduos com 60 anos ou mais (2,64%), o que destoia claramente do cenário nacional que apresenta mais de 13% de idosos e com previsão de aumento acelerado da porcentagem de idosos.

Caracterização dos entrevistados

Entrevistaram-se 8 mulheres e 2 homens, cujas idades variaram entre 18 anos e 60 anos. O tempo médio de residência na ocupação foi de 2,71 anos, com 6 pessoas morando há mais de três.

Seis pessoas recebem algum tipo de benefício social: cinco são bonificados com o programa Bolsa Família e um recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Os demais entrevistados não recebem benefício social. Quanto ao número de filhos por família, obteve-se média de 2,6, sendo o perfil etário semelhante ao perfil sociodemográfico da população total da ocupação. Quanto ao total de pessoas por família, a média foi um pouco mais elevada do que a média da população, variando do mínimo de 1 ao máximo de 7 pessoas.

Sobre a nacionalidade, 9 são brasileiros; e 1 mulher é haitiana.

História da ocupação e o viver nesse território

A ocupação do espaço ocorreu no dia 15 de agosto de 2015. Foram erguidos barracos de madeira forradas com lona. A área ocupada pertencia à Secretaria Municipal de Educação.

No quarto dia de ocupação, houve uma tentativa de reintegração de posse por parte

do Poder Público Municipal, em que estavam presentes máquinas, funcionários municipais e policiamento. Tal reintegração não foi bem-sucedida devido à falta de um documento oficial. A partir desse dia, formou-se uma comissão organizadora da ocupação que existe até os dias atuais, mediando a comunicação entre os moradores, a Companhia de Habitação Popular de Campinas e a Prefeitura Municipal.

[...] E eu já não estava trabalhando, estava desempregada na época... e assim, a gente ficava aqui... aí ninguém pode sair, quem quiser fica aqui, não pode dormir fora. Meu pai fez uma estrutura assim, com madeira, tipo um triângulo na época, e a gente passou uma lona naquilo, só que ela movia, né. [...] Três horas da manhã passavam com um sino, tinha que subir pra responder, era uma loucura! Era uma loucura! E10.

Ao perguntar o motivo de estarem morando na ocupação, dois dos entrevistados deixaram a casa de alvenaria onde viviam por estarem saindo de um relacionamento conflituoso, alegando não ter outra opção para não ficar na rua. Outros dois entrevistados gostariam de assegurar uma casa para seus filhos. No caso da família imigrante, vieram para o Brasil devido ao falecimento do pai, que veio anteriormente ao Brasil em busca de emprego e já vivia na ocupação. Outros três entrevistados apontam o desemprego como motivo. Outro fator foi a dificuldade em pagar aluguel ou adquirir imóvel, evidenciando a renda como um fator de vulnerabilidade social. Pasternak⁴ afirma que, no Brasil, “o preço elevado da terra e da moradia faz com que a alternativa da ocupação seja uma das poucas possíveis para a grande parte da população brasileira”.

Em relação aos sentimentos e sensações relatadas sobre viver naquele local, pode-se analisar aspectos positivos ou negativos. Os negativos dizem respeito a ser um local ruim para morar por questão de saúde, sofrimento devido à queima de

objetos, dor relacionada com a perda de uma realidade anterior de uma moradia digna; estranheza por necessitar se adaptar ao local (a imigrante); medo de perder suas coisas durante um incêndio; tristeza causada por instabilidade; discriminação social pela situação de ‘favelamento’, sentimento associado à pobreza:

Ah, vamos supor, cê vai, tem loja ali no CDHU, você vai lá no CDHU numa loja. Se vai entrar lá dentro, a turma olha o seu pé, olha como que está a cor. É favelado, é da favela. Centro de Saúde também, já teve discriminação, entendeu? Porque as pessoas olham, olham pra você diferente, por você morar aqui. E4.

Segundo a Oxfam Brasil¹², a sociedade divide as pessoas em categorias que definem quem deve ter seus direitos básicos respeitados ou negados, tornando normais as desigualdades sociais presentes no cotidiano em “um país onde morar em periferias ou ser negro e negra já define, de antemão, a qual categoria você pertence”, o que traduz de alguma forma a fala da entrevistada.

Em relação aos aspectos positivos, destacam-se os sentimentos de privacidade, liberdade, independência, sonho de ter casa para abrigar os filhos, sentir-se ‘viva’; gratidão por ter onde morar; alegria por conhecer e se sentir ajudada pelas pessoas da ocupação.

E é graças a ele que meu filho tem uma vida saudável, meus filhos têm, né... Hoje eu consigo dar para os meus filhos uma vida, apesar de que o lugar não é lá dos melhores, mas é um lugar onde eu me sinto viva [...]. E3.

Concluiu-se que houve maior associação entre viver na ocupação e dificuldades, e o reconhecimento da importância do direito à moradia para o bem-estar humano, conforme a Constituição Brasileira de 1988¹³ defende, colocando a moradia como um direito e garantia fundamental ao ser humano.

Determinantes Sociais da Saúde

CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE NA OCUPAÇÃO

No entendimento dos moradores da ocupação sobre os fatores que pioram ou melhoram suas condições de saúde, foram mais significativos os seguintes: agravamento de sintomas respiratórios relacionado a pó e cheiro de mofo; condições de saneamento básico (falta de água encanada, fossa rudimentar, sem recolhimento de esgoto, acúmulo de lixo e materiais reciclados); presença de animais, como ratos, e outros vetores de doenças; e violência. Dois dos entrevistados identificaram melhora da sua condição de vida e saúde, relatando melhora de estado mental e físico por ter uma moradia, espaço seguro para que os filhos tenham sua infância, e o outro relaciona a ter acesso a atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS). Três dos entrevistados não identificaram tais fatores, relacionando-os com piora ou melhora de suas condições. Por outro lado, a maioria dos entrevistados associa o fato de morar na ocupação a alguma piora na sua saúde:

[...] Mas esses dias, que nem agora que está chovendo direto, eu percebo que ela fica roncando, fica muito catarro... no peito. Então ela ronca, ela sente dificuldade pra dormir. Acho que até mesmo o cheiro disso aqui, né, ataca. [...] Que a médica já me perguntou pra mim, se eu não tenho condição de sair daqui. Eu não tenho, não tenho pra onde ir [...] Vou ficar aqui mesmo. Mas eu me preocupo muito com essa asma dela, com esse problema dela. Acho que ela fica muito vulnerável, muita, muita. De ver o que ela passou tudo, né, foi muito difícil pra mim, muito! E1.

Os DSS de enfoque da pesquisa foram então identificados pela população da ocupação como determinantes de sua condição de saúde física e mental, como iniquidades, isto é, “desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e

desnecessárias”¹ e que devem ser alteradas por intervenções.

ABASTECIMENTO DE ÁGUA, SANEAMENTO BÁSICO E SAÚDE

Na ocupação, existem 18 torneiras disponíveis para a população, trazidas do encanamento da rua por meio de caixas suspensas por bases de madeira. Essa água ‘coletiva’ chega às casas através de mangueiras que abastecem caixas d’água individualizadas ou por meio de baldes ou bacias. Alguns entrevistados reconhecem as condições de abastecimento e/ou armazenamento de água como algo que influencia sua saúde negativamente, seja por entender que a água pode ser contaminada por estar armazenada na caixa d’água, com risco de ter sujidade e outros contaminantes, seja por ser manuseada ou transportada em baldes, garrafas e mangueiras, causando episódios de vômito e diarreia, além de conflitos entre a população no momento de abastecimento por mangueira.

Não há tratamento de esgoto, e o escoamento se dá por valas que passam por áreas de lazer e de circulação dos moradores, com risco de contaminação do córrego que passa ao lado da ocupação, do solo, lençóis freáticos e das pessoas que transitam no local. Todas as casas possuem fossas rudimentares, sem qualquer tipo de tratamento. A coleta de lixo é considerada insuficiente, sendo visível seu acúmulo nas vielas e lugares públicos da ocupação. Os entrevistados consideram que tais condições de saneamento colocam em risco a saúde, principalmente por causa da contaminação do ambiente e das pessoas, além do desconforto pelo mau cheiro, presença de animais e insetos e perigo de queda nessas fossas:

Então quando eu ia lavar roupa... lá na bica, ia todo mundo pra bica, agora não, a maioria tem uma pia em casa, pra lavar em casa. Mesmo que não tenha, a torneira, mas tem a bacia e lava na bacia. Porque melhor do que ficar lá na bica, né. Porque juntava um monte, era fila, a gente esperava horas e horas pra poder lavar louça, pra

poder lavar roupa [...] Dava briga, e era complicado, porque a gente que tem criança, não podia deixar de lavar, bebezinho. Foi muito sofrido, muito sofrido. E1.

[...] a mangueira ela não tá tendo manutenção, querendo ou não, ela é uma mangueira de jardim, ela junta um lodo. Então querendo ou não eu acho que a falta d’água encanada aqui, abala sim, porque tem pessoas que ficam com virose, né. Tem época aqui que todo mundo tava com diarreia, vômito, por conta acho que da água mesmo. Você sabe que a água ela é o bem maior que a gente precisa, porém ela pode também tornar um veneno pra gente, pra saúde. E a água eu acho que faz muita falta, a água canalizada. E3.

E sobre o esgoto:

[...] querendo ou não, a gente tem fossa. Fossa dentro de casa ela vai [...] atrair ratos, barata. Vai atrair, querendo ou não pode atrair até escorpião. Porque fica um local úmido e sempre, querendo ou não, a maioria das pessoas cobrem com palete, né. Então querendo ou não acho tem sim esse dano por conta de rato, é o esgoto, barata. E3.

Comparando-se essas informações com outros estudos da região Sudeste, verifica-se que apenas “4,24% das casas têm fossa rudimentar, 6,65% jogam dejetos em valas e 11% o fazem em rios, lagos ou direto no mar”. Como afirma Pasternak⁵, apesar dos indicadores dessa região do Brasil serem melhores do que outras regiões do País, na ocupação estudada, 100% dos moradores não têm acesso, ou acesso muito restrito à água encanada, esgotamento sanitário, coleta de lixo regular. O mesmo autor apresenta dados para a região Sudeste de 20,18% de domicílios com coleta de lixo por meio de caçambas, o que na ocupação também corresponde a 100% dos domicílios, o que favorece claramente a presença de animais, insetos vetores e outras pragas urbanas, trazendo risco à saúde e doenças decorrentes dessa exposição⁵.

ESTRUTURA DA MORADIA E SAÚDE

Todas as moradias são feitas de madeira, algumas têm o piso cimentado ou forrado com tapete. Quatro dos entrevistados não identificam problemas de saúde relacionados com a estrutura da casa. Os demais identificam o cheiro de mofo, dificuldade para higienizar a casa, falta de conforto, desconforto térmico no interior da residência, infiltração, poeira ou lama constante, além da entrada de animais como condições para piora da saúde.

Chove mais dentro do que fora [...] é ruim, o mau cheiro, é madeira [...] se chove muito e tal, dá o cheiro de mofo. Entendeu? O cheiro de, coisa ruim. E se tá calor você não aguenta viver dentro de casa. O chão também, que não é, é na terra! A gente coloca uns carpete, coloca uns carpete, não tem piso aí é o carpete. Aí tudo ali vai juntar fungos, vai juntar tudo! [...] eu tenho rinite, alérgica! Entendeu? Tem dia que eu não respiro! E4.

Ele, eles fica aqui em casa, mas eu tenho que dar o antialérgico. O meu outro filho, veio um final de semana [...] ele 'empolou' tudo... o olho dele ficou pequeninho [...] só dele entrar ali dentro do quarto ali ó [...] Então também isso me prejudica, porque eles não querem vir [...] nossa eles ficam bravo, eles não gostam [...] Aí eu cimentei o quarto deles pra ver se melhorava, né. Não melhorou! E1.

Outra percepção apresentada por essa moradora tem relação com a aglomeração de pessoas na ocupação e a vivência mais próxima com pessoas em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas:

porque aqui é, as coisa é muito concentradas [...] Se é confusão, é muito concentrada. Se é vício, é muito concentrado. Cê entendeu? Porque [...] quando a gente tá assim no bairro [...] a gente vê tudo bem, mas parece que não é tanto como aqui. Aqui afeta a gente. Afeta! [...] Porque é muita, muita gente, é aglomeração, entendeu? Fazendo a mesma coisa. É muita gente. No começo [...] era só bêbado [...] só bêbado, que você via debaixo

da árvore [...] E, quando usa droga, é muito, junta muito [...] Junta aquela roda pra fumar maconha. Então tipo assim, pra gente que tem criança a gente fica também incomodada. E1.

O espaço pode ser um importante fator para compreender a condição de vida dessas famílias, obrigadas a conviver com situações e piora da saúde física e mental, compelidas a viver em espaços individuais e coletivos muito limitados.

O aumento de domicílios favelados observado nos últimos anos está recriando favelas precárias de madeira⁵. Analisar a condição de moradia nessa ocupação, em 2019, parece confirmar esse fenômeno já observado no último censo de 2010.

A maior parte dos entrevistados identificam problemas relacionados com a estrutura de sua moradia como responsáveis por afetar sua saúde e a de seus filhos. No entanto, a falta de outras opções, a limitação econômica e a falta de emprego não lhes permitem mudar de local; e a exigência legal de serem as moradias de madeira, e não de alvenaria, os obriga a se manterem nessa condição.

DESEMPREGO, RENDA E SAÚDE

Apenas uma das entrevistadas não considerou desemprego e renda como algo que afeta a sua saúde. Os demais associaram esses dois fatores à possibilidade de falta de comida, não poder oferecer aos filhos aquilo que pedem, origem de estresse, preocupações que podem levar a doenças físicas e mentais.

A maioria dos entrevistados está dentro da faixa de 60,6% de pessoas que atualmente não têm ocupação em Campinas¹⁴.

Em relação à renda mensal familiar, calculada em salários mínimos (valor considerado para o País de R\$ 954,00), sete entre os entrevistados têm renda menor do que 1 salário mínimo, e três têm renda entre 1 e 2, o que é menor do que a renda média dos trabalhadores formais – 3,8 salários mínimos – em Campinas¹⁴.

Para facilitar a compreensão do que a renda representa para os entrevistados, foi construída

uma classificação, para a qual foram obtidas as seguintes respostas: 60% dos entrevistados classificam a sua renda como ‘falta pouco para atingir suas necessidades pessoais e de sua família’, e 40% deles a classificaram como ‘falta muito para atingir suas necessidades pessoais e de sua família’. Nenhum dos entrevistados considerou sua renda suficiente ou na conta certa para o básico ou para poupar o mínimo para necessidades extraordinárias.

Trabalho e renda são fatores que podem determinar as condições de saúde e doença dessas pessoas, inseridas no percentual de 30,2% da população de Campinas com rendimento nominal mensal *per capita* correspondente a até meio salário mínimo¹⁴. Este dado é ainda mais preocupante se considerarmos que a cidade de Campinas está na posição 292 em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* do País e que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) da região metropolitana de Campinas é alto¹⁵. O Mapa de IDHM da Região Metropolitana de Campinas revela que os recursos e a renda são mal distribuídos, o que reflete as desigualdades sociais expressas em valores como 10,9% de pessoas vulneráveis à pobreza e 2,74% e 0,73% de pessoas classificadas como pobres e extremamente pobres¹⁵.

Segundo Buss e Pellegrini Filho¹⁶, “o fator mais importante para explicar a situação sanitária geral de um país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui”. Em Campinas, persiste a existência de populações tão vulneráveis, como a da ocupação estudada, em uma cidade cujo PIB *per capita* e IDHM são altos para determinadas áreas; porém, a outras regiões e grupos vulneráveis, restam condições sub-humanas e indignas para viver. Ou, como afirma Marmot¹⁷: “A injustiça social está matando em grande escala”.

VIOÊNCIA E SAÚDE

Três de dez entrevistados relataram ter vivenciado situações de violência ocorridas dentro da ocupação. A violência pode ser definida como

o uso intencional da força ou do poder físico, de fato ou como ameaça, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo ou comunidade, que cause ou tenha muitas possibilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, transtornos do desenvolvimento ou privações¹⁸⁽⁵⁰⁰⁾.

Um dos casos de violência relatados pode ser enquadrado na definição de violência doméstica¹⁸, geralmente associadas a casos de feminicídio, quando ocorrem dentro do ambiente domiciliar, usualmente entre familiares e ou companheiros:

Teve [...] esses tempo, acho que foi dia sete. O irmão dele já estava aqui, sabe? Teve agressão, cê entendeu? Da parte dele. Teve agressão, ele me agrediu [...] E aí, tipo assim, só eu, eu que tive que me defender sabe. Eu que tive que me defender, mesmo eu gritando socorro, parece que você percebe que ninguém vem te ajudar. O cara pode estar ali te matando [...] Eu que tive que lutar com ele, e me soltar dele, porque ele estava bêbado. Há quatro dias drogado, cê entendeu? E ele veio pra cima de mim [...] grudou logo foi no meu pescoço, com a mão ele segurou no meu pescoço. E1.

O Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves) também conceitua outros tipos de violência, como a estrutural, que se manifesta por meio da manutenção das desigualdades sociais; e a violência social, na qual se identifica a discriminação social de determinados grupos¹⁸, exemplificada no seguinte relato:

[...] as vezes eu fico com síndrome do pânico, às vezes eu vejo uma viatura, eu começo, meu coração dispara, mão congela, eu começo a passar mal. Esse é o lado ruim. Porque infelizmente a nossa segurança, os policiais que eram pra estar nos protegendo, estão nos vendo como marginais, como a bandidagem e por conta da gente ser menos favorecidos, né em questão financeira. E por conta da gente morar em barraco, ser uma comunidade ocupacional, então eles vêm,

tudo que acontece por aqui na região é a gente que paga. E querendo ou não isso me deixa mal, porque eu vejo eles apontarem a arma na cara dos meus filhos, que por várias vezes já entraram dentro da minha casa, já fizeram isso. Se você perguntar o meu filho fala! E3.

A entrevistada confirma o abuso de poder policial, que se baseia na discriminação de classe social à qual pertence. Outra questão a ser destacada é o fato de a entrevistada ser negra, e segundo dados da Oxfam Brasil¹², “81% acreditam que a cor da pele influencia a decisão de uma abordagem policial” e “71% concordam que a justiça é mais dura com negros”, denunciando o racismo estrutural que causa danos físicos e psicológicos, portanto, questões étnico-raciais também como fatores determinantes a mais para sua condição de saúde.

Essa população também está sujeita à violência estrutural, pois está submetida a condições de vida sub-humanas, originadas principalmente da desigualdade social observada no País, que deveria comprometer as políticas públicas intersetoriais no combate à violência:

A única certeza é que a erradicação da pobreza e das desigualdades sociais e econômicas deve fazer parte integral de qualquer programa de luta contra a violência¹⁸⁽⁵⁰⁴⁾.

A violência também é associada à pobreza, pois, segundo Guerrero et al.¹⁸⁽⁵⁰³⁾, “os pobres são, ao mesmo tempo, agressores e vítimas”, o que se pode notar nas falas dos entrevistados, moradores da ocupação, na qual as relações estabelecidas entre as próprias crianças reproduzem a violência cotidiana a que estão expostas. Além disso, fica evidente também a violência presente entre os moradores, particularmente os representantes do ‘estado paralelo’, que definem suas próprias leis, o que gera um ciclo vicioso de criminalidade e pobreza.

Na contramão da tendência nacional de predomínio da população feminina que corresponde a quase 52% do total de habitantes, com uma relação de sexo (número de homens

para cada 100 mulheres) de 96, na ocupação estudada, há predomínio de homens, o que faz com que a violência seja frequente, tendo em vista que esta, em geral, contribui para a afirmação identitária de homens e corresponde à expressão de uma forma de masculinidade hegemônica em nossa sociedade, e deve, portanto, receber atenção especial por parte das equipes de saúde de referência¹⁹.

A violência apareceu neste estudo como tema emergente, evidenciado em todos os relatos dos entrevistados, o que a torna um dos DSS presentes na vida desses moradores, mais suscetíveis a danos físicos e psicológicos decorrentes desse condicionante, e como uma necessidade em saúde complexa e contínua.

ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

A ocupação, do ponto de vista geográfico, pertencia à área de abrangência de outra UBS. Porém, a dificuldade de acesso era maior devido à distância e à falta de vínculo com a equipe de saúde. A incorporação desse novo território à atual UBS foi um processo lento; durou de 8 meses a 10 meses. Um dos entrevistados afirma que, no início, os moradores não foram bem aceitos pelos profissionais. Outras pesquisas vinculadas a um Projeto de Extensão Universitária desenvolvido no território têm como objetos de estudo a questão da incorporação de uma área de alta vulnerabilidade ao território da equipe de saúde da família, além do estudo dos itinerários terapêuticos dos usuários em busca de atendimento médico. Esse projeto de extensão universitária, com dimensões ligadas ao ensino, pesquisa e extensão, do qual alguns dos autores desta pesquisa participam, tem buscado aproximar os moradores da ocupação à UBS²⁰.

Atualmente, os entrevistados estão cadastrados e se utilizam da UBS. Ao perguntar sobre se conseguem ser atendidos quando adoecem ou de acordo com as suas necessidades em saúde, cinco entrevistados responderam positivamente, e uma delas garante ter um acesso bom e facilitado:

[...]a gente tem um acesso muito bom com o Centro de Saúde, todo morador aqui. Meu, o centro de saúde já fez campanha aqui, já fez campanha de vacinação de porta em porta. E10.

Outros cinco entrevistados afirmam que suas necessidades não são plenamente atendidas, alegando falta de profissionais, má qualidade do atendimento, falta de vagas para atendimento médico, psicológico e de medicamentos. Mencionam ainda que o tempo de espera pelo atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) é longo e pouco frequente dentro da ocupação.

Com exceção da queixa sobre discriminação por ser morador da ocupação, as demais queixas sobre redução de acesso parecem estar relacionadas com problemas estruturais e com lacunas no atendimento devido à falta de profissionais, não específicas para moradores da ocupação, e, sim, para a população geral, em razão do subfinanciamento da maior política pública do País, o Sistema Único de Saúde (SUS)²¹.

Dois entrevistados comentam que são tratados de forma diferente e negativa, com descaso e discriminação, e outro, ao contrário, relata ser bem tratado justamente por viver na ocupação. Outro relata que no início da ocupação não foram bem aceitos pela equipe da unidade de saúde. Os demais entrevistados não referem diferença de tratamento por serem moradores da ocupação. Nenhum dos entrevistados relatou dificuldade em se cadastrar no centro de saúde por falta de documento.

Considerações finais

O conceito ampliado de saúde presente na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde traz consigo a importância dos DSS na compreensão do processo saúde-doença, para além das causas meramente ligadas aos aspectos biológicos e da relação agente-hospedeiro-ambiente, visão naturalizada e ainda hegemônica nos meios acadêmicos e da sociedade, a despeito do Movimento da Reforma

Sanitária Brasileira, cujos atores sociais que o compõem continuarem sua cruzada contra-hegemônica em reafirmar a necessidade de políticas públicas que extrapolem o setor saúde para alterar significativamente o quadro sanitário do País.

O presente estudo sobre os DSS em uma área de ocupação, de alta vulnerabilidade social, foi capaz de revelar o quanto a desigualdade no acesso a serviços básicos e a privação de direitos de cidadania, como acesso a serviços de saúde, moradia digna, saneamento básico, trabalho e renda minimamente adequados, têm impacto direto sobre a saúde das pessoas moradoras dessas ocupações. Além disso, outros fatores, como a violência, o preconceito e a discriminação de variadas naturezas, também foram evidenciados como geradores de sofrimento físico e psíquico.

Essas áreas de ocupação ou outras consideradas como ‘aglomerados subnormais’ têm crescido no País, como aponta o último censo realizado pelo IBGE, surgindo como fenômeno social nos grandes centros urbanos, como a ‘favelização de barracos de madeira’, condição muitas vezes imposta pelo próprio poder público, como forma de cercear o crescimento dessas áreas até que os governos indiquem solução definitiva à questão de moradia à essas populações. Mais um indicativo da desigualdade social, uma vez que essas regiões de alta vulnerabilidade social estão justamente cravadas no seio de regiões metropolitanas e de grandes cidades, principalmente na região Sudeste do País, nas quais os indicadores sociais e econômicos, como renda *per capita* e IDHM são considerados geralmente muito positivos.

Profissionais de saúde, gestores públicos, universidades e outros atores sociais, comprometidos com a necessidade de mudanças no quadro sanitário brasileiro, e defesa de direitos de cidadania, devem considerar os DSS nas suas ações voltadas a populações e comunidades mais vulneráveis.

Compete à atenção básica o olhar atento, singular e equânime para as populações vulneráveis residentes em aglomerados subnormais,

ênfatisando a necessidade de visitas ao território, às famílias, e a garantia do acesso à saúde. Nesse sentido, fazem-se necessários o preparo e a capacitação adequados das equipes que oferecem ações de saúde a essas populações. A falta de arruamento adequado, a ausência de endereço, de nome de rua e de número nas casas não devem ser impeditivos para as ações das equipes de saúde no território. Outro desafio, muito atual, para a atenção básica é a presença de imigrantes chegados há pouco tempo, e com dificuldade de se comunicar e de se integrar à comunidade, em razão de não dominar o idioma e que, culturalmente, podem conceber o processo saúde-adoecimento-cuidado de forma singular e diferente.

Colaboradores

Castelaneli IKM (0000-0003-3366-3102)* contribuiu para a concepção e elaboração do projeto de pesquisa, coleta de dados, análise, e elaboração do artigo. Vilela MFG (0000-0002-5894-3365)* contribuiu para a concepção e elaboração do projeto de pesquisa, análise, e elaboração e revisão do artigo. Bedrikow R (0000-0003-3366-3102)* contribuiu para a concepção e elaboração do projeto de pesquisa, análise, e elaboração e revisão do artigo. Santos DS (0000-0001-9060-3929)* contribuiu para a análise dos dados e concepção do artigo. Figueira MCS (0000-0001-9236-8299)* contribuiu para a análise dos dados e concepção do artigo. ■

Referências

1. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis*. Rio de Janeiro. 2007 [acesso em 2020 fev 16]; 17(1):77-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>.
2. Escorel S. Dicionário Educação do profissional de saúde da Fiocruz: Equidade em saúde. [internet] c2009. [acesso em 2018 abr 22]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equasau.html>.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Aglomerados subnormais - informações territoriais. [internet] Rio de Janeiro, 2010. [acesso em 2018 abr 22] Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/552/cd_2010_agrn_if.pdf.
4. Pasternak S, D' Ottaviano C. Favelas no Brasil e em São Paulo: avanços nas análises a partir da Leitura Territorial do Censo de 2010. *Cad metrop*. 2016

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- [acesso em 2020 fev 16]; 18(35):5-99. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cm/v18n35/2236-9996-cm-18-35-0075.pdf>.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Aglomerados Subnormais do Censo de 2010. [internet] 2011. [acesso em 2018 abr 22]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000006923512112011355415675088.pdf>.
 6. Maricato E. A terra é um nó na sociedade brasileira ... também nas cidades. [internet] [São Paulo]. 1997. [acesso em 20 maio 2019]. Disponível em: http://labhab.fau.usp.br/biblioteca/textos/maricato_terrano-sociedadebrasileira.pdf.
 7. Brum CK, Jesus SC. Mito, diversidade cultural e educação: notas sobre a invisibilidade guarani no rio grande do sul e algumas estratégias nativas de superação. In: Horizontes Antropológicos. [internet]. 2015 [acesso em 2018 abr 30]; 21(44):201-227. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v21n44/0104-7183-ha-21-44-0201.pdf>.
 8. Sevalho G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. [internet]. Interface. [Botucatu]. 2018 [acesso em 2019 maio 20]; 22(64):177-188.
 9. Censo Demográfico Comunitário. Campinas: Liderança local da Ocupação Vila Paula; 2018. (Material não publicado).
 10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.
 11. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 1977.
 12. Oxfam Brasil; Datafolha. Nós e as desigualdades: percepções sobre desigualdades no Brasil. [internet] [São Paulo] 2019. [acesso em 2019 abr 30] Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/nos-e-as-desigualdades-2019>.
 13. Brasil. Constituição (1988). Art 6º. Dos direitos e garantias fundamentais. [acesso em 2019 abr 30]. Disponível em: http://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_04.02.2010/art_6_.asp.
 14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil/São Paulo/Campinas: Panorâma. [acesso em 2019 abr 30]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/campinas>.
 15. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fundação João Pinheiro; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas Brasileiras: Série Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. [internet] Brasília, DF; 2015. [acesso em 2019 abr 30] Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/atlasdodesenvolvimento-humanorms_rm_campinas.pdf.
 16. Buss PM, Pellegrini Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde. Cad. Saúde Pública. 2006 [acesso em 2020 fev 16]; 22 (9):2005-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900033.
 17. Marmot M Sir. Health Inequities and Social Determinants of Health. In: Conferência na 19ª International Conference of Integrated Care [internet]; 2 abr 2019; San Sebastian; 2019. [acesso em 2020 fev 10]. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1VYV4RlIwRzfEIZDovHpRdOMjUsG2Rf-y>.
 18. Guerrero R, Lozano R, Espinosa R, et al. Violência e saúde: o desafio de um problema social nas Américas. In: Galvão LAC, Finkelman J, Henao S. Determinantes ambientais e sociais da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 497-511.
 19. Schraiber LB, Barros CRS, Couto MT, et al. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. Rev. bras. epidemiol. [internet]. 2012 [acesso em 2019 out 12]; 15(4):790-803. Disponí-

vel em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000400011&lng=pt.

20. Universidade de Capinas, Pró-Reitoria de Extensão e Cultura. OcupaExtensão - "Vila Paula" [Filme]. 30 Min 38 Seg. [internet]. [acesso em 2019 jun 2]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=T9T2RM0E66k&list=PLA4uZZ9XaFml_tt7y_NwzO-MUk5aT_Jh7a.
21. Brasil. Constituição (1988). Emenda Constitucional Nº 95. 15 de Dez de 2016. Altera o Ato das Dispo-

sições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências [internet]. [acesso em 2019 abr 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.

Recebido em 09/06/2019

Aprovado em 15/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

O crack em Manguinhos: a experiência de agentes sociais do território

The crack in Manguinhos: the experience of social agents of the territory

Viviani Cristina Costa¹, Marize Bastos da Cunha²

DOI: 10.1590/0103-11042019S802

RESUMO O artigo tem como objetivo construir o conhecimento sobre o fenômeno do crack em Manguinhos, um bairro da cidade do Rio de Janeiro, a partir da construção compartilhada do conhecimento e, portanto, da inclusão do saber popular e das experiências de vida das pessoas que vivenciam de alguma maneira a problemática no território. Trata-se de uma pesquisa participante, um método qualitativo que permite levantar e circular conhecimentos e experiências da problemática em questão, assim como debatê-los. Observou-se que a constituição e transitoriedade das cenas de uso de crack foram determinadas por uma diversidade de agentes, poderes e ações, como a organização do tráfico de drogas, a implantação da Unidade de Polícia Pacificadora, a relativa proteção do usuário e o acesso facilitado à droga. Verificou-se distintas e, por vezes, conflituosas ações do Estado nas crackolândias, como ações de recolhimento compulsório em contraponto as ações de saúde realizadas pelo Consultório na Rua. Outros pontos levantados foram o apoio social, principalmente vinculado ao trabalho voluntário de moradores e as instituições religiosas; e a relação entre uso de crack e precarização do trabalho. O conhecimento produzido contribui no debate e construção de ações.

PALAVRAS-CHAVE Cocaína crack. Saúde mental. Vulnerabilidade social.

ABSTRACT *The article has as objective build the knowledge about the phenomena of crack in Manguinhos, a neighborhood in the north of Rio de Janeiro, from the shared knowledge construction and, therefore, the inclusion of popular knowledge and through the life experience of people's life who somehow lived it in the territory. It is a participating research, a qualitative method that allows to bring up and circulate knowledge of the problematic and experiences in question, as well as debate them. It was observed that the constitution and transitority of crack use scenes in Manguinhos were determined by a diversity of agents, power and actions, such as drug traffic organization, the implementation of a Pacified Police Unit, a relative protection for the crack user and facilitated access to the drug. It was virified distinct and, at times, conflicting actions of the State in the so called crackolands, such actions of compulsory arrestmentand performed in contrast with health actions carried out by teams of Street Cabinet. Other points raised were the presence of social support, mainly related to religious institutions and the volunteer work of local population; and it was shown relations established between work and the use of crack. The knowledge produced contributes to the debate and construction of actions.*

KEYWORDS *Crack cocaine. Mental health. Social vulnerability.*

¹Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
viviani.costa@ifrj.edu.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Até meados dos anos 80, o tratamento em saúde para os usuários de drogas estava pautado na internação e na abstinência nos grandes manicômios. E, portanto, em sintonia com o discurso jurídico-político proibicionista de erradicação das drogas na sociedade, por estas se constituírem em um risco à saúde e à segurança do indivíduo e da população.

Influenciada pela experiência da Reforma Psiquiátrica Italiana e incorporada pela Reforma Sanitária Brasileira e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a Reforma Psiquiátrica Brasileira transformou o panorama das políticas públicas de saúde mental no país ao questionar as bases da psiquiatria e o manicômio¹. Não é possível abarcar o impacto social dessa mudança sem mencionar que sua origem se encontra dentro do movimento social, com uma intensa articulação de distintos atores da sociedade civil, cujas demandas e necessidades puderam ser transformadas em políticas públicas de saúde².

O que, sem dúvida, foi preponderante para a mudança no patamar de discussão sobre a política de drogas no Brasil contribuindo para alguns avanços nas políticas de saúde pública, principalmente na primeira década do século XXI, com a implantação da Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas³ e a ampliação da cobertura assistencial de serviços substitutivos especializados de base comunitária. Dentre eles, os Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (Caps AD), o Consultório na Rua (CnaR), as Unidades de Acolhimento (UAA) e os leitos para desintoxicação em hospital geral.

No entanto, no contexto nacional atual, esses avanços estão ameaçados. Vivemos um momento de grave crise política que culminou com o acirramento das posições partidárias e obviamente vem repercutindo nas políticas de drogas nacionais ao provocar diversas mudanças, as quais vão na contramão do que havia sido consolidado com a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Estamos falando de

decisões políticas que têm colocado interesses específicos à frente das necessidades coletivas da sociedade, como o retorno de uma lógica.

A gestão Bolsonaro, iniciada em janeiro de 2019, conta com representantes de forças conservadoras dentro do campo da saúde coletiva e saúde mental, os quais reafirmam o hospital psiquiátrico como lugar privilegiado no tratamento e redirecionam o financiamento para as instituições de caráter manicomial, dentre elas, as comunidades terapêuticas⁴. Esses pontos demonstram uma ruptura com o que se construiu com o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e demarcam uma série de retrocessos que a área vem sofrendo desde o ano de 2017 e se aprofunda no início desse governo.

Em momentos como esse, faz-se ainda mais necessário dar visibilidade as vozes que se encontram silenciadas na sociedade brasileira. A voz da periferia, a qual sofre com a ‘Guerra às Drogas’ e a disputa armada nos territórios de favelas, precisa ser incluída no debate e formulação das políticas do campo da saúde mental, álcool e outras drogas.

A este respeito, trazemos aqui resultados referentes à pesquisa sobre o fenômeno do crack no Complexo de Favelas de Mangueiras que, procurando compreender tal fenômeno, voltou-se fundamentalmente para o lugar de fala de moradores que atuam em ações sociais neste território, acompanhando as cenas de uso, com todas suas alterações, e mudanças no que se referem aos fluxos de comercialização da droga. E sobretudo, seguindo a trajetória das pessoas que passam a usar o crack. Incorporando referenciais teóricos metodológicos que partem de práticas dialógicas, foi proposto um caminho de estudo que incorpora o ponto de vista popular, rompendo com a investigação científica tradicional.

A pesquisa se propôs a fazer uma discussão a partir do ponto de vista popular, o qual vivencia a experiência da problemática do crack em seu território e tudo que dele decorre. Assim, considerando o espaço do território de Mangueiras, buscou-se apreender a complexidade do fenômeno do crack através daquilo

que Bourdieu⁵ denomina espaço de pontos de vista dos agentes sociais envolvidos, tendo-se em vista os processos de vulnerabilização e as múltiplas determinações que o perpassam. Uma forma de construção de conhecimento através da qual seja possível abrir canais de escuta e diálogo com aqueles que estão envolvidos com os problemas que buscamos examinar e mesmo resolver, para então fazer aparecer o que resulta do confronto de visões de mundo diferentes ou antagônicas⁵.

Os agentes sociais desse estudo, denominados por Cunha como mediadores na comunidade^{6,7}, são figuras de liderança no território em função de sua experiência nas lutas locais, por seu conhecimento do jogo político e sua interlocução com agentes sociais de fora da favela. Assumem esse lugar de modo relativamente autônomo da esfera do poder instituído na favela, seja o oficial por meio da ação de instituições públicas marcadas por jogos políticos de cooptação e clientelismo, seja poderes paralelos, como o narcotráfico e as milícias, que impõem acordos e limites para a atuação de pessoas e organizações dentro do território. A particular forma de atuação destes mediadores na favela, através da proximidade cotidiana com os moradores, reforça uma experiência comum com eles. Sendo assim, ele produz uma visão a respeito dos problemas na localidade, a partir de um outro lugar que possivelmente lhe dá um horizonte de visibilidade crítica da qual ele pode analisar as implicações das relações de poder na favela, a atuação dos mediadores externos e interpretar a ação e experiência dos demais moradores⁶. Sendo assim, eles se aproximam do que Bourdieu chama ‘analísadores práticos’:

situados em pontos onde as estruturas sociais ‘trabalham’ e trabalhados por isso pelas contradições dessas estruturas, eles são obrigados, para viver e sobreviver, a praticar uma forma de autoanálise que dá acesso, bastante amíuade, às contradições objetivas que os possuem, e às estruturas objetivas que se expressam através delas^{5(591,592)}.

Portanto, o mediador privilegiado na pesquisa foi o morador de Manguinhos, que é atuante em questões que passam pelo coletivo, participando, por exemplo, de fóruns, colegiados ou conferências e, por isso, reconhecido pela população. A partir dessa perspectiva algumas perguntas guiaram o estudo: Como estes agentes sociais vivenciam e como explicam o fenômeno do crack na localidade selecionada? Quais os principais problemas e necessidades por eles levantadas? Quais as respostas sociais, que foram e estão sendo produzidas, em relação ao crack? Como as políticas públicas de drogas estão sendo produzidas no território?

Métodos

A pesquisa foi desenvolvida entre 2015 e 2016 no Complexo de Manguinhos. Trata-se de um território vulnerabilizado, localizado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro e que possui cerca de 36.160 habitantes⁸, espalhados em 15 comunidades. Em relação aos equipamentos de saúde, conta com a cobertura de 13 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), uma equipe de CnaR e um Centro de Atenção Psicossocial (Caps II).

O estudo integrou-se a um programa maior de pesquisas desenvolvido regularmente em Manguinhos, sendo que uma das principais características é a abordagem metodológica, na qual se pautou na pesquisa ação, com o permanente diálogo com coletivos e moradores da localidade, bem como apoio às redes sociais existentes no território. Esta integração favoreceu o desenvolvimento da investigação, cuja complexidade vinculava-se diretamente ao objetivo de compreender o problema do crack, a partir do ponto de vista de agentes sociais locais, cujo acesso depende diretamente de relações de confiança e credibilidade construídas ao longo do tempo, envolvendo muitas vezes lutas em comum.

Recorreu-se, portanto, a uma modalidade de pesquisa participante, sob a ótica da construção

compartilhada do conhecimento⁹, buscando dialogar com os distintos agentes sociais selecionados, considerando que eles acumulam um conhecimento e uma experiência, fundamentais ao avanço da compreensão do território e de problemas nele enfrentados. Dessa forma, os agentes sociais são também investigadores e estudiosos e não objeto da pesquisa¹⁰.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: ser morador do território ou atuar na localidade participando de fóruns de debate e de intervenções locais. O critério de exclusão foi ter idade inferior a 18 anos. Os selecionados foram indicados por lideranças e profissionais que acompanham a dinâmica social de Manguinhos e foram incluídos na pesquisa após aceitarem a participação. Dentre os participantes estavam presentes conselheiros de saúde, membros de movimentos sociais, pessoas ligadas a instituições religiosas e que desenvolviam ações nas cenas de uso de crack, estudantes, professores e pesquisadores.

A pesquisa comportou diferentes fases, dentre elas a imersão no campo, entrevistas abertas e oficinas de discussão, respectivamente. Foram feitas oito entrevistas, com pessoas entre 22 a 60 anos, sendo seis do sexo feminino e dois do masculino. Seis delas vivem em diferentes localidades de Manguinhos. Duas não moram na região, sendo que uma delas residiu no território a maior parte de sua vida, ainda atuando em lutas coletivas para a melhoria das condições de vida da comunidade. Apenas uma nunca residiu na localidade do estudo, mas a relação estabelecida entre Manguinhos e os territórios nos quais já morou, e mora, contribui para o conhecimento da problemática do estudo. Todos mencionaram que têm ou já tiveram familiares com moradia no território.

Após a sistematização dos dados produzidos nas entrevistas, foram realizadas duas oficinas com intuito de debater, a partir do conhecimento produzido, os problemas considerados como fundamentais pelos agentes sociais. Participaram dessa fase quinze pessoas, todos agentes sociais moradores de Manguinhos e atuantes no território, sendo onze do sexo

feminino e quatro do sexo masculino. Quatro dos participantes foram entrevistados na primeira fase da pesquisa.

A análise de dados foi realizada ao longo e posteriormente à pesquisa de campo. A pré-análise constitui-se da transcrição das entrevistas na íntegra e conservação das gravações e das imagens audiovisuais referentes às oficinas. Em seguida, foi realizada uma análise estrutural, entrevista por entrevista, com leitura flutuante objetivando levantar os dados pertinentes. Posteriormente o material foi organizado de forma horizontal, com intuito de elencar as repetições temáticas organizadas a partir dos três eixos principais contemplados pelo estudo: Gênese e Emergência da problemática do crack em Manguinhos; Reprodução e Desdobramentos; Respostas que foram dadas e ações necessárias. A partir de cada eixo emergiram temas relacionados, alguns já previstos na fase exploratória e outras delineadas ao longo do trabalho de campo a partir de informações e conhecimento exposto pelos agentes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob nº CAAE 32868814.0.0000.5263. Objetivando-se manter o anonimato dos participantes, optou-se por identificá-los por nomes fictícios.

Resultados e discussão

Serão explicitados parte dos resultados encontrados, organizados em tópicos, que se inter-relacionam.

Constituição e transitoriedade das cenas de uso

A chegada do crack em Manguinhos, que segundo os agentes sociais ocorreu em torno do ano de 2006, provoca mudanças que interferem na dinâmica do território. A constituição das cenas de uso, antes inexistentes, é uma delas.

A maior cracolândia foi estabelecida no período anterior a entrada do Programa de

Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) e estava localizada na comunidade da Coreia, mais especificamente no entorno do campo de futebol desativado. No mesmo local, existe uma das bocas de fumo do Complexo, o que aumentava a vulnerabilidade do usuário em relação ao traficante. Os relatos descrevem diversas cenas de violência física e psicológica, assim como péssimas condições de salubridade. Os usuários conviviam no mesmo espaço com muito lixo, além da presença de animais como porcos e galinhas. Alguns agentes sociais fazem referência à área como ‘Vale dos Ossos Secos’ e ‘Sodoma e Gomorra’ (cidades de uma passagem da bíblica que foram destruídos por Deus devido à prática de atos imorais, segundo a moral dos antigos israelitas).

[...] e a gente viveu coisas horríveis, começou a ver a comunidade mudar totalmente, gente estranha, eu ficava apavorada. Teve uma época, antes da pacificação, tem o campo na Coréia, é um campo grande, era um campo de futebol, era bastante ativo né, vinha time futebol que vinha jogar. E com a introdução do crack, ele virou campo onde todos os dependentes de crack ficavam ali 24 horas por dia [...]. E era muito triste porque a gente assistia muitas vezes, quando eles erravam em alguma coisa, eles levarem surras. (Clara).

Durante a pesquisa as cenas de uso estavam localizadas em distintas regiões do território, no geral em áreas localizadas mais a borda, e eram constituídas por um número menor de pessoas. A cena de uso localizada na Coreia ainda existia, mas com um número reduzido de usuários. Portanto, com uma configuração bem distinta da relatada antes da entrada da UPP.

Em acordo com achados de outras pesquisas¹¹⁻¹³, observou-se que tanto a constituição, quanto a transitoriedade das cenas de uso de crack foram determinadas por uma diversidade de agentes, poderes e ações, tais como: a organização do tráfico de drogas, a implantação da UPP, as ações de recolhimento compulsório, a relativa ‘proteção’ do usuário e o acesso facilitado à droga.

O tráfico ele chama pra si né, porque é o seu lucro. Hoje eles determinam as áreas de uso principalmente de crack. Cocaína não. Cocaína e maconha usam-se em qualquer lugar dentro do território que tem o tráfico, é permitido. O crack já não é assim. O crack tem um lugar específico. (Jean).

[...] muitos são da Baixada... então é uma porcentagem muito pequena, pequena mesmo de pessoas do Jacaré e Manguinhos. Isso foi uma das coisas que me chamou a atenção. Porque né a gente acaba questionando. Primeiro porque na Baixada a maioria é Milícia, então não tem essa questão do tráfico tão latente assim e dependente na rua, de fato eles morrem porque eles matam. Então tem essa questão também da migração deles quando a gente acaba perguntando, eles falam por ser um local protegido, vários já me falaram que é onde eles podem usar tranquilamente sem ser morto. Na Baixada eles de fato exterminam os dependentes. (Luiza).

Luiza, ao comparar a relação entre o usuário de crack com o tráfico e a milícia, aponta a relativa proteção do usuário como um dos fatores que explicam sua migração. Chamamos de relativa, primeiro porque também é observada violência com os traficantes. E segundo, porque a migração de algumas cenas para as vias públicas provocou uma maior rejeição social e ações desastrosas por parte da prefeitura, de repressão e violação dos direitos humanos, através da política de recolhimento compulsório.

No que se refere a organização do tráfico local, observa-se diferença de regras e circulação tanto em relação à droga quanto em relação ao usuário de crack e o usuário de maconha e/ou cocaína. Assim, no território a facção criminosa determina quais as bocas que vendem o crack e quais não vendem. Mudanças de gerentes do tráfico também podem gerar mudanças na comercialização da substância, nos locais de uso e, até mesmo, restrição de ocupação dos usuários a determinados espaços justificadas pelo estigma em torno da figura do cracudo, que é o usuário sem controle, que pode dar problema.

Verifica-se ainda distinções nas relações pessoais estabelecidas entre traficante/usuário de crack e traficante/usuário de maconha/cocaína. Por um lado, o tráfico valoriza negativamente o consumo de crack, mas, por outro, mantém a venda da droga, certamente por sua rentabilidade. O que por sua vez gera tensionamentos entre usuários, traficantes e a própria população.

A emergência do crack, processos de vulnerabilização e pobreza urbana

Outro achado da pesquisa se refere as relações estabelecidas entre trabalho e uso de crack, sendo levantadas três principais formas: a figura do usuário catador associada aos ferros velhos; a prostituição; e os denominados aqui como 'bicos'. Em todos os três tipos foram observadas uma relação direta entre a desvalorização financeira da atividade realizada por se tratar de um sujeito que faz uso de crack, violência simbólica e exposição a danos à saúde.

Em relação aos profissionais do sexo aponta-se também a relação entre uso de crack e prostituição entre adolescentes na comunidade, embora seja também visto por adultos. Observa-se como forma de organização de trabalho os agenciamentos realizados por taxistas, por outras pessoas que circulam em carros de fora da comunidade e pelos próprios moradores. A pesquisa de Bastos e Neilane¹⁴ aponta o sexo comercial como uma fonte relevante de renda para os usuários de crack maiores de 18 anos, 7,46% dos usuários relatam essa forma de trabalho em troca de dinheiro e/ou drogas.

Os bicos são descritos como prática comum e evidenciam uma forma de exploração das pessoas do lugar com o usuário que circula na comunidade. Os usuários são vistos como os indivíduos que aceitam fazer qualquer tipo de trabalho, como, por exemplo, limpeza, carregamentos, capina etc., por um valor muito inferior ao preço de mercado. O relato abaixo descreve cenas cotidianas que parecem se repetir.

Tem muita gente que se aproveita disso aí, quer ver uma conversa:

-Ah tem um quintal ali para poder capinar.

-Ah, arruma um cracudo.

É assim que eles falam.

-Ah, tem uma fossa para limpar, essa fossa está entupida.

-Ah, arruma um cracudo e dá dois contos que ele vem e limpa. Mas vem mesmo, ele vem e limpa mesmo. Então as pessoas se aproveitam disso. Isso não é escravo? Isso é escravizar, estão aproveitando daquela situação que ele está vivendo. (Jean).

Uma hipótese levantada para essa relação de trabalho estabelecida é o fato de a maior parte dos usuários não serem da mesma localidade. Não existe uma relação de afetividade e solidariedade previamente construída, ele não tem família no local, é alguém desconhecido e, pior, para muitos ele degrada, deixa à margem o lugar. Talvez essa não-relação, a ausência de capital simbólico e cultural nas relações sociais estabelecidas permita uma relação de apropriação de uma força de trabalho extremamente injusta.

Entre a solidariedade, o desprezível e a política pública

Por outro lado, foram registradas ações de apoio social desempenhadas por moradores e pelas igrejas, que se constituem como possibilidade de ampliação da rede social de suporte desses sujeitos. Levantamos algumas experiências, como a de Conselheiros de Saúde, que reivindicaram e conquistaram um equipamento de saúde mental como o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) no território; ações como a de 'Luiza', que em conjunto com um familiar oferecia alimentos, cuidados de higiene e orientações em relação aos equipamentos de saúde nas cenas de uso; e ações de acolhimento das igrejas, ofertando alimentos, roupas e orações durante as madrugadas.

Assim, em diálogo com Freire¹⁵, podemos afirmar que diante de uma situação limite,

inéditos viáveis são construídos por moradores através de diferentes estratégias de apoio e proteção social. São ações que demonstram a pluralidade de Manguinhos, que não se trata apenas de um território de ausências (de educação, saúde, assistência social, direitos humanos), mas um lugar também de vidas desejantes. Foi possível construir alternativas e respostas em prol de um coletivo, em prol de uma sociedade menos injusta e mais solidária. Esse tipo de leitura não é uma análise ingênua que percebe tais ações como a possibilidade de transformação de uma realidade extremamente iníqua, mas uma análise que propõe dar visibilidade a outros discursos. São narrativas que revelam caminhos distintos das respostas desumanas de retirada/expulsão/limpeza do problema usuário de crack para áreas degradadas e/ou periféricas.

Em uma cidade na qual as remoções de certos grupos de pessoas e modos de existência são uma constante, existe muito o que aprender com as pessoas que habitam esses territórios, sua capacidade de criar e recriar sua própria existência em um meio que lhes impõe impossibilidades. Tecendo redes de solidariedade e práticas de resistência.

Para Valla¹⁶, o apoio social é capaz de produzir efeitos emocionais e/ou comportamentais positivos, tanto para quem oferece como para quem o recebe. O apoio mútuo e a solidariedade são ferramentas humanas que auxiliam tanto na prevenção de doenças como no suporte durante o processo de adoecimento. Portanto, relaciona-se com a manutenção e/ou recuperação da saúde, seja pela prevenção, seja pela cura.

No que concerne ao campo das políticas públicas, verificou-se distintas e, por vezes, conflituosas ações do Estado. Como as ações de recolhimento compulsório realizadas pela segurança pública e assistência social, em contraponto às ações de saúde realizadas pelas equipes de CnaR. O que denota um mesmo Estado agindo por meios de repressão, de violações de direitos, em contraponto às ações que visam a garantia de direitos e de acesso.

A dinâmica de um território conflagrado

Acompanhamos diariamente inúmeros relatos e denúncias feitos por moradores do território de Manguinhos em espaços instituídos, como o Colegiado Gestor Intersetorial de Manguinhos (CGI) do Teias Escola Manguinhos, através do contato com lideranças de grupos organizados como o Fórum Social de Manguinhos e a Organização Mulheres de Atitude (OMA) ou pelas páginas nas mídias sociais. Tais relatos trazem à tona um território e uma população que sofre com a opressão causada pelo Estado e pelo tráfico de drogas, seja pela guerra às drogas, seja pelas guerras entre facções rivais na disputa armada pelo controle dos territórios. Assim como a pouca visibilidade dada às mortes e ao adoecimento causado à população.

As falas abaixo foram expostas nas entrevistas e oficinas realizadas e exemplificam parte das denúncias apontadas:

É uma prisão dentro de casa. Essa guerra às drogas também adocece. (Cristina).

Quando a escola fecha as crianças voltam para o meio do tiroteio. (Clara).

[...] estamos com medo. Estamos nos sentindo preso dentro de casa. Não sei onde vamos parar. (Teresa).

Na pesquisa, a ação policial neste território foi vista como frequentemente discriminatória e ilegal, totalmente diferente daquela praticada em outras partes da cidade, como, por exemplo, nos bairros de classe média e alta. Apontam o racismo e a desigualdade social como fatores estruturais que legitimam a morte na periferia, invisibiliza o extermínio de jovens negros e gera sofrimento psíquico nos sobreviventes.

A conscientização da situação de iniquidade significa uma abertura à compreensão das estruturas sociais como modos de opressão e violência em uma sociedade marcada pelos processos de desigualdade e exclusão.

Reconhecer essa diferença histórica possibilita a construção de coletivos e processos de resistência, como colocado por Miguel:

A sociedade tem um grupo que é privilegiado. E esse grupo de privilegiado quer tirar a nossa capacidade de sonhar, de nos indignar. E aí estar nesse momento aqui em grupo vê que a gente não está sozinho [...]. Talvez a gente não estaria de pé, porque esses privilegiados não querem que a gente esteja de pé. (Miguel).

O que os mediadores compreendem como ações necessárias?

Verifica-se que dentro das favelas a questão foi e ainda é majoritariamente tratada como uma questão de segurança pública. Sendo reconhecida a necessidade de ações em saúde, enfocando também aspectos da prevenção e não apenas do tratamento. A prevenção é apontada principalmente por uma preocupação com as crianças e adolescentes do território. Nesse sentido, a proximidade com o tráfico é vista como um elemento de preocupação pelos moradores.

Coloca-se como necessidades o reconhecimento do saber popular por parte dos equipamentos/serviços já existentes. Valla¹⁷ aponta a dificuldade dos profissionais em compreender o que os membros das chamadas classes subalternas dizem. O autor acredita que a dificuldade está mais relacionada a postura na qual o profissional coloca-se, do que com questões de outras ordens. Assinalamos como imperativo a inclusão do saber popular na discussão, na crítica e no levantamento das necessidades atuais das políticas públicas sobre drogas. A associação entre o conhecimento local e outras formas de conhecimento pode potencializar o desenvolvimento de práticas mais democráticas, menos normativas e construir caminhos para movimentos de resistência necessários frente a lógica do governo atual.

Outros pontos levantados são o fortalecimento e ampliação de uma rede de atenção

psicossocial humanizada, que esteja articulada a políticas de moradia e de trabalho. Assim como a necessidade de diálogo com o usuário para melhor percepção do que ele traz como necessidade. É interessante apontar que na pesquisa 'A gênese social do crack' os usuários, ao serem questionados sobre o que esperam de um tratamento para o seu problema com as drogas, reivindicam um pacote de direitos sociais, como serviços de saúde, moradia, educação, emprego, alimentação e banho¹⁸.

Considerações finais

Diante de todo o percurso histórico do caminhar das Reforma Psiquiátrica e diante da disputa de poder existente no campo das políticas de drogas, reafirmamos a necessidade em visibilizar o lugar de fala da população que experiencia de maneira injusta questões relativas às drogas. As falas dos agentes sociais revelam histórias e vivências que descortinam a ausência da garantia de direitos, o cotidiano atravessado pela espetacularização da violência e o descompasso das políticas públicas. Revelam também momentos de lutas, conquistas e a constituição de redes de solidariedade para enfrentar a precariedade da vida. No entanto, o conhecimento produzido por esse grupo de pessoas pouco entra no debate ou mesmo na construção do conhecimento científico.

A perspectiva de reunir, confrontar e estabelecer diálogos entre distintos saberes e perspectivas, pretende fornecer maior qualidade e contextualização à produção de conhecimento. Tem como intuito possibilitar aos diferentes grupos sociais a ampliação de sua capacidade de compreender, interferir e transformar solidariamente uma dada realidade desfavorável¹⁹. Em contexto de territórios em processos de vulnerabilização, como o território de Manguinhos, aumentar o poder político e cidadão da população, através de práticas de produção de conhecimentos sobre os problemas locais, se torna um imperativo¹⁹.

Ao mesmo tempo, o conhecimento produzido pelos mediadores amplia as possibilidades de respostas à problemática do crack frente aos desafios vivenciados pelas instituições de saúde e políticas públicas do campo. Entendemos a dimensão da experiência como um elemento aglutinador de forças sociais nos processos de autoconhecimento e auto-diagnóstico coletivo. O que contribui para a análise das condições de saúde, o planejamento de ações, bem como para o fortalecimento de movimentos de resistência necessário as iniquidades colocadas.

Ressaltamos o potencial desse tipo de estudo ao contribuir para a articulação dos diferentes agentes sociais do território, pautado em uma perspectiva de ciência engajada e emancipatória²⁰. Mesmo ocupando posições distintas no lugar, a pesquisa contou com professores, conselheiros de saúde, militantes, pesquisadores, todos tinham em comum o interesse em melhorias das condições de vida para os moradores de Manguinhos. Esse objetivo comum facilita a capacidade de mobilização.

Além disso, ao emergir da participação popular na construção dialógica do

conhecimento, a pesquisa contribui metodologicamente para repensar um dos dilemas vivenciados desde a constituição do SUS e que se acentua diante do atual desmonte de políticas sociais: a garantia da participação das populações nas decisões que afetam suas vidas. Nesse caso, a garantia do lugar de fala da periferia na análise dos problemas de saúde dos seus territórios.

Por fim, ressaltamos a complexidade do tema e reafirmamos que ele deve ser encarado de forma ética e responsável, articulando diferentes saberes e políticas em prol de melhorias nas condições de vida e saúde da população.

Colaboradores

Costa VC (0000-0002-5519-3570)* contribuiu para a concepção, planejamento e análise do manuscrito; para a elaboração da versão crítica do conteúdo e para a aprovação da versão final. Cunha MB (0000-0001-7509-9138) contribuiu para a análise e interpretação dos dados; para a revisão crítica do conteúdo e para a aprovação da versão final. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
2. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006. 208 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Portaria nº 457, de 16 de abril de 2003. Estabelece a Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Diário Oficial da União. 2003. [acesso em 2020 jan 30]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0457_16_04_2003.html.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Nota técnica nº 11/2019. Esclarece sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União. 2019. [acesso em 2020 jan 30]. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>.
5. Bourdieu P. A miséria do mundo. Petrópolis: Vozes; 1997.
6. Cunha MB. Grotão, Parque Proletário, Vila Cruzeiro e outras moradas: História e Saber nas favelas da Penha. [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 1995. 408 p.
7. Cunha MB. Nos desencontros e fronteiras: os trabalhadores sociais das favelas do Rio de Janeiro. [tese]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2005. 353 p.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. [acesso em 2019 abril 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>.
9. Carvalho MAP, Aciolo S, Stotz EN. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões de rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 101-114.
10. Freire P. Criando métodos para a pesquisa participante: aprendendo a fazê-la através da ação. In: Brandão CR. Pesquisa Participante. 8. ed. São Paulo: Brasiliense; 2006. p. 34-41.
11. Veloso Filho CL. “Cenas de uso de crack no município do Rio de Janeiro - perfil em 2011/2012”. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013. 141 p.
12. Frúgoli Jr H, Cavalcanti M. Territorialidades da(s) crackolândia(s) em São Paulo e no Rio de Janeiro. Anuário Antropológico II. 2013; 38(2):73-97.
13. Machado KS, Simas RS. Redução de danos, insumos e experiência estética: uma análise da prática no consultório na rua do município do Rio de Janeiro. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. 2017; 1(1):67-83.
14. Bastos FI, Neilane B. Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Perfil sociodemográfico e comportamental destes usuários: resultados de uma pesquisa de abrangência nacional. In: Bastos FI, Neilane B, organizadores. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack. Rio de Janeiro: Iicct/Fiocruz; 2014.
15. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
16. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cad. Saúde Pública. 1999; 15(2):7-14.
17. Valla VV. A crise da interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes populares. Educação e Realidade. 1996; 21(2):177-90.
18. Garcia L. Apresentação. In: Souza J. Crack e Exclusão Social. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Cidadania; Secretaria Nacional de Política de drogas; 2016. p. 11-16.

19. Porto MFS, Pivetta F, Guimarães G, et.al. Produção compartilhada de conhecimento e cidadania: a experiência da comunidade ampliada de pesquisa-ação do Laboratório Territorial de Manguinhos, RJ. In: Toledo RF, Jacobi PR, organizadores. A pesquisa-ação na interface da saúde, educação e ambiente: princípios, desafios e experiências interdisciplinares. São Paulo: EDUSP; 2012. p. 193-229.
20. Porto MFS, Pivetta F. Por uma promoção de saúde emancipatória nos territórios urbanos: a proposta do laboratório territorial de Manguinhos. In: Czesresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 207-229.

Recebido em 02/06/2019

Aprovado em 11/09/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará

Rural Family Health Strategy: an analysis from the perspective of popular movements in Ceará

Leandro Araujo da Costa¹, Fernando Ferreira Carneiro¹, Magda Moura de Almeida², Maria de Fátima Antero Sousa Machado³, Alexandre Pessoa Dias⁴, Francisco Wagner Pereira Menezes², Vanira Matos Pessoa¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S803

RESUMO A conquista do direito constitucional à saúde não se efetivou em diversos cenários. A partir dessa realidade, em 2011, foi publicada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). Este artigo objetiva analisar as práticas da Estratégia Saúde da Família (ESF) em territórios rurais no Ceará. Trata-se de estudo qualitativo, descritivo, realizado com 5 movimentos populares, sendo 3 entrevistados de cada um deles, totalizando 15 participantes. Utilizaram-se entrevista semiestruturada e análise do discurso. Os movimentos apontaram que houve expansão da ESF no campo, com avanços no acesso à saúde, apesar de existirem limitações. O Programa Mais Médicos destacou-se como marco relevante. Os movimentos têm o desafio de se apropriarem da PNSIPCFA, e contribuir, juntamente com ESF, para a ampliação da participação popular em saúde e reconhecimento dos saberes e práticas populares, considerando a determinação social da saúde.

PALAVRAS-CHAVE Estratégia Saúde da Família. Sistema Único de Saúde. Saúde da população rural. Serviços de saúde rural.

ABSTRACT *The conquest of the constitutional right to health has not been enforced in various scenarios. Considering this reality, in 2011 the National Policy for Integral Health of Countryside, Forest and Water Populations (PNSIPCFA) was published. This article aims to analyze the practices of the Family Health Strategy (FHS) in agricultural territories in Ceará. This is a qualitative, descriptive study, conducted with five popular movements, with 3 respondents from each movement, totaling 15 participants. Semi-structured interview and discourse analysis were used. The movements pointed out that there was an expansion of the FHS in the Countryside, with advances in access to health, despite some restrictions. The More Doctors Program stood out as a relevant milestone. The movements have the challenge of seizing the PNSIPCFA and contribute, along with the FHS, to the expansion of popular participation in health and recognition of popular knowledge and practices, considering the social determination of health.*

KEYWORDS *Family Health Strategy. Unified Health System. Rural health. Services of rural health.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Eusébio (CE), Brasil.
leoemcuba@gmail.com

²Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.

³Universidade Regional do Cariri (Urca) – Crato (CE), Brasil.

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é público e gratuito no Brasil desde a Constituição de 1988. O direito à saúde, todavia, persiste como reivindicação e luta permanente pelas populações rurais, denominadas neste artigo de Populações do Campo (PC). Estas são camponeses, agricultores, populações atingidas por barragens, extrativistas, pescadores, ribeirinhos, quilombolas, entre outros¹.

As contradições no campo produzidas pelo capitalismo, tais como a modernização conservadora da agricultura (caracterizado por concentração de terras, expansão de monocultivos, o uso intensivo de equipamentos e o modelo produtivo químico-dependente de agrotóxicos e fertilizantes sintéticos), geraram pobreza e desigualdade, contribuindo para as iniquidades em saúde². Ademais, a falta de políticas públicas no campo intensificou a necessidade organizativa das PC para reivindicar direitos. Nesse contexto, surgiram e se consolidaram os movimentos populares, como: Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA), Coordenação Nacional de Quilombolas (Conaq), Confederação dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura (Contag), Comissão Pastoral da Terra (CPT) e outros¹.

Na concepção desses movimentos, lutar pela terra é lutar por saúde, o que dialoga com o documento final da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que afirma a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde³. Nesse sentido, um conjunto de autores reforça a necessidade de compreender que existem fatores que se relacionam e produzem a determinação social da vida, tendo em sua essência os modos de produção da sociedade, como forma de organizar os aglomerados humanos, interferindo no adoecimento das pessoas e dos territórios⁴.

Desse modo, as ações de Promoção da Saúde (PS) devem visar o empoderamento e autonomia das pessoas e das coletividades para o alcance de melhores condições de vida e saúde⁵. Assim, o conhecimento e a participação popular estão imbricados, sendo estratégicos para a transformação da realidade, explicitada pelo conceito de determinação social da saúde, já que a PS deve voltar-se para além dos muros do setor saúde e incidir sobre as condições de vida das populações. Para tanto, é necessário enfrentar as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis existentes na sociedade brasileira^{3,6,7}.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) foi resultado de um processo que se iniciou em 2003 (início do Governo Lula), quando o Ministério da Saúde começou a estruturar o Grupo da Terra para responder à necessidade histórica de construção de uma política de saúde para o campo e para conduzir esse processo, de forma a desenvolver uma ação sistêmica para atender às demandas dos movimentos sociais em diálogo com suas áreas estratégicas. O Grupo da Terra contou com a participação de várias áreas técnicas do Ministério relacionadas com o tema, como: Secretaria Executiva, Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde, Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Gestão Participativa; e órgãos vinculados, como Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Em relação à sociedade civil, participavam o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e os movimentos sociais do campo: MST, Contag, CPT e Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), com a agregação posterior dos representantes dos seguintes movimentos: Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib), Conaq, Federação dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar (Fetraf), Movimento

dos Atingidos por Barragem (MAB), Movimento de Luta pela Terra (MLT), Movimento Nacional dos Pescadores (Monape), MPA, Mulheres Trabalhadoras Rurais Movimento das Margaridas (MTRMM), Movimento Interestadual de Mulheres Quebradeiras de Coco Babaçu (MIQCB), Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste (MMTR-NE), Federação dos Pescadores do Estado de Alagoas (Fepeal) e Movimento de Pescadores e Pescadoras Artesanais (MPP)⁸.

A PNSIPCFA visa à redução das iniquidades históricas vividas por esse grupo populacional, notadamente resultantes de condições sociais, como: níveis de escolaridade e renda, condições de moradia, acesso à água e saneamento básico, segurança alimentar e nutricional e participação social; objetivando a melhoria das condições de saúde, o acesso aos serviços, redução dos agravos e riscos consequentes do modelo brasileiro de desenvolvimento no campo⁹.

Dessa forma, a PNSIPCFA buscou preencher uma lacuna histórica na atenção à saúde, reforçando o princípio da equidade no SUS, com foco na identificação das necessidades específicas desses territórios, considerando a determinação social da saúde, os contextos ambientais e culturais do processo saúde/doença no campo, na floresta e nas águas⁹.

Em 2006, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada em 2012, com objetivo de manter a centralidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) e consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS), capaz de ampliar a cobertura, fornecendo cuidados integrais com desenvolvimento da PS, configurando a principal porta de entrada do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹⁰.

Existem outras políticas públicas de saúde que contribuem para redução das iniquidade no SUS e colaborando para o fortalecimento da PNSIPCFA, como: a descentralização da gestão, o fortalecimento da rede de atenção à saúde, ampliação da cobertura da Atenção Básica (AB), a Rede Cegonha, o Programa

Mais Médicos, a implantação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Rural (Cerest-Rural), implantação dos Comitês Estaduais de Promoção das Políticas de Equidade dentro dos Conselhos de Saúde, fortalecendo o espaço de gestão participativa e controle social¹¹.

No entanto, a nova PNAB, reformulada em 2017, estimula relativização da cobertura universal, com definição de padrões distintos de serviços ofertados pela AB, segmentação do acesso ao cuidado com possibilidades de recomposição das equipes, a desvinculação das equipes dos territórios, a desqualificação do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de reorganização do processo de trabalho na AB, permitindo aos gestores municipais uma suposta maior autonomia, enquanto o Ministério da Saúde renuncia à sua responsabilidade de coordenar e induzir as bases da PNAB. Assim, em um país com realidades locais distintas e com um processo de descentralização que necessita de aprimoramentos este modelo torna-se arriscado, na medida em que traz grande risco de desassistência de parte significativa da população e de perda na qualidade dos serviços da AB¹⁰.

Assim, considerando que já se passaram oito anos de existência da referida política, indaga-se: como os movimentos populares percebem as práticas da ESF nos territórios do campo no Ceará? Este manuscrito analisa as práticas da ESF em territórios rurais/camponeses no Ceará na visão dos movimentos populares do campo.

Material e métodos

Estudo de abordagem qualitativa, descritivo-analítico, realizado no Ceará, Nordeste do Brasil. O estado conta com uma população total estimada em 9.705.649 habitantes para 2018, contando com 80,36% de cobertura pela ESF¹². No entanto, não existem dados sobre a população rural estimada para 2018, tendo

somente dados referentes ao censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), sendo 2.104.065 habitantes na zona rural do Ceará¹³.

A pesquisa foi realizada com cinco movimentos populares do campo do estado do Ceará, que participam do Grupo da Terra no âmbito nacional, sendo eles: CPT, Comissão dos Quilombolas Rurais do Estado do Ceará (Cerquirce), Federação dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares no Ceará (Fetraece), MPA e MST. O Grupo da Terra ainda não está constituído no âmbito de estados ou municípios no Brasil.

Foram entrevistadas três pessoas de cada movimento, totalizando 15 entrevistados, obedecendo os seguintes critérios: uma liderança que atua no âmbito estadual, denominada de dirigente ou coordenador estadual; uma liderança que atua no âmbito regional, denominada de militante; e um representante local, residente permanentemente em território/comunidade organizada pelo movimento, denominado liderança local ou base. As indicações para a entrevista foram feitas pela coordenação de cada movimento.

Utilizou-se para a coleta de dados a entrevista semiestruturada. A pesquisa de campo foi realizada de julho a novembro de 2018. As entrevistas foram gravadas, transcritas e processadas para posterior análise. O roteiro da entrevista abordava situações relacionadas com o modo de assistir as PC por parte da ESF, tendo como perguntas principais relacionadas com os seus respectivos territórios: como é o acesso à saúde? Comente como você vê a atuação e as ações realizadas pela ESF? Que ações da realizadas pela ESF você destacaria? Como as ações de saúde realizadas pela ESF consideram e ou valorizam as práticas populares de saúde? Quem são os profissionais que compõem as equipes da ESF? Quais destes profissionais são residentes/moradores dos territórios? Existem muitas mudanças de profissionais nas equipes de ESF? Tais mudanças implicam no processo de cuidado das pessoas? Para a análise, adotou-se a técnica de Análise do Discurso (AD), que

para Orlandi¹⁴ consiste na extração dos sentidos dos textos, considerando que a linguagem, enquanto trabalho simbólico, não é transparente, mas parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história.

A participação dos convidados foi vinculada à assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), sendo-lhes garantidos todos os direitos versados nas Resoluções nº 466, de dezembro de 2012, e nº 510, de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo parecer nº 636.427, de 14/05/2014, do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília.

Este artigo é resultante da dissertação de mestrado intitulada ‘Análise das práticas da estratégia saúde da família na visão dos movimentos populares do campo e das águas do Ceará’, defendida em abril de 2019.

Resultados e discussão

A ESF e a atenção à saúde às Populações do Campo

Os resultados apontam o modo como a atenção à saúde pela ESF tem ocorrido no cotidiano das PC na visão dos movimentos populares. A ESF consiste no dispositivo assistencial mais próximo das PC, sendo relevante avaliar como está sendo o cuidado a essa população¹⁵. A realidade do modelo de atenção em saúde realizado pela ESF no campo exige a necessidade de visualizar outras dimensões do cuidar, a partir do contexto social de vulnerabilidade dessa população¹⁵.

A singularidade relacionada com as PC está assentada no seu modo de vida e produção. Essa relação forte com o território caracteriza de forma definidora a própria identidade dessas populações, como elas o reconhecem, como povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, com a floresta e com as águas¹⁶.

Por isso, a Equipe de Saúde da Família (EqSF), ao adentrar nos territórios camponeses, precisa levar em consideração essa particularidade, visualizar suas necessidades de saúde mediante um processo de territorialização com participação popular, a fim de organizar as ações de saúde, como aponta a liderança local da Fetraece, quando refere que:

tem que ser feito um grande diagnóstico participativo para buscar dentro das comunidades as suas necessidades, e a partir disso, trabalhar o planejamento de curto, médio e longo prazo.

É importante que, no processo de trabalho, exista aproximação da ESF com a comunidade, para que aquela possa entender as particularidades desta:

Uma das coisas que a gente tenta dialogar com essa equipe [equipe de saúde], é que nós temos as nossas particularidades, nós queremos muitas vezes que participem de rodas de conversa dentro da comunidade, dentro do quilombo para que eles conheçam um pouco sobre nós, ainda assim, é um fator ignorado [...]. (Liderança local da Fetraece).

A ESF ainda tem como desafio a inserção comunitária no campo, de modo a se aproximar da comunidade. Fiuza et al.¹⁷ afirmam que a inserção e a abordagem comunitária são fundamentais para reconhecer o território e requer uma articulação de saberes e experiências, em diálogo com a participação comunitária, respeitando suas identidades, culturas e fortalecendo atores sociais, que realizam cuidados no território. Sendo assim, a ESF que atenda às suas necessidades de saúde em uma perspectiva integral tem que buscar se adaptar aos ritmos da natureza e contar com olhar diferenciado para a diversidade dos modos de produção e geração de vida ou morte nesses territórios.

Nesse caso, é fundamental a territorialização, pois dela decorre a análise da situação de saúde, o planejamento e a implantação de

ações estratégicas, que garantam resolubilidade ao sistema. A territorialização permite a obtenção e análise das informações sobre as condições de vida no território, possibilitando conhecer o contexto e compreender sua dinâmica social, econômica e cultural de forma mais ampliada, aproximando-se dos sujeitos dos territórios, principalmente se realizada de forma participativa e inclusiva^{18,19}.

Com a territorialização, é possível conhecer melhor as necessidades de organização do processo de trabalho da ESF no campo, pois quando esta não reconhece as particularidades do território (modo de vida e produção), atua de modo a reproduzir o modelo urbano, como é destacado pela liderança regional da Cerquirce:

É preciso que tenha esse olhar no campo, as políticas sociais sempre foram pensadas no âmbito urbano, mas nós estamos lá no campo, nós existimos, essa especificidade que é ignorada.

Desse modo, a atenção à saúde nesses territórios requer a necessidade de conhecer, valorizar e considerar as suas especificidades:

Respeitar as particularidades de cada um [dos povos], os ciganos têm uma particularidade, os pescadores têm uma particularidade, todos esses povos do campo, das águas e das florestas tem uma particularidade. (Liderança Regional da Cerquirce).

Complementarmente, é preciso avançar para que as EqSF no campo considerem a dimensão territorial e a correlacione ao processo saúde-doença, considerando a determinação e os determinantes sociais da saúde presentes:

Muitas vezes não compreendem a realidade onde as pessoas estão inseridas, a forma de trabalho, a atividade que desenvolve, atividade agrícola, pecuária. Acaba que alguma atividade que desenvolve, agrícola ou pecuária, produz alguma doença, algum agravo da pessoa, muitas vezes a equipe não tem essa aproximação do território e acaba que não identificando isso. (Liderança estadual do MST).

O modelo de desenvolvimento econômico existente produz impactos no modo de vidas das comunidades e dos trabalhadores, em contextos rurais e urbanos, gerando agravos à saúde decorrentes das modificações ambientais e da forma de organização do trabalho. A ESF necessita avançar na percepção da relação do processo de adoecimento com o modelo de desenvolvimento no campo^{18,20,21}. Reconhecer a complexidade multidimensional das necessidades em saúde exige um conjunto de ferramentas para aproximações sucessivas da realidade, pois o perfil epidemiológico de uma determinada população é determinado pela estrutura de produção e pela estrutura de consumo (modo de vida)³.

Quando a equipe compreende o modo de vida no qual a comunidade está inserida desde o Sertão, a Praia e a Serra, então, cada realidade dessa, é um modo de vida, são culturas diferentes, são trabalhos diferentes, quando a equipe compreende e está inserida nesses territórios, há uma melhor atenção à saúde. (Liderança estadual do MST).

Assim, o modelo de atenção à saúde realizado pela ESF no campo encontra dificuldade em identificar as causas dos adoecimentos, dificultando a realização das ações de prevenção e de PS. Há um despreparo das EqSF para reconhecer os saberes populares e incorporá-los no planejamento do cuidado em saúde, como também a baixa realização de atividades educativas, que podem ser ou não catalizadoras de mudanças na promoção de saúde.

Considerando a ESF na AB o principal espaço para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, este pode ser considerado um ambiente favorável ao desenvolvimento da educação popular em saúde^{22,23}. Mesmo sendo um ambiente favorável para ações fundamentadas na integralidade da atenção e no princípio dialógico do conhecimento entre saberes diferentes, essas potencialidades não garantem a substituição do modelo biomédico (tradicional, vertical e orientado para as

doenças). Portanto, é preciso uma nova postura dos profissionais, maior participação da comunidade e maior permeabilidade dos serviços às necessidades e demandas da população²³.

Fundamentalmente, praticar uma ecologia de saberes (diálogo entre os diversos saberes, combinação e articulação de conhecimentos diferentes – populares e científicos – com vista a fortalecer as ações coletivas acordadas) seria uma possibilidade de avançar na ESF^{20,24}.

Não tenho percebido grandes reclamações das populações da zona rural em relação ao serviço de saúde, mas percebo a ausência de campanhas de prevenção sobre diversas doenças, a falta de valorização dos saberes populares, a falta de diálogo com as populações do campo sobre cuidados e doenças específicas de sua realidade, um total desconhecimento do cenário que envolve o uso de agrotóxicos e a consequente falta de interesse e de ações na prevenção e combate às doenças causadas pelos agrotóxicos. (Liderança estadual da CPT).

É importante visualizar que a entrevistada percebe e destaca os agrotóxicos como um problema vivido, e ainda, um desconhecimento acerca das consequências para a saúde humana, sem mencionar o impacto ambiental. Isso permite indagar sobre a formação das EqSF para abordar temas relacionados com o modelo de desenvolvimento adotado no campo, que tem estimulado, cada vez mais o uso intensivo de agrotóxicos^{21,25,26}.

A atenção à saúde realizada pela ESF no campo ainda encontra dificuldade no que se refere a PS e prevenção de doenças, centrando suas ações no atendimento individual curativo, reproduzindo o modelo biologicista, como é referido pela liderança regional do MST, ao afirmar que:

em todas as comunidades que conheço até agora, tanto numa como em outra, a equipe vai mais para o cuidado mesmo, vai mais para atender, diagnosticar e passar a receita, encaminhar mesmo para exames.

Essa forma de realizar atenção à saúde pela ESF, pautada no atendimento individual e focada na doença, também é referenciada por uma liderança do MPA, ao apontar que, os atendimentos

ficam muito centrados nas consultas, às vezes, eles realizam algum evento dentro do postinho, eu não vejo realizando nas comunidades, fica muito centralizado no postinho.

A atenção à saúde praticada pela ESF no campo ainda está distante dos princípios da ESF, que busca garantir atenção integral, com foco nas famílias. As ações voltadas para participação comunitária e PS ainda são fragilizadas nos territórios das PC, como é relatado abaixo.

[...] eu vivo numa região fortemente impactada pelos agrotóxicos das empresas do agronegócio e, por vezes, também utilizados pelos agricultores. Não há nenhuma orientação sobre as consequências dos agrotóxicos para a saúde humana por parte dos gestores e profissionais da saúde. (Liderança estadual da Fetraece).

Por outro lado, os ACS conseguem representar diferencial por meio de suas ações nas EqSF no campo, como relata liderança local da Cerquirce, quando diz que “*quem realmente vem para a comunidade são as agentes de saúde, os profissionais como médico, dentista, eles ficam mais na sua base mesmo, no posto*”.

O ACS teve, desde a sua criação uma atuação mais próxima do território, já que seu trabalho é centrado na visita domiciliar. Em cenários do campo, em que há comunidades espaçadas geograficamente, ele é um profissional fundamental nessa aproximação em territórios de difícil acesso pela EqSF.

Segundo Bornstein e Stotz²⁴, a função mediadora dos ACS pode ser de grande importância na mudança do modelo assistencial, mas cabe perguntar se a ESF contém os elementos que permitem o desenvolvimento do potencial transformador dos agentes, portanto, há que se investir na formação deles.

No Ceará, esses profissionais só realizaram a qualificação básica, nunca tendo concluído o curso técnico de ACS.

Um destaque que daria aqui, é a presença de lideranças, agentes da CPT, que são Agentes Comunitários de Saúde, elas tão no lugar do vivido, estão no lugar da identidade socialmente construída, esse agente de saúde advindo da experiência do sindicato, da CPT, da comissão pastoral da terra, tem um outro jeito de fazer que vai de encontro ao papel que é o agente de saúde. (Liderança regional da CPT).

O ACS aproxima-se da identidade do território, não se restringindo às atividades demandadas pelo serviço de saúde, o que faz com que a população o veja como membro da equipe de saúde, mas também, como membro da comunidade, convivendo com a realidade e com as práticas de saúde existentes²⁷. Assim, há um duplo papel desenvolvido pelo ACS, pois acaba sendo, ao mesmo tempo, agente e sujeito, e, portanto, tem um potencial importante para as ações de PS e de transformação do território²⁸.

Outra observação mencionada é que há uma desvalorização dos saberes das PC, visto como o não reconhecimento das práticas populares de saúde pela ESF, como afirma a Liderança regional da Cerquirce:

[...] Nós usarmos remédios das plantas medicinais dentro do território é uma resistência [...] A grande maioria dos médicos, dos profissionais de saúde, eles ignoram completamente esse nosso saber.

Para Silva²⁹, as práticas populares de saúde são saberes que integram a vida das PC, essas práticas estão inseridas no cotidiano das comunidades camponesas, notadamente nos assentamentos, acampamentos, comunidades tradicionais, nos quilombos e reservas extrativistas. Essas práticas populares de cuidado em saúde precisam ser reconhecidas e compreendidas pela EqSF, para que a equipe possa construir alianças terapêuticas e planos de

cuidado integral. Reconhecer e dialogar com as práticas populares de saúde existentes pode colaborar para a qualidade de vida da PC, contribuindo para a transformação do cuidado em saúde, que, mediante a educação popular, podem gerar ações que direcionam para a PS.

[...] a equipe não procura saber se tem esse tipo de cuidado [práticas populares de saúde], que se sabe, e que tão ali, todos os dias, que se cuidam e cuidam do outro. Não procuram saber se no território tem pessoas, que possam fazer isso, que possam promover a saúde, [...] não procuram identificar espaços que cuidam. (Liderança regional do MST).

Rückert, Cunha e Modena³⁰ apontam que as práticas populares de saúde são concebidas por meio da apreensão e leitura de mundo pelos povos, de suas heranças culturais, de suas vivências e suas condições de vida, que possibilitam a autonomia, de modo a serem sujeitos ativos na promoção de sua saúde e autocuidado. Dessa forma, a ESF, em muitos momentos, não atua de modo a efetivar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), conseqüentemente, não identificando ou reconhecendo as práticas populares de saúde nos seus territórios.

Embora compreendamos que existe hoje a política que contempla essas práticas integrativas, infelizmente não existe ainda o conhecimento de todas as equipes dessas práticas e muitas vezes não são reconhecidas, aí fica só no remédio e só isso não dá conta. (Liderança estadual do MST).

Para Pinheiro e Bittar³¹, o diálogo é um processo árduo e que exige abertura e capacidade de escuta, em que o profissional tenha a capacidade de lidar com a aflição de ter seu saber contrariado, e de saber visualizar os saberes populares, a partir da visão dos sujeitos, que vivem nos territórios, ainda que divergindo do seu olhar. Assim, cada população, seja do campo, da floresta e das águas, tem o seu modo de produção e reprodução social, cultural,

econômico que precisam ser compreendidos, a fim de buscar estratégias às suas demandas e necessidades de saúde, pois essas populações guardam um saber ancestral muitas vezes ancorados em um profundo conhecimento da relação entre a natureza, a biodiversidade de seu território e sua saúde¹⁶.

Outro aspecto relevante na edificação dos serviços e ações de saúde no campo é a dificuldade de permanência dos profissionais de saúde nos territórios. Os entrevistados referem que há rotatividade de profissionais na ESF, com destaque para o médico, fragilizando o vínculo e a longitudinalidade do cuidado:

O médico é o que mais troca [rotatividade], isso é muito ruim para gente. Primeiro, que para você falar sobre você, você precisa também conhecer um pouco do médico, ter um pouco de vínculo, essa rotatividade quebra, esmaga esses vínculos, que eu penso muitas vezes, não pode criar vínculo, tem sim, que criar vínculo, o profissional médico e o paciente, pode haver vínculos e não vai atrapalhar e não vai tirar dele o profissionalismo. (Liderança regional da Cerquirce).

Essa rotatividade de profissionais afeta toda a dinâmica assistencial preconizada pela ESF, como podemos constatar na percepção abaixo:

[...] quando acontece essa rotatividade por mais que seja um bom desempenho para o desenvolvimento da atividade deles, quebram um pouco, porque quando acontece a rotatividade, eu acredito que quando se troca de profissional, o paciente em si, o indivíduo em si, deixa de ser bem mais assistido na minha visão. (Liderança local do MST).

Um fator agravante da situação é a desigualdade distributiva dos médicos, profissional de maior dificuldade de fixação, reflexo da atração destes por cidades de maior porte populacional, localizadas em regiões economicamente mais desenvolvidas, que oferecem maiores oportunidades educacionais e profissionais. A atração e a fixação de médicos são

um problema complexo, que envolve motivações intrínsecas e extrínsecas que influenciam a escolha do local de atuação do profissional³².

Permanece, dessa forma, como um desafio o avanço do acesso ao atendimento médico para a PC. Como afirma Stralen et al.³², não existe uma fórmula única para promover a atração e fixação de médicos em áreas remotas e desassistidas e, portanto, a atração e fixação de profissionais deve ser um exercício constante entre os planejadores de recursos humanos em saúde³².

Em muitos municípios, identifica-se a redução da carga horária de trabalho para os médicos, associada à alta rotatividade das equipes, comprometendo a prestação dos cuidados e a qualidade da assistência na APS³³. Outro fator que influencia a rotatividade de profissionais está relacionado com a mudança dos gestores do poder executivo nos municípios, como referido abaixo:

Geralmente, há rotatividade no período pós-gestão, pós-mudança de eleição, há uma rotatividade da equipe, daqueles que não são concursados, passa aí modificam geralmente um médico, enfermeira, muitas vezes, o dentista, e aí, a equipe perde o ritmo que vinha anteriormente, conhecer a realidade, os casos de cada indivíduo, até pegar esse ritmo novamente há uma perda. (Liderança estadual do MST).

Existem motivações tanto objetivas como subjetivas na rotatividade de médicos e enfermeiros na APS. Tal motivação decorre de situações como o vínculo precário na contratação e dificuldades de relacionamento político entre profissional e gestor. Portanto, é importante a promoção da desprecarização dos vínculos trabalhistas, fundamentalmente mediante concurso público, com um plano de cargos e salários que estimule os profissionais à qualificação para o trabalho e permanência na ESF. O modelo de gestão participativa favorece a permanência dos profissionais e pode resultar em satisfação e comprometimento com a proposta da ESF³⁴.

A partir desse cenário, adotou-se o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), em 2013, que possibilitou o avanço no acesso e permanência do profissional médico nesses territórios:

Nos últimos anos, o Mais Médicos possibilitou o tempo maior do médico na comunidade, e que o atendimento se voltasse um pouco mais à realidade da família e da atividade que a família desenvolve, isso foi positivo e ajudou todo mundo aqui no nosso território. (Liderança estadual do MST).

O PMMB apresentou-se como estratégia de melhoria da cobertura da ESF e fortalecimento da APS, tendo como iniciativas levar profissionais médicos para regiões onde havia essa escassez; investimentos na construção, reforma e ampliação das unidades básicas de saúde e instituindo qualificação da formação médica³⁵. Ele possibilitou a fixação de médicos em regiões vulneráveis e com iniquidades sociais, sendo muitas regiões de vivência das PC³⁵; elevou o número de médicos na ESF, com melhor assistência, oferecendo alívio ao problema da escassez de médico de forma emergencial^{36,37}, ampliou o acesso à saúde e possibilitou novas práticas de cuidado, fortaleceu a integração das equipes, apoiando a organização dos serviços, contribuindo para o fortalecimento da APS³⁸.

O PMMB trouxe mudanças nas ações da ESF com a vinda de profissionais estrangeiros, principalmente cubanos, que realizam uma prática médica mais voltada para a promoção e prevenção, distanciando-se do modelo hospitalocêntrico, com atenção mais integral e valorizando os aspectos culturais da população^{39,40}.

[...] quando chegou o Programa Mais Médicos, a grande maioria dos profissionais, eles eram médicos formados em Cuba. Eles foram formados dentro dessa lógica de cuidar bem das pessoas, desse cuidado de uma saúde mais humanizada e utilizando práticas integrativas. (Liderança estadual da Fetraece).

Os movimentos populares apontaram sugestões para a organização do processo de trabalho das EqSF do campo, conforme o relato a seguir:

Fazer um levantamento das situações específicas que impactam sobre a saúde dos povos do campo, da floresta e das águas. Depois, uma discussão ampla, envolvendo as comunidades, os profissionais da saúde, os gestores, sobre as políticas públicas de saúde e sua contextualização. Em seguida, adequar os serviços de saúde às necessidades reais destes povos. E, por fim, criar um espaço de permanente de planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde para o campo. A partir de então, garantir o orçamento necessário para a execução das políticas públicas. (Liderança Nacional da CPT).

Outra sugestão apontada para melhorar as ações de trabalho da ESF no campo foi a realização de processo formativo permanente para os profissionais que atuam nas EqSF:

[...] qualificar os profissionais na área de saúde, às vezes, não recebe nenhum tipo de qualificação, formação continuada e integrar a questão do sistema público de saúde com a realidade local com o ponto de vista social, das práticas complementares, eu avalio que seja essas três coisas ajudaria muito a melhorar a situação das populações do campo, da floresta e das águas. (Liderança Nacional da Contag).

A percepção dos movimentos populares do campo no Ceará acerca das práticas da ESF precisa ser compreendida no contexto estadual. O estado foi pioneiro na implantação dos ACS (1986) e da ESF (1991), com histórico de incentivo e apoio à APS. Todavia, a ampliação do acesso aos serviços na lógica da PS persiste como um grande desafio.

As entidades do Campo do Ceará também guardam suas especificidades organizativas e políticas, mas, quando se trata da forma como percebem a ESF nas áreas rurais, foi encontrada relevante convergência nos discursos. A realidade de como se vive a falta de acesso à

saúde nesses territórios na visão dos entrevistados, por exemplo, é muito semelhante como já indicaram outros autores^{8,41}.

Destaca-se, fundamentalmente, a necessidade de as EqSF conhecerem o território, as características da população, o modo de vida, a cultura; e ter a sensibilidade de perceber como os impactos das transformações decorrentes do modelo de desenvolvimento no campo incidem no processo saúde-doença das populações desses territórios, como uma dimensão para o planejamento de práticas de saúde coerentes com a realidade camponesa.

Considerações finais

As práticas de saúde na ESF no campo no Ceará ainda não atendem às necessidades e aos problemas de saúde do território, primordialmente por desconsiderar: o modo de vida, o modelo de desenvolvimento, a participação comunitária, os saberes populares e as práticas populares de saúde já existentes. Esses aspectos corroboram para a preservação e reprodução de modelo biomédico e distanciamento do modelo orientado pela PS.

Apesar disso, houve expansão da ESF, garantindo acesso e assistência à saúde nas comunidades camponesas, mesmo com limitações do modelo assistencial. Há dificuldades de fixação dos profissionais nesses territórios, principalmente do médico. A rotatividade dos profissionais também associa-se à precarização do trabalho das EqSF. A rotatividade dificulta a constituição de vínculo, inserção territorial, longitudinalidade do cuidado, o que compromete o cuidado integral. Destacou-se o PMMB na melhoria desses atributos na ESF no campo. O único profissional com notável inserção comunitária citado foi o ACS, que está presente nos territórios, dialogando com o modo de vida das PC.

A visão dos movimentos populares do campo, na perspectiva da garantia do direito à saúde, considerando a implementação da PNSICFA, reforça que a atuação da ESF no

campo deve: realizar territorialização participativa para reconhecimento dos modos de vida, do modelo de desenvolvimento, bem como das fortalezas e das ameaças à saúde da população em seus territórios; incorporar ações das práticas populares de cuidado existentes no território; valorizar os cuidadores(as), potencializando o empoderamento popular mediante a educação popular em saúde; adotar estratégias de contínua formação dos profissionais de saúde, a fim de facilitar a compreensão da diversidade social, étnica, política e cultural desses territórios; e, também, maior abordagem na formação profissional das políticas de equidade no SUS, em especial, a PNSIPCFA, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), a PNPIC e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), pois são fundamentais para realização do processo de trabalho nesses territórios; reforçar a relevância do PMMB para provimento de médicos para campo; e fortalecer necessariamente a ESF como modelo assistencial primordial no campo, pois, mesmo com os limites, garante o acesso ao serviço de saúde; investir no ACS como protagonista para atuação comunitária, com foco na família; e fomentar mecanismos

de participação popular, que possibilitem a escuta qualificada da comunidade.

Ademais, os movimentos populares do campo precisam se apropriar da PNSIPCFA, a fim de reivindicar sua implementação, como meio para efetivação do direito à saúde, e fortalecer a participação popular nos seus territórios. A ESF necessita ampliar sua visão de saúde e cuidado, considerando a construção histórica dos movimentos populares do campo na luta contra todas as formas de opressão, promovendo em conjunto a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Colaboradores

Costa LA (0000-0002-8475-5288)*, Carneiro FF (0000-0002-6625-9715)*, Almeida MM (0000-0002-4806-2345)*, Machado MFAS (0000-0002-2541-8441)*, Dias AP (0000-0002-5594-7221)*, Menezes FWP (0000-0001-5877-6504)* e Pessoa VM (0000-0003-3676-9607)* contribuíram para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Carneiro FF, Pessoa VM, Teixeira ACA. Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde. Brasília, DF: UnB; 2017.
2. Delgado GC, Cardoso Junior JC, organizadores. A universalização de direitos sociais no Brasil: a previdência rural nos anos 90. 2. ed. Brasília, DF: Ipea; 2002.
3. Pettres AA, Ros MA. A Determinação Social da Saúde e a Promoção da Saúde. *Arq. Catarin Med.* 2018; 47(3):183-196.
4. Breilh J. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: Nogueira RP. Determinação social da saúde e reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 112-123.
5. Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
6. Porto MFS, Cunha MB, Pivetta F, et al. Comunidades ampliadas de pesquisa ação como dispositivos para uma promoção emancipatória da saúde: bases conceituais e metodológicas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(6): 1747-1756.
7. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde debate.* 2017; 41(112):63-76.
8. Carneiro FF. A saúde no campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de "bóias frias" em Unai, Minas Gerais, 2005 [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). *Diário Oficial da União.* 27 Jul 2013. [acesso em 2020 jan 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html.
10. Morosini MVGC, Fonseca AF. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? *Cad. Saúde Pública.* 2018; 33(1):1-4.
11. Silva FCCM. Promoção da equidade no SUS: saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha; 2014.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2015 [internet]. Brasília, DF: IBGE; 2015. [acesso em 2018 dez 10]. Disponível em: <http://www.biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 – Características Gerais da População. Resultados da Amostra [internet]. Brasília, DF: IBGE; 2010. [acesso em 2018 dez 10]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default_populacao.shtm.
14. Orlandi EP. Análise do discurso: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes; 2000.
15. Targa LV. Área rural. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 431-442.
16. Silva FCM. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas e o Ambiente. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa, Organizador. Saúde e Ambiente para as Populações do Campo da Floresta e das Águas. Brasília, DF; 2015.
17. Fiuza TM, Ribeiro MTAM, Esteche FF. Abordagem comunitária: inserção comunitária. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 159-166.

18. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro F. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(8):2253-62.
19. Borges C, Taveira VR. Territorialização. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, organizadores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática.* Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 241-247.
20. Pessoa VM. Ecologia de saberes na tessitura de um pensamento em saúde no sertão: do conhecimento regulação às práticas emancipatórias na estratégia saúde da família [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2015.
21. Carneiro FF, Rigotto RM, Augusto LGS. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. São Paulo: Expressão Popular; 2015.
22. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface.* 2004; 8(15): 258-74.
23. Bornstein VJ, Stotz EN. O Trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. *Trab educ saúde.* 2008; 6(3):457-480.
24. Santos BS. Prefácio. In: Carneiro FF, Pessoa VM, Teixeira ACA, organizadores. *Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde.* Brasília, DF: UnB; 2017.
25. Rigotto RM, Carneiro FF, Marinho AMCP. O verde da economia no campo: desafios à pesquisa e às políticas públicas para a promoção da saúde no avanço da modernização agrícola. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(6):1533-1542.
26. Pessoa VM, Rigotto RM. Agronegócio: geração de desigualdades sociais, impactos no modo de vida e novas necessidades de saúde nos trabalhadores rurais. *Rev bras Saúde ocup.* 2012; 37(125):65-77.
27. Fraga OS. Agente comunitário de saúde: elo entre a comunidade e a equipe da esf? [Monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
28. Losco LN, Gemma SFB. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. *Interface (Botucatu).* 2019; 23(18):1-13.
29. Silva FCCM, Gonçalves JWS, Santorum JA. Saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha; 2014.
30. Rückert B, Cunha DM, Modena CM. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. *Rev Interface comun saúde educ.* 2018; 22(66):903-14.
31. Pinheiro BC, Bittar CML. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. *Cinergis.* 2016; 18(1):77-82.
32. Stralen ACSV, Massote AW, Carvalho CL. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. *Physis.* 2017; 27(1):12-27.
33. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. A Ampliação das Equipes de Saúde da Família e o Programa Mais Médicos nos Municípios Brasileiros. *Trab Educ Saúde.* 2017; 15(1):131-145.
34. Medeiros CRG. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(1):1521-1531.
35. Silva FCCM. Contribuições do Programa Mais Médicos e da Estratégia de Saúde da Família no acesso à saúde das populações do campo, da floresta e das águas. In: Carneiro FF, Pessoa VM, Teixeira ACA. *Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde.* Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2017. p. 132-43.
36. Girardi SB, Stralen ACS, Cella JN. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(9):675-84.
37. Lima MC, Teixeira ACA, Barros E. O fazer rural. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. *Tratado de Me-*

- dicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Art-med; 2012. p. 77-84.
38. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. Ciênc. Saúde Colet. 2016; 21(9):2785-96.
39. Rios DRS, Teixeira C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. Saúde Soc. 2018; 27(3):794-808.
40. Martins ACP, Sant'anna PA, Rocha JFD. Programa mais médicos: uma revisão integrativa. Rev Bras Promoç Saúde. 2017; 30(4):1-14.
41. Silva FCCM. Saúde das populações do campo, da floresta e das águas: luta, conquista e direito [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2016.

Recebido em 02/06/2019

Aprovado em 21/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Saúde no campo: caminhos percorridos pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST)

Health in the countryside: paths taken by the Landless Rural Workers Movement (MST)

Camila Goes da Silva¹, Clara Aleida Prada²

DOI: 10.1590/0103-11042019S804

RESUMO A saúde tem múltiplos fatores determinantes, entre eles, a posse da terra e a posição de classe de um grupo populacional. Este artigo teve como objetivo debater o conceito saúde do campo a partir da construção do conceito 'do campo' no caminho percorrido pela educação e pela saúde dentro do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Foi realizada a análise documental de textos desenvolvidos pelo próprio MST e de pesquisas sobre o movimento, assim como entrevistas já publicadas a lideranças. O conceito 'do campo' tem sido amplamente debatido pelo Setor da Educação e Saúde no MST ressaltando seu significado como lugar de vida, e não somente de produção, que não deve ser definido só a partir do antagonismo da cidade. A educação do campo é pensada pelos próprios camponeses favorecendo sua identidade, costumes e cultura. A saúde é preocupação do MST desde 1980 quando foram criadas as equipes de saúde nas primeiras ocupações de terras. O MST tem desenvolvido encontros e documentos de discussão sobre o tema, refletindo sobre a saúde e reivindicando, além da atenção médica com prioridade à promoção e prevenção, o respeito às diferenças culturais e o fortalecimento das práticas não convencionais em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Saúde. Classe social. Educação. População rural.

ABSTRACT *Health has multiple determinants, including land tenure and the class position of a population group. This article aimed to discuss the concept of health in the countryside, based on the construction of the concept of 'the countryside' on the path of education and health within the Landless Rural Workers Movement (MST). Documentary analysis of texts developed by the MST itself and research on the movement was carried out, as well as interviews already published to leaders. The concept of 'the countryside' has been widely debated by the Education and Health Sector in the MST, emphasizing its meaning as a place of life, and not only of production, which should not be defined only from the antagonism of the city. Rural education is thought by the peasants themselves, favoring their identity, customs and culture. Health has been a concern of the MST since 1980 when health teams were created in the earliest land occupations. The MST has developed meetings and discussion papers on the subject, reflecting on health and claiming, in addition to medical care with priority to promotion and prevention, respect for cultural differences and strengthening of unconventional practices in health.*

KEYWORDS *Health. Social class. Education. Rural population.*

¹ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) - Cruz das Almas (BA), Brasil.
camila.goes@ufrb.edu.br

² Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) - Feira de Santana (BA), Brasil.

Introdução

No Brasil, o principal processo de luta pela democratização da saúde foi liderado pelo Movimento da Reforma Sanitária (MRS), iniciado na década de 1970. As concepções de saúde, elaboradas por esse movimento, estavam pautadas na determinação social e histórica, além de associar os aspectos culturais, psicológicos e subjetivos¹.

Nesse sentido, no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, em um contexto de intensa luta pela redemocratização do Brasil e um marco na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), diz-se que:

[...] a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, 'acesso e posse de terra' e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas²⁽⁴⁾.

O conceito de saúde expresso na Constituição Federal de 1988 apresenta uma forte influência dessa elaboração da VIII CNS e do MRS. A Lei nº 8.080 estabelece que

a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais³⁽¹⁾.

O acesso e a posse da terra foram excluídos dos determinantes sociais no texto constitucional, validando a força da burguesia agrária na composição do Estado brasileiro.

Os determinantes sociais são a manifestação da posição de classe de um grupo populacional que condiciona seu estado de saúde, em muitas situações, mais do que as condições biológicas ou o estilo de vida. As iniquidades podem ser amenizadas, mas jamais anuladas, por sistemas de saúde públicos e serviços de assistência social. Barradas⁴⁽¹⁹⁾ afirma que

consideramos os padrões de saúde e doença como as consequências biológicas dos modos de vida e trabalho próprios de cada grupo social, determinados pela organização econômica e pelas prioridades políticas da sociedade.

Em 2005, foi criada a Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (CDSS) dentro da Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa comissão propôs dois tipos de determinantes sociais para a saúde: os estruturais e os intermediários⁵. Os determinantes estruturais são compostos pelas relações de gênero e de etnia, pela organização social e classe social e pelo contexto sociopolítico e econômico. Esses fatores determinam o nível de escolaridade, emprego e renda dos indivíduos. São considerados determinantes estruturais, pois agem e condicionam os determinantes intermediários, impactando na equidade em saúde da sociedade.

Os determinantes intermediários são os fatores relacionados com o estilo de vida e de comportamento, os fatores biológicos e psicossociais, assim como as circunstâncias materiais, como: trabalho, alimento e moradia. O sistema de saúde também faz parte dos determinantes intermediários. Tais fatores atuam de forma diferenciada no estado de saúde, de acordo com a posição socioeconômica dos indivíduos ou das classes⁶.

O paradigma moderno compreende dois mundos opostos: a cidade, cosmopolita, avançada e pujante; e o campo, atrasado, local e simples. Dessa forma, é mantida a tendência na política e na gestão de entender o desenvolvimento como o passo do atraso ao moderno, do rural ao urbano, do agrícola ao industrial.

Nessa lógica, os governos da América Latina reafirmaram o modelo civilizatório imperante, sua lógica produtivista, seu modelo energético não sustentável e colocaram a produção petrolífera, agroindustrial e da mineração como a única via para combater a crise e enfrentar as imperiosas necessidades do desenvolvimento⁵.

No Brasil, a posse da terra tem sido objeto de reivindicações dos movimentos populares que têm, por objetivo, a Reforma Agrária. Essa luta enfrenta os latifundiários contra os trabalhadores sem terra em um antagonismo entre classes sociais com objetivos distintos, produção capitalista do agronegócio baseado no monocultivo e voltado para a exportação contra a luta pelo direito de ter um pedaço de chão para a produção de alimentos, para o consumo interno. Nesse âmbito, a correlação de forças que tem prevalecido desde a formulação da Constituição Federal de 1988, assim como na legislação posterior, não levou a uma reforma agrária estrutural, “permitindo, no máximo, políticas de assentamentos sujeitas a vicissitudes de ordem política, orçamentária e operacional”⁷⁽⁴⁰⁰⁾.

Dessa forma, o objetivo deste artigo é debater o conceito ‘saúde do campo’, a partir do caminho percorrido pelo Setor de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). A pesquisa foi realizada por meio da análise documental e faz parte da dissertação de mestrado intitulada ‘Saúde do Campo no assentamento Tiradentes, em Mari, na Paraíba’, defendida na Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca em 2016. Nessa pesquisa, foram identificados materiais produzidos pelo MST, nos quais existe referência ao tema educação do campo e saúde para construir a narrativa.

Resultados e discussão

O MST foi fundado em 1984, no Paraná, com os objetivos de lutar pela terra, pela reforma agrária e por mudanças sociais no País. A partir de 1985, as ocupações se multiplicaram

pelos estados, e a organização se fortaleceu de forma autônoma a partidos e governos. Parte de suas reivindicações foi contemplada pela Constituição Federal de 1988, a exemplo da definição sobre a função social da propriedade rural, porém, a implementação de medidas neoliberais nos governos posteriores e a consequente repressão limitaram o seu alcance. O MST tem liderado a luta pela Reforma Agrária com ocupações de terra improdutivas e marchas pelo Brasil, defendendo uma sociedade justa, fraterna e igualitária⁸.

A construção do termo ‘do campo’ pelo MST

O conceito ‘do campo’ vem sendo amplamente debatido pelo Setor de Educação do MST, desde o I Encontro Nacional de Educadoras e Educadores da Reforma Agrária (Enera) em 1997. Este evento foi palco de alguns marcos históricos: a primeira Ciranda Infantil Nacional, espaço de educação, lazer e cuidado construído para as crianças durante as ações e atividades do movimento; também se realizou a primeira reunião com as universidades que desencadeou na criação do Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária (Pronea) em 1998; por fim, o MST convocou um encontro de educadores de todo o meio rural na Conferência Nacional por uma Educação Básica do Campo em 1998⁹.

No processo de construção dessa Conferência, iniciou-se a Articulação Nacional por uma Educação do Campo, na qual se debateu: a importância de reafirmar o campo como lugar de vida, e não só de produção; a necessidade de lutar por políticas públicas para as populações camponesas; assim como construir projetos políticos-pedagógicos vinculados à realidade do campo. As escolas, além de se concentrarem nas sedes dos municípios, possuem um projeto educativo baseado na realidade urbana. Isto é contraditório com a realidade dos educandos de origem camponesa. Defendeu-se que “A maioria das sedes dos pequenos municípios é rural, pois sua população vive direta ou indiretamente da produção do campo”¹⁰⁽¹¹⁾.

Denunciaram-se os problemas da educação do campo: falta de escola, de infraestrutura, de qualificação docente, de políticas de valorização do magistério e de apoio às inovações. Constatou-se um alto índice de analfabetismo nas áreas. Por fim, observou-se que, nas escolas formais, as crianças e jovens são deseducados a viver no campo, prejudicando sua identidade camponesa. Diz Kolling¹⁰⁽¹²⁾, “crianças e jovens têm o direito de aprender da sabedoria dos seus antepassados e de produzir novos conhecimentos para permanecer no campo”.

A Articulação Nacional por uma Educação do Campo estabeleceu dois objetivos gerais: mobilizar o povo para lutar por políticas públicas que visassem à escolarização dos camponeses e refletir, debater e construir propostas político-pedagógicas de educação do campo. Propôs-se um projeto educativo do campo articulado a um Projeto Nacional de Educação, pautado em uma educação para humanização plena do ser humano.

O direito à educação somente será garantido no espaço público. Nossa luta é no campo das políticas públicas e o Estado precisa ser pressionado para que se torne um espaço público. Os movimentos sociais devem ser guardiões desse direito e o Estado deve ouvir, respeitar e traduzir em políticas públicas as demandas do povo que vive no campo¹⁰⁽¹⁴⁾.

Nos anos seguintes, a luta continuou nos estados, e veio a formulação das Diretrizes Operacionais para Educação Básica nas Escolas do Campo¹¹. Portanto, a Educação do Campo caracteriza-se por ser, ao mesmo tempo, um fenômeno, um processo e uma modalidade pedagógica construída pelos trabalhadores do campo em luta. Nasceu enquanto reivindicação popular de diversos movimentos de luta pela terra. Atualmente, é também uma política pública, mas continua existindo enquanto experiência fora da estrutura estatal. É uma contraposição de forma e conteúdo à educação rural proposta pelo Estado brasileiro, por isso a negação da palavra rural e a proposição da expressão do campo¹².

Em 2002, a Articulação Nacional por uma Educação do Campo declarou a necessidade de

construção de uma escola que esteja no campo, mas que também seja do campo: uma escola política e pedagogicamente vinculada à história, à cultura, às causas sociais e humanas dos sujeitos do campo e não um mero apêndice da escola pensada na cidade¹⁰⁽¹³⁾.

Discutiu-se o emprego do termo Educação ‘do’ e ‘no’ Campo, em contraposição a Educação para o campo, elaborada por agentes externos à realidade camponesa:

No: o povo tem o direito de ser educado no lugar onde vive. Do: o povo tem direito a uma educação pensada desde o seu lugar e com a sua participação, vinculada à sua cultura e às suas necessidades humanas e sociais¹⁰⁽²⁶⁾.

Essa proposta evidencia que o campo é o lugar de produção e reprodução da vida de milhares de camponeses, como os quilombolas, indígenas, assentados, ribeirinhos, povos de floresta, pequenos agricultores, caboclos, boia-fria, sem-terra, agregados, meeiros, pescadores etc., que resistem à expulsão imposta pelo modelo agrícola dominado pelo agronegócio. Esses povos têm uma raiz cultural própria, um jeito de trabalhar, de ver e viver no mundo que é distinto do meio urbano. Por isso, a Educação do Campo considera que todos devem ter o direito a pensar o mundo, a partir do lugar onde vive, isto é, de sua própria realidade.

O povo que vive no campo tem que ser o sujeito de sua própria formação. Não se trata, pois, de uma educação ou uma luta para os, mas sim dos trabalhadores do campo e é assim que ela deve ser assumida por todos¹⁰⁽²⁰⁾.

A saúde no MST

Da mesma forma como a educação não está pensada para a permanência do camponês

no seu território, a resposta às necessidades de saúde dessas populações do campo também se caracteriza pelo abandono do Estado. No Brasil, ainda são observadas altas prevalências de doenças infecciosas, como dengue, tuberculose, leishmaniose e leptospirose etc., que refletem precárias condições de vida e limitações no acesso aos serviços de saúde. Além disso, observa-se um aumento significativo do sobrepeso e da obesidade, assim como das doenças crônicas não transmissíveis. Nesse sentido, o conceito de Determinantes Sociais da Saúde define que as condições sociais nas quais os indivíduos nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem são responsáveis pelas enormes diferenças na situação de saúde entre países e entre os grupos populacionais do interior deles¹³.

O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira conformado por pesquisadores, movimento estudantil, movimento de profissionais da saúde e sindicatos foi uma reforma social geral com o objetivo da mudança no estilo de vida. Seus aspectos centrais são a democratização da saúde, do Estado e da sociedade alinhada a outras mobilizações sociais e políticas rumo à construção de políticas públicas universalistas e igualitárias, entre elas, o movimento pela Reforma Agrária.

A saúde figura entre as preocupações dos Sem Terra desde o início da organização, com a conformação das equipes de saúde com função assistencial e de cuidado em saúde. O processo de autofazer-se do ser social Sem Terra se inicia quando os indivíduos se rebelam contra a sua condição de não possuir uma terra e ocupam coletivamente um latifúndio. Por meio dessa ação, o sem-terra rompe com a lei sagrada da propriedade privada em detrimento da vida e do trabalho; toma para si a tarefa de alterar a realidade e, em consequência, seu destino; e aprende que a ação coletiva tem mais condições de acumular força política e legitimidade diante da sociedade do que a ação individual.

A ocupação da fazenda Annoni, no Rio Grande do Sul, em 1980, compôs uma série de lutas e ocupações de terra que constituem as origens do MST¹⁴. Já naquela ocupação,

equipes de trabalho foram montadas, entre elas, a Equipe de Saúde, responsável por cuidar dos doentes, organizar a ficha para atendimento pelo posto de saúde e produzir remédios caseiros. Havia também uma equipe de higiene, responsável pela construção de fossas e pela limpeza do acampamento¹⁴.

Segundo Rosângela Santos, militante do MST desde 1986, integrante do Coletivo Nacional de Saúde e assentada no Espírito Santo:

O trabalho com a saúde no MST começou ainda com as primeiras ocupações de terra. Quando eram formadas as equipes internas do acampamento, já se incluía a da saúde, que normalmente tinha a função de cuidar das pessoas com algum problema de saúde. Foi assim que em vários estados o MST começou a desenvolver práticas em saúde. Começou a produzir remédios caseiros, homeopáticos, desenvolver técnicas de massagem e realizar cursos de primeiros socorros. Cada estado tinha o seu jeito de organizar. Até então não havia Setor de Saúde, apenas equipe¹⁵⁽²⁾.

As ações de saúde nasceram no MST focadas nas doenças e nas atividades de cura, em resposta aos problemas de saúde imediatos que se apresentavam nos acampamentos e assentamentos. Apesar de, no dia a dia dos Sem Terra, a saúde se impor como necessidade primordial, foi somente em 1995 que a relação entre condições de vida no campo e a saúde começou a aparecer nos documentos do MST:

Houve melhoria nas condições de vida da população do meio rural em algumas regiões, especialmente no Sul e Sudeste. Mas a imensa maioria da população rural continua à margem dos benefícios do progresso econômico e do avanço das forças produtivas. Os indicadores sociais das regiões rurais sobre o consumo de luz elétrica, utilização de eletrodomésticos, níveis de alfabetização, mortalidade infantil, nível de escolaridade, número de médicos, nível de renda per capita são alarmantes e se equiparam às regiões mais pobres do mundo.

Revelam o grau de discriminação social, econômica e política a que foram submetidas pelas oligarquias e elites rurais. Existe fome no meio rural. Dos 32 milhões de brasileiros que passam fome diariamente e são considerados indigentes, mais de metade vive no meio rural. Há um aumento da miséria no meio rural¹⁶⁽¹⁵⁾.

O texto segue ressaltando que as mulheres do campo são as que mais sofrem com a péssima situação de vida do campesinato, pois se soma à opressão de gênero pautada no machismo. As mulheres camponesas trabalham mais do que os homens, visto que, além das atividades da produção, são responsáveis pelos afazeres domésticos. Apesar disso, são impedidas de participar da economia doméstica.

As formulações e práticas do MST avançaram inicialmente em relação à luta pela terra, à formação, à produção e à educação. No III Congresso Nacional do MST, em 1995, foi colocada a necessidade da saúde prosseguir no movimento para além das demandas imediatas¹⁷. No programa de Reforma Agrária divulgado nesse período, havia uma reivindicação que fazia referência à saúde: “Atendimento médico-hospitalar e programas de saúde preventiva e medicina alternativa gratuitos”¹⁶⁽²⁵⁾. A saúde passava a constar no programa de Reforma Agrária, mas ainda sob uma influência predominante do paradigma biomédico, em consonância com a ideologia predominante da sociedade. Reafirmando a crença que quanto mais acesso a serviços de saúde, isto é, consultas com profissionais (de preferência, o médico especialista), exames complementares e possibilidades terapêuticas, mais estará cuidando da sua saúde¹⁸.

Somente em 1998 a saúde se estruturou na organicidade do MST, após uma oficina nacional para socialização de experiências, em Brasília, que contou com a representação de 23 estados e discutiu os princípios da saúde do movimento:

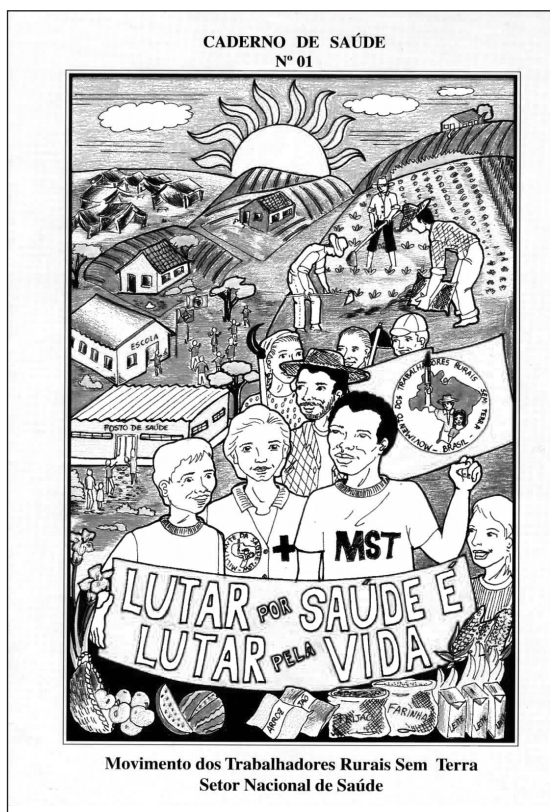
Luta pela valorização da vida; Acesso ao conhecimento e à informação; Saúde como dever do Estado; Atenção integral à saúde; Prioridade à promoção e à prevenção; Respeito às diferenças culturais; Fortalecimento das práticas não convencionais em saúde; Saúde como uma conquista de luta popular¹⁹⁽¹²⁻¹³⁾.

Como resultado, foi criado o Coletivo Nacional de Saúde que elaborou o ‘Caderno de Saúde nº 1’ (Lutar por Saúde é Lutar pela Vida), em abril de 1999 (*figura 1*). O caderno inicia dizendo:

Sabemos que para garantir a nossa saúde é preciso muito mais que assistência médica e hospitalar. É preciso garantir condições para que a gente não fique doente, pois só temos saúde quando temos uma vida digna. É possível ter saúde quando não temos terra para plantar? Quando nossos filhos não estão na escola? Quando não há estradas decentes, não tem luz, água potável, comida? [...] Por isso, precisamos de muita organização para lutar contra este sistema neoliberal que gera doença e morte. [...] Entendemos que para ter saúde é preciso que as condições de vida sejam garantidas: terra e trabalho; condições de moradia; educação de qualidade; alimentação saudável, sem venenos e conservantes; meio ambiente limpo e conservado; lazer e bem-estar, etc. Assim lutar pela saúde é resgatar os valores de solidariedade, da justiça, onde as pessoas sintam prazer pelo que fazem, pelo que são e não pelo que tem, e garantir uma vida saudável onde seja respeitado o direito de todos¹⁹⁽⁵⁾.

O documento segue com informações referentes ao SUS, princípios e formas de participação social. Em um primeiro momento, o Setor de Saúde manteve suas ações centradas na assistência, mediante o uso das plantas medicinais e da atuação em situações de adoecimento, nas comunidades e nas ações do movimento²⁰.

Figura 1. Capa do 'Caderno de Saúde nº 1'

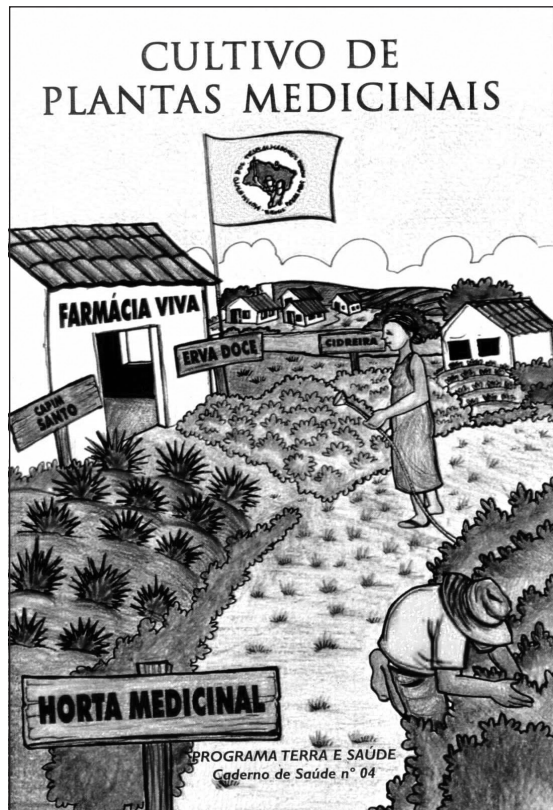


Fonte: Caderno de Saúde¹⁹.

O Setor de Saúde do MST e a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz (representada pela Unidade Farmanguinhos) iniciaram uma parceria para desenvolvimento de um complexo agrofarmacêutico em áreas de reforma agrária. O projeto intitulado ‘Programa Terra e Saúde’ previa desde o cultivo de plantas medicinais, em hortas comunitários, até o seu beneficiamento

em laboratórios equipados para a produção de fitoterápicos que pudessem ser vendidos para o SUS. Desse projeto, foram elaboradas duas cartilhas pelo Coletivo Nacional de Saúde: o ‘Caderno de Saúde nº 2’, em 1999, ‘Programa Terra e Saúde: das plantas construindo uma nova saúde’; e o ‘Caderno nº 4’, em 2000, ‘Cultivo de plantas medicinais’ (figura 2).

Figura 2. Capa do 'Caderno de Saúde nº 4'



O 'Caderno nº 2' reforçou a visão ampliada de saúde, teceu críticas às políticas neoliberais do governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso, que priorizava os interesses do capital em detrimento dos direitos sociais, como a saúde. Apresentou o projeto Programa Terra e Saúde como uma possibilidade de solução de problemas básicos de saúde, por meio do uso de plantas medicinais, dentro e fora dos assentamentos e acampamentos. Reforçou também a necessidade de usar o projeto como fator mobilizador da comunidade e de fortalecimento de práticas populares de cuidado²¹.

Desenvolver através de um programa de saúde popular, a assistência social para a população. O acesso à saúde é uma das áreas mais

sensíveis do nosso povo, mas este trabalho assistencial não poderá de maneira alguma se transformar em paternalismo e alienação e sim em um espaço para reduzir os problemas e mobilizar o povo para a luta²¹⁽¹²⁾.

Havia uma idealização de que as práticas populares de cuidado fossem capazes de responder às demandas da saúde, não só das áreas de reforma agrária como de toda a sociedade. Esse projeto não conseguiu alcançar os seus objetivos. No entanto, as plantas medicinais continuaram protagonizando as atuações do Setor de Saúde.

O processo de especialização na saúde e a transformação da saúde em mercadoria, na sociedade capitalista, restringiram os

profissionais de saúde à cura de doenças, gerando uma medicalização da vida, uma alienação da população em relação ao seu corpo e uma conseqüente mercantilização dos cuidados em saúde. As práticas populares de cuidado, baseadas no conhecimento empírico construído e repassado ao longo das gerações, estão sendo abandonadas, particularmente nas populações urbanas.

A íntima relação com a natureza e a dificuldade de acesso aos serviços oficiais de saúde têm contribuído para que os camponeses se mantenham como guardiões do conhecimento acerca do cultivo e uso de plantas medicinais²². Nesse sentido, o MST atua para potencializar a socialização desse conhecimento dentro e fora das comunidades, assim como na luta por políticas públicas.

No desenrolar desse caminhar, outras frentes de atuação foram sendo construídas pelo Setor de Saúde. Em 1999, em uma parceria com a Universidade de Brasília (UnB) e com a Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, o Setor de Saúde realizou uma pesquisa nacional, quantitativa, de investigação das condições de saúde dos trabalhadores rurais de assentamentos e acampamentos de Reforma Agrária. Em especial, a partir desse trabalho, o tema da saúde ambiental foi incorporado à pauta da saúde do MST¹⁷.

Em 2000, o Coletivo Nacional de Saúde realizou a I Oficina de Produção de Materiais Educativos do Setor de Saúde, quando se propôs a apropriação dos referenciais do MRS brasileira, “passando a incorporar elementos como direito à saúde, educação em saúde, vida saudável e sua relação com a transformação social”¹⁷⁽⁴²⁾. Esse encontro

resultou na elaboração do ‘Caderno de Saúde no 5’ (Construindo o Conceito de Saúde do MST), na forma de cartilha ilustrada e álbum seriado (*figura 3*). Esse material tornou-se referência para problematização do conceito de saúde no movimento. A definição de saúde do MST expresso nesse caderno é bastante semelhante ao que foi concebido na VIII CNS, inclusive destacando a importância do acesso à terra para garantia de saúde às populações do campo.

Uma sociedade com saúde é onde os homens e mulheres vivem com liberdade para participar e ter seus direitos respeitados. Onde a renda e a riqueza sejam distribuídas com igualdade. Com terra, trabalho, moradia, alimentação, educação, lazer, saneamento básico, transporte, saúde pública, cultura, meios de comunicação, energia elétrica - onde haja justiça, igualdade, participação e organização! Mas para que isso se torne realidade, é necessária a organização de todos os trabalhadores e trabalhadoras para lutar por uma sociedade justa e saudável²³⁽¹²⁾.

Os desafios apontaram para a necessidade de um projeto de formação e educação em saúde dos integrantes do setor saúde do movimento. Em 2000, houve a primeira turma do Curso Técnico em Saúde Comunitária pelo Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária (Iterra), em Veranópolis (RS), com educandos de todo o Brasil¹². Nos anos seguintes, outras turmas desse curso aconteceram no Iterra e em outros estados, assim como Curso Técnico de Enfermagem e de Saúde e Ambiente¹⁵⁽²⁾.

Figura 3. Capa do 'Caderno de Saúde nº 5'



Fonte: Caderno de Saúde²³.

Em 2003, o MST lançou a cartilha 'A Reforma Agrária que precisamos' para ser debatida nos núcleos de base dos assentamentos e acampamentos, tendo por referência as discussões já iniciadas nas instâncias estaduais e nacionais do movimento. No capítulo sobre a organização do assentamento, há um ponto destinado à saúde. No entanto, a visão da saúde permanece restrita à produção de medicamentos naturais e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à dependência química. O documento finaliza

Nossa preocupação é que se tenham programas de orientação das famílias para evitar que fiquem doentes, melhorando sua alimentação, seus cuidados com a saúde, com a

higiene, tendo orientação médica e preventiva e de qualidade²⁴⁽³⁰⁾.

Nesse documento, o conceito de saúde está influenciado pelo paradigma biomédico, de patogenia e profilaxia e reivindica a importância do acesso a serviços de promoção e prevenção, sendo, porém, uma visão restrita de saúde.

De forma contraditória, os integrantes do Coletivo de Saúde na oficina sobre o processo saúde-doença, em 2004, concluíram que:

O conceito de saúde envolve a 'capacidade de reagir' frente à opressão e a tudo que fere sua autonomia como ser humano, pois a busca pela saúde está refletida no fim do latifúndio, do capitalismo, da violência, de forma a

se libertar do sistema atual. Consideram que a maneira de reagir é determinada pelo meio em que vivem. Avaliam, portanto, que não basta ter a terra, mas deve ser forjado novo jeito de viver, com agricultura que não utilize venenos para produzir alimentos, visando uma produção saudável²⁵⁽⁴⁵⁾.

Ainda nessa oficina, os integrantes do Coletivo de Saúde disseram que, apesar dos avanços no debate dentro do setor, ainda era comum a visão no movimento e na base de que sua função se limitava a cuidar dos doentes²⁵. Nesse momento, o Setor de Saúde já tinha um vasto leque de atuação.

Em 2005, o Coletivo Nacional de Saúde realizou encontros para sistematização de atividades de educação em saúde realizadas pelos estados, resultando no caderno 'Relato de experiências em saúde do Movimento Sem Terra'. Este contém as experiências de educação em saúde, realizadas por 13 estados, cujos temas principais foram DST/Aids, sexualidade e afetividade, plantas medicinais, saúde da criança e desnutrição, organicidade do setor, questão de gênero, juventude, hábitos de higiene, saneamento, dependência química e direito à saúde²⁶.

A luta pelo direito à saúde incorporou-se às ações do MST; e, em alguns estados e municípios, os integrantes do setor de saúde passaram a compor o controle social do SUS. Além disso, em 2005, o MST passou a integrar o Grupo da Terra para discutir políticas públicas para a saúde das populações do campo, das florestas e das águas no SUS. Esse grupo instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2.460/2005 e atualizado pela Portaria nº 3.257/2009 era composto por representantes de órgãos e entidades públicas e da sociedade civil organizada.

No Caderno do Setor de Formação 'O funcionamento das Brigadas do MST', de 2005, as tarefas do Setor de Saúde começam a ser mais bem destrinchadas:

Construir uma cultura de cuidado com a saúde convivendo e cooperando em nossas áreas de assentamentos; Cultivar novos hábitos

de saúde comunitária, combatendo os vícios como o alcoolismo e todos os tipos de drogas; Desenvolver hábitos de cuidados com a saúde, seja através de prática de esportes, na participação em grupos de teatro, pintura, como fazer uso da música, poesia e organizar festas; Organizar o cultivo de hortas medicinais na comunidade e ter em casa o básico de ervas medicinais; Cuidar da casa para que o ambiente de moradia seja agradável. A cozinha, os quartos e todas as dependências da casa devem ser um ambiente saudável; Construir banheiros e sanitários em cada casa e manter os esgotos sob controle; Cuidar e preservar a água para que seja limpa e não corra risco de contaminação com esgotos e agrotóxicos; Plantar árvores frutíferas organizando belos pomares em todas as residências e áreas comunitárias; Cuidar da alimentação, tendo o cuidado de cultivar hortaliças para o consumo diário; Recolher e enterrar o lixo em lugares onde não afeta o meio ambiente; Cuidar do corpo. Cuidar da higiene tomando banho diariamente, trocar a roupa e escovar os dentes, consultar um dentista pelo menos uma vez por ano; Cuidar dos animais domésticos. Vacinar os cães e gatos e desverminá-los periodicamente; Cuidar da amizade, alegria e da solidariedade. A felicidade é a principal fonte de saúde²⁷⁽²²²³⁾.

Em 2007, uma nova pesquisa sobre as condições de vida e saúde das populações de assentamentos de reforma agrária foi realizada em cinco estados, em uma parceria com a UnB²⁸. Em dezembro desse mesmo ano, o Coletivo Nacional de Saúde lançou um Boletim Informativo atualizando os principais objetivos do setor:

Lutar contra o modelo de saúde capitalista expresso no complexo médico industrial-farmacêutico e no agronegócio, e re-significar a saúde na perspectiva da classe trabalhadora, garantindo a saúde como dever do Estado; incorporar a ética de cuidado como estratégia de promoção, prevenção e atenção à saúde, fortalecer as práticas populares, afirmando a

cultura e saberes do povo; garantir a participação orgânica e política dos/as militantes em todos os espaços coletivos, baseado nos princípios do MST²⁹⁽²⁾.

Também redefiniu seus princípios:

Luta pela valorização da vida; Saúde como uma conquista de luta popular; Saúde como direito; Lutar pela consolidação de Políticas Públicas de Saúde; Respeito às diferenças; Fortalecimento das práticas e saberes populares em saúde; Educação permanente em saúde; Socializar os conhecimentos e as informações²⁹⁽⁴⁾.

Não identificamos números do caderno de Saúde publicados no período de 2007 a 2015, mas, em 2010, o 'Caderno nº 2' da coleção 'Sempre é tempo de aprender' 'Agroecologia, Soberania Alimentar e Cooperação' apresenta os riscos para a saúde dos agrotóxicos³⁰.

Em 2015, realizou-se o encontro do setor nacional de saúde, em Luziânia (GO), sob o lema 'Saúde é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime'. Para a dirigente nacional do setor, Mercedes Zuliani, 'É fundamental construir alianças com outros setores que fazem a luta pela saúde relacionada a um projeto de sociedade'³¹. Nesse encontro, as atividades atuais do setor de saúde foram levantadas, por regiões, destacando-se: cursos formais técnicos e de pós-graduação; fortalecimento da organicidade e da formação de militantes; resgate e potencialização do cultivo e do uso de plantas medicinais e outras práticas populares de cuidado; realização de diagnósticos da situação de saúde das áreas de reforma agrária; luta pelo direito à saúde; discussões de gênero; relação com a agroecologia e produção de alimentos saudáveis, questões sobre saúde e ambiente etc.

Em relação à pós-graduação, uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, a Escola Nacional Florestan Fernandes (ENFF)/MST e o Ministério da Saúde ofereceu o Mestrado Profissional em Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos

Sociais. Foi uma turma especial que contou com 26 mestrandos de todo o País, de diversos movimentos sociais e trabalhadores do SUS, entre os anos de 2014 e 2016. As dissertações versaram sobre temas como a determinação social da saúde, as políticas públicas de saúde, a saúde do trabalhador, a educação popular em saúde, os conflitos agrários e ambientais, a mulher camponesa, os agrotóxicos, a agroecologia, a organização popular, a educação do campo etc. É notório o destaque dado ao modelo agrícola como determinação do processo saúde-doença, no campo e na cidade.

Em 2015, 17 movimentos sociais realizaram o I Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo, Floresta e Águas, em Brasília, contando com a participação de mais de mil delegados de todo o Brasil, sob o lema 'Cuidar, promover, preservar: Saúde se conquista com luta popular!'. Esse encontro aconteceu paralelamente a XV Conferência Nacional de Saúde para denunciar que os espaços institucionalizados de participação social do SUS não estão sendo capazes de debater as necessidades dessas populações³².

O Manifesto elaborado pelas organizações denunciou que o modelo de desenvolvimento imposto pelo capital e gerenciado pelo Estado, representado pelo agro-hidro-mineral negócio é insustentável e causa grandes danos à saúde e ao ambiente. Esse modelo não respeita as formas de produção e reprodução da vida dos sujeitos do campo, floresta e águas. Propõe:

Conceber a saúde como necessidade de organização e mobilização porque sem água potável, sem terra fértil, sem biodiversidade, sem a produção agrícola das/dos sujeitos do campo, floresta e águas, sem o cuidado com a água marinha e os animais, sem formas integrais de cuidado, a saúde não é possível ser conquistada³³.

E completa:

[É preciso] dar visibilidade aos nossos territórios e valorizar a preservação de nossas culturas,

do modo de produção que nos identifica como populações do campo, da floresta e das águas e nossas relações que necessitam do cuidado para com nossa luta que é permanente e de forma coletiva, sempre na expectativa de promover nossos sonhos, cuidar de nossas vidas e preservar nossa memória [...] Enfrentar a medicalização da vida e garantir nossos conhecimentos tradicionais, as ervas, as curas espirituais, os fitoterápicos e outras práticas; Defender a saúde como direito, garantindo que todas as conquistas sejam mantidas bem como é preciso avançar nas transformações econômicas, políticas, sociais do país para que as trabalhadoras e trabalhadores tenham as condições dignas para se conquistar a saúde³³⁽³⁾.

O tema da saúde, portanto, vem ganhando cada vez mais destaque dentro do MST. Também se tornou pauta de outros movimentos de luta pela terra e das comunidades tradicionais (indígenas, quilombolas etc.). A articulação dos movimentos sociais pela saúde do campo, da floresta e das águas, que começou de forma institucional por meio do Grupo da Terra, vem desembocando em novas formas de luta, cujo marco foi I Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo, Floresta e Águas.

Avanços da política de saúde do campo

A histórica desigualdade no Brasil gerada pela exploração dos recursos naturais mantém a população do campo longe de usufruir condições de vida dignas e do acesso efetivo aos serviços de saúde. Quase três quartos da população do campo (72,2%) não têm acesso à água potável, explicando que, entre as principais causas de internação nos municípios de pequeno porte com alta proporção de população rural, estão as gastroenterites infecciosas e suas complicações³⁴. Essa situação é agravada pela falta de provimento de profissionais nesses municípios, pelas dificuldades geográficas para acesso aos serviços de saúde e pelo incremento da violência nesses territórios.

No período de redemocratização, as desigualdades no campo foram mantidas ao igual que o domínio dos interesses dos latifundiários, assim como também permaneceram as desigualdades em relação à assistência em saúde. O SUS e as diferentes políticas de saúde foram traçadas com enfoque na problemática urbana, sem participação no debate e na formulação das populações do campo.

O Grupo da Terra conformado em 2003, composto por diversas áreas do Ministério da Saúde, outras instâncias de governo e movimentos sociais do campo, elaborou uma proposta de política pública de saúde para a população do campo, que foi aprovada por unanimidade no Conselho Nacional de Saúde em 2008, mas que ficou parada nas instâncias governamentais tripartite até 2011, quando finalmente o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.866 que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta³⁵.

Ao analisarmos o itinerário até a aprovação dessa política, fica evidente seu caráter de concessão da classe dominante ante a luta de classes que se inseriu dentro da estrutura estatal, a partir da organização e pressão realizada pelos movimentos de luta pela terra e povos tradicionais do campo, da floresta e das águas. Apesar de seu texto ser avançado (ou talvez justamente por isso), essa é uma política que tem enfrentado dificuldades já que não prevê um orçamento específico para sua execução; e apesar da liberação de recurso para sua implantação no ano de 2014, poucos estados e municípios priorizaram a execução dos trâmites burocráticos. Por isso, apesar de passados cerca de oito anos desde sua aprovação, pouco se vê de desdobramento na vida dos assentados e assentadas da reforma agrária.

Considerações finais

Os resultados do estudo sinalizam a ampla discussão e produção no MST em relação a educação e saúde do campo considerando

a visão e prioridades do próprio camponês. Nesta reflexão, torna-se cada vez mais evidente as contradições do modelo econômico dominante cujo avanço das forças produtivas servem majoritariamente para a melhoria da produtividade mesmo à custa da saúde dos trabalhadores rurais e da degradação do meio ambiente. Esse modelo traz impactos danosos também para os trabalhadores da cidade, que se alimentam com produtos envenenados com agrotóxicos e que sentem as mazelas das mudanças ambientais.

O MST tem realizado uma ampla discussão sobre as condições de vida e de saúde no campo. Parte dessa contribuição é a própria reflexão sobre o conceito 'do campo' ao pensar a educação vinculada à realidade, à história, à cultura e às necessidades dos sujeitos que ali moram. O movimento que luta pela posse da terra reivindica a importância da mudança das condições de vida no campo para a melhoria da qualidade de vida de suas populações. Em um primeiro momento, o interesse no tema da saúde esteve relacionado com a função assistencial da atenção aos problemas de saúde imediatos e produção de remédios caseiros.

Posteriormente, a reflexão focou nas precárias condições de vida no campo como determinantes dos problemas de saúde por eles sofridos. Cuidado da saúde, prevenção do uso de substâncias psicoativas, atividades de lazer, hortas medicinais, moradia digna, saneamento básico foram relacionados com a promoção da qualidade de vida e de saúde. O MST produz inúmeros cadernos de formação em saúde, promoveu cursos de formação técnica e de pós-graduação em saúde para os assentados em parceria com universidades e com o Ministério da Saúde, participou, com outros movimentos sociais, do Grupo Terra que elaborou a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.

Colaboradores

Prada CA (0000-0002-4686-2197)* participou da aprovação da versão final do manuscrito. Silva CG (0000-0002-3213-5781)* contribuiu substancialmente para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados. ■

Referências

1. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira – Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
2. Anais da 8ª Conferência Nacional De Saúde; 27-30 março 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987.
3. Brasil. Lei nº 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 [internet]. [acesso em 2016 mar 5]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf>.

4. Barradas R. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Breilh J. Las tres 'S' de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010.
6. Breilh J. Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en la Determinación Social de la Salud. In: *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud*, 30 set-02 oct 2008; Cidade do México: ALAMES. [acesso em 2016 fev 12]. Disponível em: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3413/1/Breilh%2C%20J-CON-119-Una%20perspectiva%20em.pdf>.
7. Mendes J. Estado e mercado na reforma agrária brasileira (1988-2002). *Estudos Históricos*. 2015; 56(28):385-404.
8. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Início [internet]. c2014 [acesso em 2019 ago 28]. Disponível em <http://www.mst.org.br/nossa-historia/>.
9. Boletim da Educação II Encontro Nacional de Educadores e Educadoras da Reforma Agrária – II ENERA. São Paulo: Movimento Dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Setor de Educação; 2014 [acesso em 2020 jan 20]; 2. Disponível em: [http://www.reformaagrariaemdados.org.br/sites/default/files/BE%20\(12\).pdf](http://www.reformaagrariaemdados.org.br/sites/default/files/BE%20(12).pdf).
10. Kolling EJ, Cerioli PR, Caldart RS, organizadores. *Educação do campo: identidade e políticas públicas*. Brasília: Articulação Nacional por uma Educação do Campo; 2002.
11. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Básica. Resolução CNE/CEB 1, de 3 de abril de 2002. Institui Diretrizes Operacionais para a Educação Básica nas Escolas do Campo. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: http://pronacampo.mec.gov.br/images/pdf/mn_resolucao_%20L_de_3_de_abril_de_2002.pdf.
12. Caldart R. Educação do Campo. In: Caldart RS, Peireira IB, Alentejano P, et al., organizadores. *Dicionário da Educação do Campo*. Rio de Janeiro: Expressão Popular; 2012, p. 257-264.
13. Pellegrini A, Buss P, Esperidião M. Promoção da Saúde e seus Fundamentos: Determinantes Sociais da Saúde, Ação Intersectorial e Políticas Públicas Saudáveis. In: Paim J, Almeida-Filho N. *Saúde Coletiva, Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014.
14. Morissawa M. *A história da luta pela terra e o MST*. São Paulo: Expressão Popular; 2001.
15. Coletivo Nacional de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Entrevista com Rosângela Santos, do Coletivo Nacional de Saúde. *Journal Saúde em Movimento*. 2009; 1(1):1-4.
16. Caderno de Formação. São Paulo: Movimento Dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Setor de Formação. Programa de Reforma Agrária. São Paulo; 1995; 23. [acesso em 2020 fev 15]. Disponível em: <http://www.reformaagrariaemdados.org.br/sites/default/files/Caderno%20de%20Forma%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%2023.pdf>.
17. Rückert B. As práticas de saúde no MST do Vale do Rio Doce, MG: Normas e valores na atividade [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais; 2012, p. 166.
18. Tesser CD. *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo: Hucitec; 2010.
19. Caderno de Saúde. São Paulo: Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Coletivo Nacional de Saúde. *Lutar por saúde é lutar por vida*. 1999; 1 [acesso em 2020 fev 15]. Disponível em: <http://www.docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=BibliotLT&PagFis=6421>.
20. Burigo AC. *Politecnia e Pedagogia do MST – a construção coletiva de um currículo de Saúde ambiental para a população do campo* [dissertação]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação de Educação Profissional em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2010, p. 157.

21. Caderno de Saúde. Programa Terra e Saúde: Das plantas construindo uma nova vida. São Paulo. Movimento Dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). 1999; 2.
22. Brasil. Ministério da Saúde; Universidade de Brasília; Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Saúde dos trabalhadores rurais de assentamentos e acampamentos da Reforma Agrária. Brasília, DF; 2001.
23. Caderno de Saúde. São Paulo: Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Construindo o conceito de saúde do MST. 2000; 5.
24. Movimento Dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). A Reforma Agrária que precisamos – Vamos debater nos núcleos de base. São Paulo, Secretaria Nacional, 2003.
25. Carneiro FF. A saúde no campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “bóias-frias” em Unaí, Minas Gerais, 2005. [tese]. Belo Horizonte: Escola de Veterinária da Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
26. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Relato das experiências em saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Brasília, DF: MST, 2005.
27. Caderno de formação. O funcionamento das Brigadas São Paulo: Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). 2005.
28. Associação Nacional de Cooperação Agrícola; Universidade de Brasília. Pesquisa popular participativa: Condições de vida e saúde populações de assentamentos de reforma agrária. São Paulo: ANCA; 2005.
29. Boletim informativo. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). 2007; 1.
30. Caderno de educação, Coleção Sempre é tempo de aprender. Caderno n. 2. Agroecologia, Soberania Alimentar e Cooperação. São Paulo: Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). 2010. [acesso em 2020 fev 15]. Disponível em: <http://www.reformaagrariaemdados.org.br/sites/default/files/Caderno%20EJA%20-%20Agroecologia,%20Soberania%20Alimentar%20e%20Coopera%C3%A7%C3%A3o%20-%20MST,%202010.pdf>.
31. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Encontro em Luziânia debate os desafios da saúde do campo [internet]. [acesso em 2015 set 1]. Disponível em: <http://www.mst.org.br/2015/06/26/encontro-em-luiziania-debate-os-desafiosda-saude-do-campo.html>.
32. Antunes A. Em evento paralelo à 15ª CNS, movimentos sociais debatem saúde das populações do campo, floresta e águas [internet]. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Pública Joaquim Venâncio; 2016. [acesso em 2015 dez 12]. Disponível em: <http://www.epsvj.fiocruz.br/index.php?Area=Noticia&Num=996>.
33. Manifesto de Saúde das populações do campo, floresta e águas: Cuidar, promover, preservar: a saúde se conquista com luta popular! 1º Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas; 30 nov a 04 dez 2015 [internet]; Brasília, DF. [acesso em 2015 dez 10]. Disponível em: http://issuu.com/comunicacaompa/docs/manifesto_de_sa_de_das_popula_e.
34. Matos V, Moura M, Ferreira F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? Saúde debate. 2018; 42(1):302-314.
35. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

Recebido em 09/06/2019

Aprovado em 13/09/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

O Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental do Ministério da Saúde: a saúde mental da população negra como questão

The Racism and Mental Health Work Group at the Ministry of Health: mental health of the black population as an issue

Marcos Vinicius Marques Ignácio¹, Ruben Araujo de Mattos²

DOI: 10.1590/0103-11042019S805

RESUMO O estudo teve como objetivo analisar os enunciados acerca do tema racismo e saúde mental, sob o enfoque da população negra. Os enunciados foram sustentados por sujeitos relacionados com o processo do Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental no Ministério da Saúde. Buscou-se compreender as problemáticas sobre racismo e saúde mental, assim como os desafios de inclusão no enfrentamento ao racismo na Reforma Psiquiátrica. Foram realizadas entrevistas, revisão bibliográfica, análise de atas e de documentos relacionados com o grupo. Constataram-se problemas com relação à formação dos trabalhadores na saúde mental; indicaram-se as assimetrias raciais presentes no campo da saúde mental; a falta de sensibilidade étnico-racial na Rede de Atenção Psicossocial e a necessidade de acolhimento do sofrimento psíquico atravessado pelo racismo. Esse sofrimento psíquico não apareceu como destaque diante da clínica da Reforma Psiquiátrica, seja pela não inclusão da temática, seja pelas dificuldades dos serviços em acolher sujeitos em tal condição.

PALAVRAS-CHAVE Racismo. Saúde mental. Grupo com ancestrais do continente africano. Reforma Psiquiátrica. Psicologia social.

ABSTRACT *The study aimed to analyze the statements about the theme of racism and mental health, focusing on the black population. The statements were supported by subjects related to the process of the Racism and Mental Health Work Group at the Ministry of Health. We sought to understand the issues about racism and mental health, as well as the challenges of inclusion in coping with racism in the Psychiatric Reform. Interviews, literature review, analysis of minutes, and documents related to the group were conducted. Problems were found regarding the training of workers in Mental Health; racial asymmetries in the field of mental health were indicated; the lack of ethnic-racial sensibility in the Psychosocial Care Network; and the need to embrace the psychic suffering crossed by racism. Such psychic suffering did not come out as a highlight before the Psychiatric Reform clinic, whether due to the non-inclusion of the theme, or to the difficulties of the services in embracing the subjects in such condition.*

KEYWORDS *Racism. Mental health. African continental ancestry group. Psychiatric Reform. Social psychology.*

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Psicologia - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. mviniciusignacio@gmail.com

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A partir de ações do movimento negro, as movimentações no cenário da saúde da população negra se inscreveram no texto da portaria da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra¹ (PNSIPN), com ganhos importantes como o reconhecimento do racismo e racismo institucional enquanto determinantes sociais em saúde. Entretanto, ele não se sucedeu a partir das tímidas movimentações no setor da saúde mental. A PNSIPN¹, diante do reconhecimento dos efeitos da discriminação racial e exclusão social, ao elencar a necessidade de lidar com a saúde mental da população negra, parece justamente denunciar o pressuposto da universalidade presente nas políticas de saúde, bem como na política nacional de saúde mental.

Evidenciando a importância das demandas do movimento negro, em 2012, pela Associação Brasileira de Pesquisadores Negros (ABPN), foi realizado o VII Congresso de Pesquisadores Negros² (Copene), intitulado ‘Os desafios na luta antirracista no século XXI’. Paulino Jesus, presidente do evento, convocou a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD) do Ministério da Saúde, por meio de um ofício que dizia da necessidade do comparecimento da CGMAD, e enfatizou a importância de articulação com a PNSIPN e o Movimento Negro.

Desde 2001, a Opa já anunciava, por meio do Relatório sobre Saúde no Mundo, que as pesquisas apontavam que o racismo era um elemento de agravamento da saúde mental de sujeitos negros. Sabendo que o racismo um produtor de constantes situações de humilhação e constrangimento compreendemos a necessidade que a Coordenadoria de Saúde Mental possa, não só entrar em contato com a Política de Saúde Integral da População Negra, como também, em conjunto com o Movimento, possa definir estratégias de enfrentamento e desenvolvimento de tecnologias de assistência no campo da saúde mental³⁽¹⁾.

Apesar do convite, não houve resposta da CGMAD. Na ação proposta pelo evento, da parte do Ministério da Saúde, houve a participação de sujeitos do Departamento de Ação Estratégica e Participativa (Dagep), que também articulavam ações da PNSIPN. No I Encontro Nacional da Rede de Atenção Psicossocial, em Curitiba, membros da sociedade civil, como o Instituto AMMA Psique e Negritude, que lida com o sofrimento psíquico da população negra desde 1994, Articulação Nacional de Psicólogas/os Negras/os e Pesquisadoras/es (ANPSINEP), ABPN e conselhos como CFP e CRP-SP assinaram uma importante carta⁴ intitulada ‘Racismo e Saúde Mental’, destinada aos gestores da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Na carta, constava que:

[...] dentro da perspectiva de promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, a discriminação e o enfrentamento ao racismo e sexismo nas instituições e serviços do SUS, é que esperamos dos gestores e dos trabalhadores da saúde o compromisso com inclusão da temática em todas as ações da Rede de Atenção Psicossocial de Saúde, em particular, nas ações de educação permanente quando se pensa na formação dos servidores frente à nova proposta de reorganização dos serviços⁴⁽²⁾.

No entanto, foi apenas em 2014 que a CGMAD tomou uma iniciativa, no sentido de dar resposta àquela carta, e criou o Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental (GTRSM). Tal resposta surgiu alinhada, em parte, às demandas de atores relacionados com o movimento negro e com a PNSIPN. Assim, o GTRSM criado no Ministério da Saúde contava com o Dagep e com a sociedade civil⁵. Nota-se que o grupo era aberto para livre participação.

O GTRSM representou um marco na política, em que se verificou pela primeira vez um coordenador nacional de saúde mental assumir o racismo enquanto determinante

na produção de sofrimento mental e de transtorno mental, assim como as desigualdades sociais que foram delineadas historicamente desde o processo de escravatura. Outro ponto importante foi o reconhecimento, por parte do coordenador Roberto Tykanori, naquele momento, da responsabilidade da política de saúde mental em lidar com a temática do racismo e saúde mental.

[...] a política de saúde mental tem a responsabilidade em lidar com uma questão específica, que é o sofrimento gerado pelos atos discriminatórios a partir de posições racistas. Há um conjunto de evidências hoje que mostram que o ato discriminatório pode ser ponte para um transtorno mental (faz parte dos processos discriminatórios). Determinados hábitos discriminatórios são correlacionados com determinantes na geração tanto de transtorno mental, quanto de taxa de suicídio, quanto na questão de álcool e no uso de substâncias. Certamente assim, todo ato discriminatório gera sofrimento, mas alguns atos geram não só sofrimento, como também geram transtorno mental e isso precisa ser um problema concreto⁶.

Entre as propostas do grupo, havia a produção de materiais sobre a saúde mental da população negra e a indução de políticas específicas nesse contexto. Além das discussões importantes levantadas nos encontros formais do GTRSM em Brasília, em 2014 e 2015, o grupo contou com poucas ações, como publicações em sites e a realização de um ‘WebSeminário Racismo e Saúde Mental’⁶ no mês da Consciência Negra.

Diante da relevância das discussões levantadas pelo grupo, o processo do GTRSM foi visto como uma possibilidade de enunciação de incidências do racismo, e como sendo uma das faces do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Este estudo surgiu como desdobramento de dissertação de mestrado em que se tomou o GTRSM como objeto de pesquisa. Assim, buscou-se analisar os enunciados acerca do

tema racismo e saúde mental sustentados por sujeitos relacionados com o processo do GTRSM, de modo a compreender as problemáticas referentes ao racismo e saúde mental e os desafios de inclusão do enfrentamento ao racismo no contexto da Reforma Psiquiátrica.

Indícios metodológicos

Considera-se que lidar com uma cultura racista implica necessariamente observar como efeito a “mumificação”⁷⁽³⁸⁾ de determinada cultura. Ou seja, ao lidar com forças racistas, observa-se que elas operam de modo a atenuar a vivacidade da cultura vítima do racismo, no bloqueio de determinados modos de existência e, principalmente, na sua possibilidade de inclusão na história rumo a um futuro progressista⁷. Neste trabalho, há o enfrentamento da força que orienta a mumificação da cultura dos sujeitos marcados pelo signo negro e as produções que tratam dela.

Foucault destaca dois tipos de saberes dominados. Em primeiro lugar, temos “os conteúdos históricos que foram sepultados, mascarados em coerências funcionais ou em sistematizações formais”⁸⁽¹⁷⁰⁾, vide os conteúdos históricos que revelam as disputas que tais sistemas buscam ocultar. Já o segundo grupo de saberes dominados está evidenciado nos saberes desqualificados, tidos como não suficientemente sistematizados e, portanto, hierarquizados como saberes aquém do saber validado socialmente⁸.

Nesse sentido, as políticas ou processos políticos que operam de modo a superar as desigualdades construídas e fortalecidas pela própria sociedade (por meio do discurso científico, práticas e senso comum) parecem necessariamente enfrentar os efeitos de tais sistemas hegemônicos. Este estudo compreende o poder como livre e circulante, e verifica que os regimes de verdade ou “políticas gerais de verdade”⁸⁽¹²⁾ não ocorrem de maneira unívoca ou sem dispersões e tensionamentos diante de suas constituições de saberes. Diante

disso, o mito da democracia racial⁹, segundo o presente estudo, atuou/atua como um regime de verdade, seja negando o racismo ou não possibilitando o enfrentamento das desigualdades raciais que atravessam diversos campos na sociedade brasileira, haja vista o campo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Alinhado pela perspectiva de insurreição de saberes⁸, considerando o GTRSM como expressão de saberes desqualificados ou não suficientemente sistematizados, este estudo teve por objetivo geral analisar os enunciados acerca do tema racismo e saúde mental sustentados por sujeitos relacionados com o processo do GTRSM, tendo em vista as propostas e os desafios existentes na superação das desigualdades raciais no 'processo complexo' da Reforma Psiquiátrica, e considerou as 'quatro dimensões' apontadas por Amarante¹⁰:

1) a dimensão epistemológica, que busca lidar com o enfrentamento dos efeitos da produção de verdade de ciências como a psiquiatria (a exemplo os conceitos de degeneração), a qual autoriza práticas e saberes médico-assistenciais;

2) o questionamento do modelo técnico-assistencial manicomial, tomando a desinstitucionalização como produção de novas subjetividades;

3) a dimensão jurídico-política relacionada com os projetos de cidadania;

4) a dimensão sociocultural como meio de transformação da cultura segregacionista que historicamente foi constituída por ciências como a psiquiatria.

Tendo em vista que os 'sujeitos fazem política'¹¹, a partir da visão de sujeitos e documentos relacionados com o GTRSM, o presente estudo teve como objetivos específicos: compreender as problemáticas acerca do racismo e saúde mental, sob enfoque da população negra; e compreender os desafios de inclusão do enfrentamento ao racismo no campo da Reforma Psiquiátrica.

Em síntese, a metodologia ocorreu a partir de revisão bibliográfica, análise de atas dos encontros e de documentos relacionados com

o decurso do GTRSM; bem como pela realização de entrevistas, a partir de um roteiro semiestruturado, com quatro sujeitos que estiveram no processo. Foram analisadas todas as atas das reuniões do GTRSM disponíveis em 2014 e 2015.

A pesquisa seguiu as regulamentações descritas na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob o parecer 2.897.669.

Problemáticas relacionadas com racismo e saúde mental: dialogando com memórias

Neste tópico, foram trabalhadas as problemáticas referentes às relações entre racismo e saúde mental, sob o enfoque da população negra. Para isso, este estudo se valeu do diálogo pertinente com bibliografias à luz das discussões em reuniões do grupo e entrevistas com sujeitos que estiveram envolvidos no GTRSM.

Na primeira reunião, registrada em ata do dia 9 de abril de 2014, o racismo foi tomado como uma construção social que envolve aspectos éticos e políticos. Os sujeitos do processo naquele momento sustentaram, aparentemente, o viés de campanha para a sensibilização da Raps em relação à temática, a qual não estaria necessariamente reduzida à campanha publicitária. Assim, foi levantada a necessidade de linhas de cuidado que levassem em consideração os sofrimentos causados pelo racismo e por discriminações raciais. Nessa reunião, foi afirmado que o racismo deveria ser tratado como uma questão estrutural social, e não de identidade. Também a coleta qualificada de dados relacionados com a cor dos usuários foi indicada como ponto a ser explorado, evidenciando a necessidade de ações que valorizassem a população negra, motivando o processo de autodeclaração de raça/cor.

Cabe aqui lembrar o psicólogo Wade W. Nobles¹², que afirma que os descendentes de africanos sofrem de uma espécie de descarilhamento cultural, em que diante do sequestro da diáspora, especificamente no Brasil, foram forçados a se embranquecer e a apagar suas ancestralidades e histórias – as quais foram negativadas pelo branco.

Os problemas apontados pelos sujeitos demonstram, de um lado, políticas de Estado e os posicionamentos de coletivos que não reconhecem ou não enfrentam os efeitos do regime racial, o qual, muitas vezes, contribui para a dificuldade de reconhecimento dos negros enquanto negros e da fragilidade das coletas desses dados por parte dos profissionais atravessados por tais efeitos.

Por outro, os sujeitos enfatizaram o cuidado necessário para não tomar a problemática do racismo, reduzindo-a apenas aos negros e às negras ou somente aos usuários. Nesse sentido, verificam-se reverberações do risco há muito levantado por Guerreiro Ramos, demonstrado no modo pelo qual a ciência tomou o negro como um problema a ser resolvido¹³, descolando-o da dinâmica que produz tal realidade social. No que se refere a tomar o branco como questão e seguindo os passos de Fanon¹⁴, em a “Patologia social do branco brasileiro”, Guerreiro¹³⁽¹⁷¹⁻¹⁹¹⁾ enfatizou a necessidade de um olhar sobre o branco brasileiro, sua relação com a dinâmica racista e os efeitos de suas ações na constituição das desigualdades raciais.

Ao analisarem o cenário da Raps, em 9 de abril de 2015, os participantes da reunião levantaram a existência de uma lacuna no que diz respeito aos estudos referentes a saúde mental e racismo, bem como as dificuldades de os profissionais lidarem com os efeitos do racismo. Para os participantes da reunião, a estratégia do processo deveria levar em conta a angústia do profissional ao não saber lidar com seu próprio racismo e o sofrimento do usuário atravessado pelo racismo. Em entrevista, Pedro de Lemos Macdowell, que era técnico da CGMAD, indicou a necessidade de trabalhar também a branquitude, visando ao

atendimento à população negra e à conscientização da população negra, de forma a possibilitar que estes possam nomear o sofrimento decorrente do racismo.

Segundo Schuman¹⁵, a branquitude se refere ao lugar de poder do branco em uma sociedade baseada na hierarquização racial ou, em outras palavras, à dinâmica da patologia social do branco brasileiro que promove a soberania do branco¹³.

No entanto, a autoinclusão na categoria branco é uma questão controversa e pode diferir entre os sujeitos, dependendo do lugar e do contexto histórico¹⁵⁽¹⁰²⁾.

Para Guerreiro Ramos, “o desajustamento do branco com o seu contexto étnico o leva, por outro lado, muitas vezes, a aderir ficções”¹³⁽²³⁰⁾. Em que o ideal de branquira

é uma sobrevivência que embaraça o processo de maturidade psicológica do brasileiro, e, além disso, contribui para enfraquecer a integração social dos elementos constitutivos da sociedade nacional¹³⁽²³¹⁾.

Nessa linha de argumentação, para trabalharmos o racismo do profissional, sendo ele fenotipicamente branco ou não, precisaríamos colocar a branquitude como questão, seja a observada nos profissionais de saúde ou nos próprios usuários. Outra preocupação se verificava na necessidade de trabalhar tais temáticas com os profissionais sem que isso produzisse resistência.

No que se refere a todo imaginário cultural racista que negativa a existência da população negra, na reunião do dia 9 de abril de 2014, os sujeitos levantaram a necessidade de sustentar ações que privilegiassem a valorização dos negros.

Discursos que vinculem a questão racial aos problemas de drogas, violência e homicídios são perigosos e representam distorções. Há uma forte sobreposição da população em situação de miséria e da população negra. As ações devem privilegiar a desconstrução de um ‘ego negativo’ e a construção de um ‘ego positivo’.

Acerca das incidências do sofrimento atravessado pelo racismo, nos encontros de 27 de maio de 2014 e 17 de julho de 2014, outras problemáticas foram indicadas pela representante e fundadora do Instituto AMMA, Maria Lúcia da Silva, como o individualismo presente no campo da psicologia, em que o sujeito aparece como próprio produtor da doença, e a resistência no cenário da saúde mental na articulação com os aspectos sócio-históricos diante desse processo. Vale lembrar a crítica de Fanon¹⁴, já na década de 1950, acerca da inadequação dos saberes e teorias psicológicas com relação aos negros:

Cada vez que lemos uma obra de psicanálise, discutimos com nossos professores ou conversamos com doentes europeus, ficamos impressionados com a inadequação dos esquemas correspondentes diante da realidade que oferece o preto. Progressivamente concluímos que há substituição de dialética quando se passa da psicologia do branco para a do preto¹⁴⁽¹³⁴⁾.

Parece que a constatação desse autor não foi superada. Dessa forma, a partir dos apontamentos trazidos pela entrevistada e de teóricos clássicos como Fanon, quando nos remetemos ao campo dos saberes psicológicos/psiquiátricos, temos a impressão de que suas teorias foram e ainda são inadequadas para trabalhar o psiquismo do(a) negro(a) em sua condição diaspórica, considerando o pertencimento de gênero, classe, entre outros. Se acolhemos essa leitura, devemos atentar para as realidades dos sujeitos negros, relacionando-os com a dinâmica social, em vez de focalizarmos em perspectivas individualizantes/inadequadas realizadas na imagem vista no espelho da cultura branca.

Conforme reunião de 9 de abril de 2014, no que concerne à clínica da atenção psicossocial, diante do acompanhamento dos usuários, foi levantado que dificilmente a cor e o pertencimento racial entravam como questão na constituição do projeto terapêutico singular,

ou até mesmo o pertencimento de gênero. Nela se afirma a necessidade de “trazer o sujeito em sua integralidade”.

Na reunião do dia 20 de agosto de 2014, conforme ata, a noção de interseccionalidade foi citada em esboço de edital apresentado pelo GTRSM:

Ressaltamos a importância de se garantir a transversalidade também na abordagem das negritudes; Haja vista, que tratar de identidades negras também implica em assumir outras tramas postas pela racionalidade para tratar do mesmo conteúdo, não sucumbindo à fragmentação; trata-se de saúde integral da população negra com a apropriação dos princípios de interseccionalidade, portanto deve-se considerar os perfis de usuárixs. Sejam alguns destes: gênero; orientação sexual; condições geográficas; privações de liberdade, população em situação de rua, conflitos geracionais, vivência de lesbo-homofobia, enfrentando violências de gênero, dentre outras vulnerabilidades.

A interseccionalidade, aqui entendida como sobreposição de diversas formas de opressão, pode ser potente para elucidar o sentido da expressão utilizada: “trazer o sujeito na sua integralidade”¹⁶⁽⁹⁾. Seria como indicado já há tempos por Jurandir Freire Costa¹⁷, dado o objeto historicamente submetido à intervenção do discurso psiquiátrico, o portador dos três pés: preto, pobre e psicótico. Contudo, mais do que isso, a noção de interseccionalidade mostra os efeitos das superposições de diversas formas de opressão e de discriminação, matizando diferentemente a experiência da dor. Isso constrói uma perspectiva para a ideia de integralidade: uma compreensão do sofrimento do outro contextualizada nas superposições das diversas formas de exercício de discriminação que o atravessam.

A visão tradicional afirma: a discriminação de gênero diz respeito às mulheres e a racial diz respeito à raça e à etnicidade. Assim como a discriminação de classe diz respeito apenas a

peças pobres. Há também outras categorias de discriminação: em função de uma deficiência, da idade etc. A interseccionalidade sugere que, na verdade, nem sempre lidamos com grupos distintos de pessoas e sim com grupos sobrepostos¹⁶⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Durante reunião do GTRSM em 20 de agosto de 2014, Marcus Vinicius de Oliveira, então assessor da CGMAD e militante da Reforma Psiquiátrica, afirmou que os trabalhadores em saúde mental têm uma sensibilidade humanística, mas são acrílicos com relação à temática étnico-racial, pois para eles 'a loucura não tem cor'. Ainda, ele revelou a necessidade de resgate da própria história da Reforma Psiquiátrica com relação ao debate étnico-racial, e fez alusão ao alto contingente de negros internados em hospital psiquiátrico.

Vale lembrar o estudo de Sônia Barros e colaboradores¹⁸, professora de Enfermagem da USP, o qual foi abordado por ela no web-seminário⁶ promovido pelo GTRSM, como meio de endossar a necessidade de políticas específicas de saúde mental para a população negra. A pesquisa do Censo Psiquiátrico do Estado de São Paulo¹⁸ analisou as condições psicossociais dos sujeitos institucionalizados, relacionando-as com cor/raça e gênero. No que se refere à população internada, a população branca correspondia a 60,29%. Entretanto, a população negra interna compreendia 38,36%, apesar de a população negra do estado de São Paulo representar 27,4%¹⁸, ou seja, vemos maior proporção de negros habitando os hospitais, quando comparados à população negra no referido estado. Em termos de barreiras à cidadania, observou-se como característica dos institucionalizados que os pretos e pardos eram predominantemente analfabetos, enquanto os brancos eram distribuídos por diversos níveis de escolaridade¹⁸. Ao considerarem que os pretos e pardos moradores se distribuíam majoritariamente entre as idades de 35 anos e 49 anos, enquanto as mulheres de mesma raça/cor prevaleciam entre 50 anos e 68 anos, os autores levantaram como questão se os homens pretos

e pardos eram institucionalizados mais cedo. Além disso, entre os motivos de manutenção da internação baseados exclusivamente na precariedade social, os homens pretos obtiveram maior proporção, com 11,4%, bem como foram os que menos receberam visitas¹⁸.

Ainda na reunião de 12 de agosto de 2015, apresentou-se a viabilidade de ações na atenção básica, por ser esta compreendida como porta de entrada da saúde. Abordou-se o alto índice de homicídio de jovens negros devido à violência urbana, indicando-se também a necessidade de ações prioritárias na área da infância/adolescência e questão de álcool e drogas. Maria Lúcia da Silva indicou a potencialidade de militantes negras na formulação de políticas direcionadas à população negra, destacando a importância de mapear ações e dar apoio aos pares que lidam com enfrentamento ao racismo e promoção de equidade racial.

Diante de tais discussões e levantamentos de problemas sustentados pelo GTRSM, identificam-se vulnerabilidades e especificidades da população negra, que se não demonstram caminhos, indicam áreas de atenção para o campo da saúde mental.

A saúde mental e a tímida inclusão da temática racial

No presente estudo, considera-se que o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil não se deve reduzir a uma simples mudança de assistência ou à implantação de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps); partilha-se a ideia de Amarante, de que ela se constitui como um processo social complexo. Assim,

a clínica no contexto da Reforma Psiquiátrica deve ser enfrentada como um processo permanente de invenção e, portanto, deve permanecer entre parênteses¹⁰⁽⁶³⁾.

Diante das consultas de documentos, observa-se a tímida inclusão da temática racial

apenas na III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001¹⁹. Nela, e então representando o instituto AMMA Psique, Maria Lúcia Silva apresentou o trabalho intitulado 'Saúde Mental e Racismo'²⁰. Em entrevista, ela declarou que a recepção ao tema foi positiva; entretanto, foram poucas as menções ao tema no relatório final da conferência. Entre as "medidas de apoio e de atenção a grupos específicos"¹⁹⁽¹²⁵⁾, foi ressaltada a necessidade de desenvolver estudos e pesquisas que investigassem o impacto do racismo na saúde mental da população negra e da população indígena. Gerou-se ainda uma moção de apoio às pesquisas que investigassem o impacto do racismo na produção de sofrimento e doença mental¹⁹.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, também contou com a introdução do racismo e o impacto na subjetividade e aspectos referentes à população negra²¹. Entretanto, tais ações não se converteram necessariamente em políticas ou ações de destaque no que se refere ao enfrentamento ao racismo nesse contexto.

Vale relembrar que a temática racial já havia sido inscrita no processo reformista, como se nota na primeira carta do movimento dos trabalhadores de saúde mental de Bauru-SP, que se colocava contra o preconceito racial²², e que foi recentemente reafirmada na carta em comemoração aos 30 anos do movimento, enfatizando o enfrentamento ao genocídio da população negra²³. Assim, excetuando a ação do GTRSM no Ministério, até aquele momento, ações de enfrentamento relacionado com a temática racial no campo da saúde mental não tinham sido colocadas.

Diante do campo reformista e da assistência prestada aos sujeitos negros, os atores do GTRSM apontam o desafio relativo à formação. Em entrevista, Maria Lúcia, ao refletir sobre a formação dos psicólogos, profissionais numerosos na Raps, indica um desconhecimento em relação ao tema, embora na atualidade psicólogos negros estejam se apropriando desse enfrentamento.

No que se refere ao enfrentamento da dimensão segregacionista e racista, em

entrevista, Pedro de Lemos destacou a ausência de debates acerca da temática racismo e saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. Demonstrou ainda que, em geral, eventos da área não trabalham a temática do racismo e suas influências nas subjetividades. Tal constatação parece denunciar o desafio de mudança da cultura racista até mesmo no setor da Reforma Psiquiátrica.

Rui Leandro da Silva Santos, que, no período do GTRSM, era o coordenador do Dagep, em entrevista, apontou que pouco se avançou na temática do racismo e saúde mental até mesmo dentro do movimento negro. Para ele, pouco se debate sobre os efeitos do racismo e, como exemplo, pouco se fala do fato de Neusa Santos Souza, criadora do clássico 'Tornar-se Negro'²⁴, ter se suicidado sem deixar indícios da dimensão do seu sofrimento. Diante do suicídio de Neusa Santos, e principalmente da pouca atenção dada à sua obra, destaca-se o efeito silenciador que o racismo teve em sua obra/vida. Desse modo, verifica-se que o racismo pode culminar no epistemicídio²⁵, o qual opera como instrumento de dominação racial, promovendo a negação dos oprimidos e sobretudo dos conhecimentos por eles produzidos. Bloqueia-se a produção de saberes e ações de enfrentamento, mesmo quando se trata de sujeitos de setores mais progressistas e, até mesmo, disponíveis para a discussão da temática racial.

É possível observar que o mote da Reforma Psiquiátrica se deu por meio da atenção dispensada aos casos tidos como complexos, seja pela sua situação clínica ou da própria realidade psicossocial a eles associada. Nesse aspecto, a atenção se deu nas ações de desinstitucionalização e na oferta de um cuidado territorial aos usuários há muito internados, ou cujos casos fossem de urgência. O cuidado ambulatorial ou a oferta de cuidado dos casos que abarcavam o sofrimento psíquico, não necessariamente associado a um transtorno maior, não pareceu ocupar lugar importante na agenda reformista, e até mesmo nas Raps. Segundo Maria Lúcia, a política de saúde mental acabou se ocupando

apenas das urgências e emergências, deixando uma lacuna para a questão do sofrimento psíquico. Desse modo, Maria Lúcia, em entrevista, nos trouxe uma importante reflexão acerca do acolhimento do sofrimento psíquico na saúde pública, bem como o sofrimento relacionado ao racismo:

Eu acho que isso é a perversidade da saúde pública no que se refere à saúde mental; você já tem um atendimento precário porque ele não dá conta de toda população que está em crise, você está atuando na crise e depois acompanhando no pós crise a evolução desse paciente que também não pode ficar o resto da vida no Caps, vai ter uma hora que ele vai precisar ser desligado por conta da demanda. Então, eu acho que falta..., tô pensando isso aqui agora com você, falta uma discussão crítica e política onde colocar o sofrimento psíquico no âmbito da saúde pública, que é o sofrimento que eu tenho que você tem, que os negros que estão na vida, que estão trabalhando, mas que vivem a humilhação e a violência cotidiana e que ele vai intervir de forma violenta no processo de desenvolvimento, nos processos de escolha, na sua mobilidade, seja social, seja profissional, seja no assumir as coisas no cotidiano. Quer dizer você tem a grande maioria da população negra em sofrimento, sem ter aonde recorrer. (Maria Lúcia).

Ao analisar o cenário da política de saúde mental, em entrevista, Maria Lúcia ressaltou que, embora não exista a possibilidade de falar sobre racismo em situações de urgências e emergências,

dá pra discutir o racismo na estruturação do trabalho, a gente pensar o racismo como um sistema né, que articula a forma como você atende, como acompanha e etc.

Em nossa concepção, tal possibilidade de discussão deve envolver o enfrentamento do racismo no cenário da Reforma Psiquiátrica, tensionando o histórico racista de saberes como a psiquiatria e psicologia, e a própria

dimensão sociocultural relacionada com a cultura racista brasileira. Cultura racista que afeta a constituição das subjetividades e notadamente interfere no olhar do corpo social com relação aos sujeitos marcados pelo signo negro, bem como atua na atenção dispensada pelos profissionais que prestam assistência aos sujeitos.

Acerca do debate sobre o sofrimento psíquico e seu acolhimento no cenário da Reforma Psiquiátrica, Roberto Tykanori, que era coordenador da CGMAD durante o processo do GTRSM, refletiu sobre as dificuldades de avanço na discussão clínica e o efeito de sufocação dessa questão, devido à urgência em acabar com as estruturas manicomialis.

[...] Eh, então se a gente fosse pensar a partir, chamo assim 'qual é a evolução?', não basta essa pergunta, se for assim 'qual foi a evolução da clínica, dentro da psiquiatria, da reforma psiquiátrica né', ele, não sei, muito confuso. Talvez a clínica como era, deixou de ser, e não desenvolvesse uma coisa com toda a positividade necessária, talvez, até hoje. Essa é a impressão que eu tenho, porque essa nova positividade da reforma, ou da saúde mental, é, ela é muito larga, pouco operativa em muitos casos né. Tem noções gerais que é, 'ah vamos tratar em liberdade, cuidar né, tratamento é diferente de cuidar e tal, tal', coisas que estão sendo construídas, mas acho que sem uma referência mais precisa e tal, que pudesse dar positividade num discurso novo né, nessa interação, nessa relação eh... com os manicômios, ou tentando ser fora dos manicômios, tentando ser fora das relações de opressão. Acho que é uma coisa que carece. Que é aí, acho que isso de fato é um, é um debate que não avança muito, talvez a própria urgência de se superar o manicômio concreto, isso que eu concordo que possa ter sufocado um pouco esse debate estrategicamente. (Roberto Tykanori).

Na fala a seguir, observa-se que a noção de classe parece assumir o principal jogo de força no contexto reformista.

[...]o problema de ser universal, é universal para quem está dentro e não para quem está fora. Porque quem está fora, o cara que é preto olha para o pobre branco e acha que ele é louco, então que é melhor ele estar dentro mesmo. O cara que é branco e olha para o outro psicótico branco, é bom que fique dentro mesmo. Quando eu estou dizendo que é universal, é universal para quem está dentro, é comum para quem está dentro dos muros. Então para quem está fora, as explicações, as justificativas são várias. O negro ou o preto que tá fora, ele não acha que é uma opressão ele deixar o negro lá dentro, ele acha que porque é psicótico, psiquiátrico, paciente psiquiátrico, é louco, deixa lá, tem mais que ficar lá mesmo. Ele não vai, ele não capta, num primeiro momento, é que lá tem a ver, macroestruturalmente, historicamente, como a própria condição de inserção social né. Essa construção se deu ao longo do tempo, as pessoas não se identificaram nada com quem estava dentro do manicômio, então é mais fácil, inclusive, no diálogo com a população externa, mostrar o mecanismo efetivo da exclusão, tá. E mostrar que a exclusão, ela não se justifica não por ser pobre e não por ser preto, a exclusão se justifica apenas por uma questão de força: força da classe que domina, a força do dinheiro, a força de quem tem poder, é poder versus quem não tem poder, essa é a discussão. (Roberto Tykanori).

Diante das falas dos entrevistados, verificam-se indícios de que o movimento da Reforma operou de modo a combater o manicômio e aparentemente compreendia os jogos de forças atuantes nos distintos sujeitos, resultando no isolamento dos loucos. Embora potente ao longo das décadas, a proposta universalizada de assistência dos diversos sujeitos atravessados pelo discurso psiquiátrico, efetivamente, parece ter minimizado o fato de que a opressão manicomial age de modo singular nos diferentes corpos, de acordo com a intersecção de outras forças relacionadas com o pertencimento racial, de gênero e classe, entre outras.

Paradoxalmente, o enfrentamento do racismo parece ter sido sufocado ou incluído

timidamente no movimento reformista, bem como os aspectos de ordem mais ‘abstrata’, tendo em vista a clínica em sua dimensão micro e na possibilidade de acolhimento ao sofrimento psíquico atravessado pelo racismo. Entretanto, tal ausência de enfrentamento teve efeitos concretos nos corpos frequentemente distribuídos em toda maquinaria da saúde pública, fosse nos hospitais psiquiátricos, ou na própria Raps.

Observa-se, da parte do movimento da Reforma, a necessidade de superação do manicômio concreto, mas cabe ressaltar que Rotteli²⁶ já indicava que, diferentemente da psiquiatria, que simplificava o objeto da doença mental, a desinstitucionalização deveria ter como objeto o sofrimento e sua relação com o corpo social, cuja ação não estaria vinculada somente à destruição do manicômio.

Considerações finais

Apesar das indicações já previstas na PNSIPN em 2009, o enfrentamento do racismo no campo da saúde mental tem resultado em poucas ações no cenário da Reforma Psiquiátrica e no SUS. É possível dizer que o GTRSM, criado em 2014, foi um marco e uma tentativa de efetivamente tomar a saúde mental das populações negras como uma questão relevante.

Um marco, pois as entrevistas dos participantes daquele processo mostram pujantes debates sobre uma gama de problemas e dificuldades que abarcavam a temática. Houve a constatação de problemas com relação à formação dos trabalhadores e de necessidade de reorientações na saúde mental. Tais problemas abordaram as assimetrias raciais observadas no campo da saúde mental, falta de sensibilidade étnico-racial na Raps e a necessidade de acolhimento do sofrimento psíquico atravessado pelo racismo. Com relação à temática racial no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, identificou-se a urgência de enfrentamento aos manicômios. Em contrapartida, o sofrimento psíquico atravessado pelo racismo pareceu não

obter destaque nas ações diante da clínica da Reforma Psiquiátrica, seja pela não inclusão da temática na clínica, seja pelas dificuldades dos serviços em acolherem tal condição.

Foi uma tentativa, pois, se houve o reconhecimento da complexidade e das dificuldades, o elenco de ações que obtiveram viabilidade foi bem restrito, e a curta duração do grupo, descontinuado em 2016, após a exoneração do então coordenador da saúde mental, quase comprometeu o legado daquele trabalho.

Ao resgatar as contribuições daquele debate, busca-se aqui fazer o convite aos defensores do SUS e da Reforma Psiquiátrica a retomar a luta para que a saúde mental da população negra seja efetivamente uma questão relevante.

Agradecimentos

Aos entrevistados que colaboraram para a realização do estudo. Agradeço à Maria Lúcia da Silva o importante trabalho voltado para a saúde mental da população negra, que vem sendo realizado há décadas pelo pioneiro Instituto AMMA Psique e Negritude. *Açê!*

Colaboradores

Ignácio MVM (0000-0002-6620-5514)* e Mattos RA (0000-0003-0256-7046)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Portaria número 992, 13 de maio de 2009. Instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [internet]. Diário Oficial da União, 14 Maio 2009. [acesso em 2019 fev 5]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html.
2. Anais do 7 Congresso de Pesquisadores Negros; 16-17 Jul. 2012; Florianópolis (SC): UFSC, 2012.
3. Associação brasileira de pesquisadores negros. Ofício VII COPENE à CGMAD, 6 Jul. de 2012. Florianópolis; 2012. (Não publicado).
4. AMMA Psique Negritude, Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, Conselho Federal de Psicologia, et al. Carta aos gestores e participantes do Encontro Nacional da Rede de Atenção Psicossocial, 4-6 de dezembro de 2013. Curitiba (PR); 2013. [acesso em 2019 fev 5]. Disponível em: <https://www.crsp.org/uploa>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- ds/impresso/478/fpGszk9TL7XlP7FYLQy38lMPVrD4azE.pdf.
5. Brasil. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Reportagem SEPPIR participa de GT sobre Saúde Mental no Ministério da Saúde [internet]. [Brasília, DF]: SEPPIR; 5 de nov. 14. [acesso em 10 jun 2018]. Disponível em: http://www.seppir.gov.br/portal-antigo/noticias/ultimas_noticias/2014/11/seppir-participa-de-gt-sobre-saude-mental-no-ministerio-da-saude.
 6. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. WebSeminário sobre Racismo e Saúde Mental (2h20min) [internet]. [Brasília, DF]: CG-MAD; 11 novembro de 2014. [acesso em 2018 maio 22]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=6rFzPlkX72Q&t=634s>.
 7. Fanon F. Em defesa da revolução africana. Lisboa: Sá da Costa; 1980.
 8. Foucault M. Microfísica do Poder. Machado R, organizador. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1998.
 9. Nascimento A. O Genocídio do Negro Brasileiro: processo de um racismo mascarado. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1978.
 10. Amarante P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: Amarante PA, organizador. Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora NAU; 2003. p. 45-65
 11. Baptista T, Mattos R. Sobre política – (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: Baptista T, Mattos R, organizadores. Caminhos para Análise das Políticas de Saúde. Porto Alegre: Rede Unida; 2015. p. 83-150.
 12. Nobles W. Sakhu Shetiz Retomando e reapropriando um foco psicológico afrocentrado. In: Nascimento E, editor. Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora. São Paulo: Summus Editorial; 2009.
 13. Ramos G. Introdução Crítica à Sociologia Brasileira. Rio de Janeiro: UFRJ; 1995.
 14. Fanon F. Pele Negra Máscaras Brancas. Salvador: EDUFBA; 2008.
 15. Schuman V. Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012. 121 p.
 16. Crenshaw K. A Interseccionalidade na Discriminação de Raça e Gênero. Cruzamento Raça e Gênero [internet]. 2004. [acesso em 2018 set 18]. Disponível em: <http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wp-content/uploads/2012/09/Kimberle-Crenshaw.pdf>.
 17. Costa FJ. A história da psiquiatria brasileira: um corte ideológico. 4. ed. Rio de Janeiro: Xenon; 1989.
 18. Barros S, Batista L, Dellosi M, et al. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. Saúde soc. [internet]. 2014. [acesso em 2018 dez 1]; 23(4):1235-1247. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1235.pdf>.
 19. Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde Mental; Ministério da Saúde; jan 2002. (n. 3).
 20. Silva ML, Miranda D. Saúde mental e racismo apresentado na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental; 11-15 dez. 2001. Brasília, DF; 2001. (Não publicado).
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde Mental; Ministério da Saúde; 2010. (n. 4).
 22. Bauru. Manifesto de Bauru: 2º Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental [internet]. 1987. [acesso em 2018 jun 1]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf> Acesso em 01/06/2018.
 23. Bauru. Carta de Bauru – 30 anos: Encontro de Bauru [internet]. 2017. [acesso em 2018 jun 1]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/carta-de-bauru.pdf> Acesso em 01/06/2018.

vel em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>.

24. Souza N. Tornar-se negro: As vicissitudes da identidade do negro em ascensão social. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1990.
25. Carneiro SA. A construção do outro como não-ser como fundamento do ser [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005. 339 p.

26. Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio F, organizadora. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 89-99.

Recebido em 02/06/2019

Aprovado em 11/09/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001

Vivências de pessoas LGBT em situação de rua e as relações com a atenção e o cuidado em saúde em Florianópolis, SC

Experiences of LGBT homeless people and its relations with health care in Florianopolis, SC

Dalvan Antonio de Campos¹, Heitor Mondardo Cardoso¹, Rodrigo Otávio Moretti-Pires¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S806

RESUMO As identidades de gênero e as orientações sexuais têm impacto sobre as vivências das pessoas em situação de rua, sendo importante motivo na quebra de vínculo familiar e ida para a rua, no caso, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). LGBT em situação de rua têm sua relação com o serviço de saúde comprometida e apresentam os piores indicadores de saúde quando comparados com os heterossexuais. O objetivo deste estudo foi compreender as implicações das identidades de gênero nas relações sociais e saúde de LGBT em situação de rua de Florianópolis (SC). Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada entre os meses de novembro de 2017 e fevereiro de 2018, com LGBT em situação de rua, no centro de Florianópolis (SC). Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas para coleta de dados. Os principais motivos de ida para a rua foram os conflitos familiares e a opção pessoal. A rua foi apresentada como um espaço de intensa discriminação e violência contra LGBT, com aspectos interseccionais relacionados com a raça, amenizadas por estratégias de 'desvio de foco'. Devido às experiências discriminatórias com profissionais de saúde, o cuidado de saúde é feito pelas próprias pessoas em situação de rua.

PALAVRAS-CHAVE Pessoas em situação de rua. Minorias sexuais e de gênero. Assistência integral à saúde. Discriminação social.

ABSTRACT Gender identities and sexual orientation have an impact on the lives of homeless people, and are an important reason for breaking the family bond and ending up in the streets, in the case of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals (LGBT). LGBT homeless people have their relationship with the health service compromised and have the worst health indicators when compared to heterosexuals. The aim of this study was to understand the implications of gender identities in social relations and health of the LGBT homeless population in Florianópolis (SC). It is a qualitative research carried out between November 2017 and February 2018, with LGBT homeless people in the city center of Florianópolis (SC). Individual semi-structured interviews were conducted for data collection. The main reasons for going to the street were family conflicts and personal choice. The street was presented as a space of intense violence and discrimination against LGBT population with intersectional aspects related to race, enlivened by some strategies of 'shifting of focus'. Due to discriminatory experiences with health professionals, health care is carried out by the very people in homeless situation.

KEYWORDS Homeless person. Sexual and gender minorities. Comprehensive health care. Social discrimination.

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. dalvandecampos@gmail.com



Introdução

O Movimento da Reforma Sanitária, ao questionar o *status quo* vigente e apontar as mudanças e transformações necessárias na sociedade e na saúde, foi fundamental para a introdução do direito universal à saúde no texto constitucional e criação do Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Apesar da implementação de diversos programas e políticas públicas de saúde desde a criação do SUS, alguns grupos sociais continuam mais vulneráveis e vulnerados devido a questões econômicas e socioculturais. A discriminação racial, de gênero e por orientação sexual são fatores que dificultam o acesso aos serviços de saúde de pessoas em Situação de Rua² e de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT)³.

A População em Situação de Rua (PSR) é identificada como um grupo social heterogêneo, caracterizado pela pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e inexistência de moradia convencional regular, utilizando as ruas e espaços públicos como seu local de relações sociais, moradia e sustento². Parte dessa população é constituída por LGBT, grupo que apresenta especificidades em relação às experiências de discriminação e necessidades de saúde^{4,5}.

Percebeu-se um crescimento da PSR no Brasil entre os anos de 2008 e 2016, passando de aproximadamente 50 mil⁶ para 101.854⁷. Essa tendência também é observada em países como Inglaterra⁸, Canadá⁹ e EUA⁹, que desenvolvem estudos específicos com a população LGBT. A presença dessas pessoas no ambiente da rua, seja no Brasil ou no exterior, relaciona-se com a quebra de vínculos familiares devido à discriminação por ser LGBT^{5,6,9}.

Apesar da existência de estudos anteriores descrevendo a presença de pessoas LGBT nas ruas, o censo da PSR do município de São Paulo, realizado em 2015, foi o primeiro trabalho que mensurou esse grupo, identificando que 8,9% da população se declara como 'não heterossexuais'⁴. A população LGBT em situação de rua possui piores indicadores

de saúde e apresenta maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, quando comparada com os heterossexuais^{4,10}.

As discussões sobre gênero – definido como construções sociais, modos de ser e de agir desempenhados e reiterados pelas pessoas conforme sua condição e relações de poder presentes na sociedade – têm sido incorporadas no campo da saúde como importante determinante social^{11,12}. Assim, categorias como identidade de gênero (identificação pessoal em relação ao gênero), expressão de gênero (forma como a pessoa apresenta-se e comporta-se socialmente) e orientação sexual (direcionamento afetivo-sexual da pessoa) passaram a compor pesquisas e políticas públicas de saúde, embora ainda apresentem debilidade na sua utilização na prática¹³.

Neste trabalho, adota-se uma perspectiva butleriana¹², sendo as identidades de gênero, as expressões de gênero, a orientação sexual e o sexo compreendidos como um efeito provisório de reiterações naturalizadas, que estão em constante construção no plano individual e social. Entretanto, apesar de seu caráter provisório, percebe-se que algumas dessas naturalizações ganham *status* de verdade no jogo social¹².

Assim, a heteronormatividade – que prescreve a heterossexualidade como única condição normal e coerente – é uma dessas naturalizações que submete LGBT à condição de anormalidade¹⁴. Esse condicionamento social à anormalidade é sustentado pelo que Bourdieu¹⁵ conceitua como violência simbólica, mecanismo pelo qual as desigualdades são naturalizadas e impostas de forma sutil nas relações sociais vigentes, legitimando processos de dominação e mantendo a ordem vigente. Assim, pessoas LGBT ficam em uma situação de maior vulnerabilidade a processos discriminatórios e violentos com efeitos diretos na saúde⁵.

Considerando que os fatores econômicos e socioculturais se relacionam com a distribuição da morbimortalidade nos grupos sociais, em que os menos favorecidos adoecem mais e de formas mais severas¹⁶, percebe-se que a

população LGBT em situação de rua é vulnerada de forma mais intensa pela intersecção de fatores discriminatórios. Sendo assim, esta passa por episódios discriminatórios diferentes daqueles sofridos por LGBT que não moram nas ruas e pela PSR que se encaixa no padrão heterossexual, constituindo-se como um grupo específico e invisibilizado pelas políticas públicas, profissionais de saúde e gestores do SUS.

Dessa forma, o presente trabalho objetivou compreender as implicações das identidades de gênero nas relações sociais e na saúde de pessoas LGBT em situação de rua de Florianópolis (SC).

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que compreende um conjunto de práticas que englobam os sentidos atribuídos pelos indivíduos às experiências e vivências e aos contextos relacionais em que estão inseridos¹⁷; ou seja, os sentidos atribuídos pelas pessoas LGBT em situação de rua acerca de suas vivências cotidianas e na relação com os serviços de saúde.

A pesquisa foi desenvolvida entre novembro de 2017 e abril de 2018 nas ruas do Centro, em Florianópolis (SC). Em 2017, a PSR do município possuía 938 pessoas, sendo desconhecido o número de LGBT¹⁹. A PSR concentra-se no bairro Centro e arredores, onde estão grande parte dos comércios, serviços e as principais instituições de apoio à PSR¹⁹.

Frequentou-se diariamente e em diferentes horários os espaços ocupados pela PSR. No primeiro momento, buscou-se adentrar ao campo e construir vínculos, devido à dificuldade de acesso aos diálogos e vivências. Em seguida, foram identificadas as pessoas LGBT em situação de rua para a realização das entrevistas. Durante todas as abordagens, a postura de escuta e respeito, rompendo com a invisibilização e estigmatização, foi fundamental para produção de vínculos.

Para coleta de informações, foram utilizadas entrevistas individuais semiestruturadas²⁰ e

observação no cotidiano¹⁸. A opção pela entrevista individual justificou-se pelo interesse em aprofundar a conversa em determinadas trajetórias e temas¹⁸. Realizou-se o convite para as entrevistas por amostragem de conveniência, sem a pretensão de representatividade numérica²⁰. Foram convidadas todas as pessoas LGBT em situação de rua identificadas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e disponibilizado, porém, não foi considerado importante, sendo dispensada a assinatura e o recebimento.

As entrevistas foram realizadas de forma dialogada em locais improvisados do espaço público da cidade. Para direcionar a conversa, utilizaram-se os seguintes tópicos: motivos que o levou para a rua; processo da saída de casa e fixação na rua; motivos que o mantém na rua; cuidados em saúde; e relação com os serviços de saúde. As entrevistas não foram gravadas por solicitação dos entrevistados.

O registro das informações provenientes do campo de pesquisa foi realizado em diário de campo. Nele, foram anotadas as percepções do pesquisador, partes de relatos e falas das conversas informais e entrevistas. Os registros provenientes da pesquisa foram digitados para análise. Realizou-se a codificação dos participantes, mediante a identidade de gênero (Homem – H e Mulher – M) e orientação sexual referida (Gay – G, Lésbica – L, Bissexual – B e Sem Orientação Sexual Definida – SOD) para apresentação dos resultados.

A análise foi realizada por meio de imersão no material coletado, produção de categorias e articulação com os referenciais teóricos²⁰. Após a leitura exaustiva dos registros, foram produzidas cinco categorias, conforme relatos e observações das pessoas LGBT. Por fim, realizou-se a reflexão acerca das categorias produzidas, debatendo-as com a literatura de gênero, PSR e saúde coletiva.

Durante a pesquisa, foi realizada articulação com a Rede de Atenção à Saúde devido à demanda específica de um dos participantes. Após a conclusão do trabalho, as informações produzidas foram utilizadas

em atividades com instituições de apoio às PSR do município.

O presente estudo foi submetido e aprovado, sob o protocolo nº 104963/2015, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme a Resolução CNS nº 466/12.

Resultados

Foram entrevistadas 6 LGBT em situação de rua, sendo 2 homens (1 *gay* e 1 bissexual) e 4 mulheres (1 lésbica, 2 bissexuais, 1 sem orientação sexual definida). Em relação à raça, 4 identificaram-se como brancos, e 2, como negros. A idade dos participantes variou de 18 anos a 44 anos, e o tempo de rua foi de 8 meses a 12 anos. Excetuando-se uma das participantes, que utilizava instituição de apoio para pernoite, todos dormiam em logradouros públicos.

Em relação às atividades desenvolvidas para o sustento, um deles faz a leitura de cartas de *tarot*, e outro, confecção de objetos de arte. Os demais sustentam-se, exclusivamente, de donativos recebidos de instituições públicas, grupos organizados da sociedade civil e pela mendicância.

As cinco categorias construídas na análise são: processo de ida para a rua; discriminação contra LGBT no ambiente da rua; desvio do foco de violência; relação com os serviços de saúde; processo de cuidado em saúde na rua.

Processo de ida para a rua

Entre os homens, *gay* e bissexual, o fato de ser LGBT não teve ligação direta com a quebra de vínculo familiar e ida para a rua. Nessas situações, havia aceitação da orientação sexual por parte da família; entretanto, a necessidade de viver novas experiências, o sentimento de limitação em morar entre casa e seguir rotinas foram os principais motivadores.

Ele resolveu morar na rua porque sentia que morando numa casa estaria limitado. Na rua teria

novas experiências e poderia ajudar as pessoas, com o tarot, que é para ele uma maneira de ‘mostrar o caminho’ para os outros. (Relato sobre HG01).

...ele falou que foi porque já tinha essa vontade, havia saído de casa há um tempo e que a quebra de vínculo não teve relação com o fato de ser LGBT. (Relato sobre HB01).

Essa característica, todavia, não correspondeu às narrativas das mulheres. Essas relataram que ser LGBT foi a motivação principal dos conflitos familiares, relacionados com o conservadorismo e crenças religiosas da família que não aceitavam nada fora do padrão heteronormativo. Nessas desvinculações forçadas, situações como discriminação racial, dificuldade financeira, institucionalização forçada, violências por serem LGBT e por portar o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) foram determinantes na ida para as ruas.

Ela e a mãe tinham um relacionamento conturbado, a mãe tinha medo que ela ‘virasse lésbica’, isso foi resolvido – para a mãe – quando, aos 17 anos, engravidou. Tinha um péssimo relacionamento com o padrasto, um homem evangélico, muito racista e homofóbico, uma das principais razões da ida para a rua. (Relato sobre MB01).

Ela estudou numa escola da qual foi expulsa por beijar uma menina atrás do ginásio e antes havia sido impedida de usar o banheiro por ser portadora de HIV. Começou a sofrer bullying no orfanato e saiu de lá para trabalhar no corre no morro (trabalho com o tráfico de drogas nas comunidades de Florianópolis, localizadas nos morros da cidade). Depois disso foi pra rua. (Relato sobre ML01).

Constatou-se uma dicotomia nas motivações de ida para a rua: por opção e por imposição. Entre os participantes deste estudo, percebeu-se que o fator ‘opção’ foi uma característica dos homens LGBT, e ‘imposição’, as das mulheres LGBT.

Discriminação contra LGBT no ambiente da rua

Acerca das vivências nas ruas, percebeu-se a presença constante da discriminação por ser LGBT, sendo que essas atitudes discriminatórias ocorrem de maneira mais escrachada nesse espaço. Entretanto, embora seja possível constatar um relacionamento de solidariedade entre os LGBT e não LGBT na rua, as piadas com conteúdo discriminatório, que, inevitavelmente, ofendem aqueles que se identificam LGBT, são mantidas.

Dois rapazes faziam muitas piadas homofóbicas e gerou uma briga. Ele falou 'isso não machuca somente as pessoas de quem vocês estão falando, isso me machuca também'. (Relato sobre HG01).

Um rapaz que estava junto começou a apontar para seus amigos, todos heterossexuais, e dizer 'esse é LGBT', em tom de piada. (Relato de observação).

Esse tratamento vexatório foi vivenciado durante a coleta de campo quando apresentavam a temática da pesquisa. Eram constantes as ironias do tipo: “*este é LGBT, aquele é LGBT*”, apontando para pessoas não LGBT, com o intuito de ofendê-las ao tratá-las dessa forma; esse tipo de atitude gerou revolta por parte dos moradores de rua LGBT.

Nesse sentido, constatou-se que a rua é um espaço mais permissível para declarações discriminatórias para pessoas LGBT, principalmente por homens heterossexuais, que compõem grande parte da PSR. Não se verifica o desconforto em ofender as pessoas LGBT, o que faz com que palavras como ‘bicha’ e ‘viado’ sejam constantemente utilizadas de forma pejorativa. Tal cenário fez com que os interlocutores solicitassem que as entrevistas e conversas ocorressem em locais isolados, para que eles se sentissem mais seguros.

Além da violência verbal direcionada às pessoas LGBT, as mulheres lésbicas e

bissexuais são coagidas e violentadas pela não aceitação de sua orientação sexual. São comuns propostas de homens para troca de drogas e alimentos por sexo, mesmo sabendo da orientação sexual das mulheres, sendo que alguns persistem de forma violenta para obtenção das relações sexuais.

Ainda é estranho ser LGBT, as pessoas ainda fazem piada e não entendem muito bem. (Fala de MBO1).

Existem homens, principalmente os mais velhos, que tentam trocar comida e drogas por sexo, não aceitam que ela goste de mulheres, e ela se incomoda com tais propostas. (Relato sobre MLO1).

Percebe-se que, apesar de a vida na rua representar, para alguns, um espaço de novas experiências e, para outros, uma forma de sair de ambientes violentos, as discriminações contra as identidades de gênero LGBT persistem. Entretanto, a configuração da vida na rua, com sua fluidez e indefinição geográfica, permite que essas pessoas se desviem e se afastem dessas relações discriminatórias.

Desvio do foco da violência

Verificou-se que, entre as pessoas LGBT em situação de rua, algumas características individuais serviam como estratégia de proteção. Dentre as características, destacam-se: modificações corporais, como *piercings* e tatuagens, incluindo tatuagens nos olhos; aspectos comportamentais/culturais, como a mescla de aspectos ciganos e *hare krishna*, trazendo um ar de mistério; e expressão de comportamento masculinizados com uso de *top* para apertar os seios, cabelos curtos e roupas masculinas.

Essas características são utilizadas como ‘repelente’ para outras pessoas em situação de rua, que, em geral, temem aproximar-se desses indivíduos; desse modo, previnem-se de processos violentos.

Ele lia cartas e utilizava roupas que mesclavam

aspectos da cultura cigana e da cultura hare krishna, criando em torno de si uma figura mística, que gerava temor por parte da PSR, mantendo-o mais afastado dos demais. (Relato sobre HG01).

Ela tinha 4 piercings na glabella, um no queixo e um em cada bochecha, olhos tatuados, três tatuagens no rosto e a língua partida ao meio. Isso 'afastava os outros', ela me disse. (Relato sobre MB02).

Outro motivo de desvio do foco das atitudes discriminatórias contra LGBT foi o fato de as pessoas serem negras. Estas são inicialmente estigmatizadas e violentadas por serem negras, sendo que isso, em alguns momentos, mascara o fato de serem LGBT. Entretanto, geralmente são acionados de forma interseccional, potencializado a discriminação sofrida.

Ela falou que antes de se identificar como homem, mulher ou LGBT, já sofria por se perceber como uma pessoa negra, que sofreu racismo desde que existiu. (Relato sobre MSOD01).

Quando virou moradora de rua; como mulher negra, sentia que os homens queriam aproveitar dela, da fama de 'boa de cama' que a mulher negra tem. (Relato sobre MSOD01).

Nota-se que esses desvios de foco, apesar de minimizarem a vulnerabilidade, não modificam o contexto em que vivem. Ou seja, continua-se a conviver com as violências em um meio discriminatório, adaptando-se a ele.

O processo de cuidado em saúde

Os problemas de saúde na PSR acionam e potencializam a solidariedade entre o grupo. Percebeu-se que a dificuldade de acesso à assistência de profissionais de saúde faz com que eles desenvolvam um cuidado de saúde entre si, com estratégias próprias da rua.

Quando alguém está doente, os demais cuidam da pessoa, procuram comida, mangleiam (contam histórias verídicas ou não para obter

dinheiro, ou pedem ajuda financeira diretamente para pessoas que não moram nas ruas) por ela, compram medicamentos e fazem chás. (Relato sobre HB01).

Nesse sentido, os participantes relatam que as discriminações que sofrem como LGBT não acontecem nesses momentos; sendo que as mesmas pessoas que fazem piadas e violentam em alguns momentos, quando há um problema de saúde, cuidam e ajudam na recuperação.

Ele percebe na rua um ambiente de maior empatia e de ajuda, quem tem cigarro, bebida, comida sempre divide e isso se maximiza na situação de doença. (Relato sobre HG01).

Entretanto, a formação de grupos entre a PSR faz com que esse cuidado, no caso dos LGBT, seja majoritariamente dado pelas outras pessoas LGBT em situação de rua.

Ela falou que na rua já teve hepatite, ficou mal e que seus amigos próximos cuidaram dela, deram comida e manglearam para poder cuidar dela. (Relato sobre MB01).

Devido à precariedade de acesso a serviços de saúde, quando há um momento de vulneração, principalmente relacionado com a doença, essa é mais relevante que os preconceitos existentes; e, nesses momentos, todos se cuidam entre si. Sendo os grupos mais próximos, tornam-se cuidadores integrais.

A relação com os serviços de saúde

A relação de LGBT em situação de rua com os serviços de saúde é dificultada pelas más experiências com profissionais. Em geral, preferem o cuidado na rua evitando o cuidado profissional, principalmente em casos menos graves.

Espero estar morrendo, não gosto dessas coisas, passo longe de profissional de saúde. (Fala de HB01).

Ela relatou que, como todos os médicos se preocupavam apenas com suas tatuagens e piercings, evitava procurar ajuda profissional até o último momento, a última vez que precisou de ajuda foi diretamente a emergência com intensa dor abdominal. (Relato sobre MB02).

Percebeu-se que o relacionamento negativo com os serviços e profissionais de saúde é justificado pelas abordagens inadequadas que experienciaram. Os profissionais de saúde, durante o atendimento, mesmo quando não há necessidade, ressaltam questões de cunho preconceituoso sobre HIV, diversidade sexual e alterações corporais. Isso faz com que os problemas que os levaram aos serviços de saúde sejam ignorados.

A relação com serviços de saúde é péssima, todo profissional quer interná-la ou manda para o Neureu (infecologia), ela espera outra abordagem que não se fale em internação no primeiro momento. (Relato sobre ML01).

Os médicos, ao atenderem ela, ignoram suas demandas e focam somente na tatuagem do seu olho, chegam jogando luz sem pedir licença. (Relato sobre MBO2).

Sendo assim, essas barreiras e más experiências fazem com que as pessoas LGBT em situação de rua procurem por atendimento somente em casos extremos, preferindo o cuidado na rua, pelos companheiros de rua.

Discussão

O aumento da população LGBT em situação de rua, suas especificidades e demandas em saúde é um tema investigado de forma consistente no cenário internacional^{9,10,21}. Nota-se que essa tendência de aumento é encarada como um problema social, fomentado pelas discriminações e iniquidades sociais, com reconhecido impacto na saúde⁹. Tais estudos costumam enfocar a população jovem, denominada

homeless youths, que apresenta maior proporção de LGBT^{9,10,21}.

No Brasil, esse é um tema pouco investigado^{5,22,23}, e apesar da constatação do aumento da PSR⁷, há uma invisibilidade das pessoas LGBT em situação de rua nas discussões científicas, políticas públicas e serviços de saúde no cenário nacional. A emergência desse debate relaciona-se com o fortalecimento das discussões na sociedade e na academia sobre gênero e diversidade sexual, bem como o reconhecimento da categoria gênero como um determinante social de saúde^{4,24}.

Acerca da ida para as ruas, o censo nacional⁶ aponta que os conflitos familiares foram motivadores em 29,1% dos casos, superados pelo desemprego (29,8%) e alcoolismo/drogas (35,5%). Os rompimentos por conflitos familiares aparecem como principal fator para saída de casa de LGBT, principalmente jovens no cenário nacional de internacional^{10,21}.

Campos e Moretti-Pires⁵, estudando as trajetórias sociais de LGBT em situação de rua de Florianópolis (SC), observaram que violências verbais e físicas, como estupro corretivo, foram o estopim para saída de casa de gays e lésbicas. Santos²⁵, em trabalho realizado na Ceilândia (DF) com travestis e transexuais em situação de rua, aponta que os conflitos familiares devido à identidade de gênero e orientação sexual foram a principal causa, entretanto, a religião e o empobrecimento também foram motivadores.

A ida para as ruas é relatada como uma ‘opção forçada’, diante do contexto de conflito vivenciado¹⁰. Contudo, no presente trabalho, dois participantes relataram que foram para as ruas buscar novas experiências. Nesses casos, não havia conflitos familiares relacionados com fobias de gênero, apontando para novas configurações e estilo de vida em que a rua passa a não ser um endereço forçado, mas uma escolha pessoal.

A discriminação contra LGBT é uma constante na sociedade, sendo alvo de políticas e campanhas para mudança de comportamento, com vistas a erradicar qualquer violação pela identidade de gênero ou orientação sexual³.

Sabe-se que os atos discriminatórios são oriundos do preconceito concretizado pelas fobias de gênero, ou seja, o medo ou ódio de pessoas LGBT que vivenciam uma experiência não heteronormativa¹⁴.

As piadas escrachadas contra LGBT e o uso dos termos ‘bicha’ e ‘viado’ para chacota no ambiente da rua são uma extensão dessa discriminação naturalizada na sociedade. Destaca-se um agravante nesse contexto, pois mais de 80% da PSR é formada por homens heterossexuais que tendem a desempenhar práticas de masculinidades violentas e heterocentradas²⁶. Sabe-se que pessoas LGBT, em especial as mulheres, em situação de rua são mais propensas a sofrer violência e assédio sexual devido à percepção discriminatória e em função do machismo que submete as mulheres a situações de violência, resultando muitas vezes em mortes^{27,28}.

Percebe-se que a violência simbólica, operada na dominação masculina, aparece como um fenômeno social amplo e ramificado, reproduzido entre a PSR. Considerar a reiteração de uma suposta hierarquia social em que os homens heterossexuais exercem poder sobre os corpos femininos e de outras orientações sexuais é central para compreendermos as relações violentas nas ruas^{12,15}. Assim, é necessário abordar a discriminação contra mulheres e LGBT nas políticas públicas e atividades de educação permanente para profissionais que atuam com a PSR para visibilizar a temática na atenção de saúde desse grupo.

Vista a violência vivenciada, os entrevistados apontaram alguns fatores que ‘desviam o foco’ da discriminação por ser LGBT: modificações corporais, comportamentos específicos e cor da pele. Silveira, Michel e Silva²⁹ apontam que a *body modification* é um fenômeno antigo, mas popularizou-se entre os jovens como uma forma de construção de identidade. No que tange ao ‘desvio do foco’, o estranhamento e o preconceito sobre a *body modification* parecem ser o mobilizador dessa proteção contra discriminações LGBT na rua.

Em relação aos comportamentos, deve-se separá-los em duas vertentes. A primeira

trata-se de comportamentos não comuns para o contexto cultural, como o caso do *hare krishna*. Nessas situações, assim como na *body modification*, aciona-se um estranhamento e receio por parte dos demais moradores de rua, minimizado as aproximações e atitudes discriminatórias. A segunda trata-se de performatividade de gênero, mais especificamente práticas de masculinidades em mulheres²⁵.

No contexto da rua, é possível identificar entre as mulheres a junção de vulnerabilidades relacionadas com gênero, sexualidade e cor da pele, sendo necessário um olhar interseccional. Ou seja, não se deve analisar as opressões sofridas de forma isolada, mas a partir da interação delas³⁰.

Devido às práticas sexuais forçadas, é comum as mulheres apresentarem comportamentos compreendidos socialmente como masculinos para repelir os homens. Esse fenômeno não é exclusivo das mulheres LGBT, sendo percebido também em mulheres heterossexuais²⁵. Tratando-se da cor da pele, apesar de o relato referir-se ao ‘desvio de foco’, nota-se uma interseção mediante a erotização do corpo negro. Nesse sentido, apesar do aparente ‘desvio’ da violência, há um processo de vulnerabilidade ainda maior das pessoas LGBT negras nas ruas.

Lancellotti³¹, em estudo com mulheres com trajetórias de rua e encarceradas, faz um paralelo entre essas populações a partir de uma perspectiva interseccional. Trata-se de corpos negros, pobres e com baixa escolaridade que ocupam esses espaços. A PSR brasileira é composta por mais de 70% de pessoas negras, com baixa escolaridade e oriundas de classes sociais baixas^{4,6,19}. Por outro lado, a precariedade das políticas públicas e a baixa qualidade dos serviços de saúde para essas populações transparecem uma estratégia necropolítica do Estado. Conforme Mbembe³², além do controle dos corpos, determinadas ações visam deixar morrer ou induzir a morte de determinados grupos sociais.

No campo da saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde LGBT³ é um marco para equidade no SUS e na qualificação da

saúde LGBT, todavia, apenas menciona as pessoas em situação de rua, não apresentando estratégias para atenção a esse grupo. Sena e Souto³³, ao analisar os avanços e desafios da política, apontam como principais entraves o processo transexualizador e ações específicas para mulheres lésbicas e bissexuais e para homens gays e bissexuais, sem mencionar as pessoas em situação de rua. Assim, apesar dos avanços com o SUS e suas bases sociais provenientes do Movimento da Reforma Sanitária, ainda é um desafio cuidar da saúde das pessoas LGBT em situação de rua.

Percebe-se grande insatisfação da PSR com os profissionais e serviços de saúde. O censo da PSR, realizado em 2008, já apontava que mais da metade da população havia passado por algum episódio de impedimento de acesso aos serviços de saúde⁶. Os LGBT nesse contexto apresentam piores indicadores de acesso quando comparados com os heterossexuais^{4,22}. Constatou-se, neste estudo, que a exclusão dos LGBT dos serviços de saúde e o mal atendimento geraram um sentimento de revolta e insatisfação com o serviço ofertado.

Essas experiências negativas costumam causar sentimento de vergonha, pela condição de morar nas ruas, falta de condições de higiene e vestes precárias³⁴. Tal sentimento encontra reforço em alguns setores específicos, como nos serviços de atendimento à saúde mental, pelo grande estigma existente, que rotula os usuários desses serviços como ‘loucos’³⁵. O que se percebe é que o desfecho final, para ambos os casos, é não acesso ao serviço.

Koopmans et al.³⁶, em revisão integrativa sobre os cuidados à PSR, indicam que a “compreensão do outro”, ou seja, as peculiaridades da vida em situação de rua, é um dos principais aspectos para qualificar a atenção dessa população. O acolhimento, a escuta qualificada e a construção de vínculos longitudinais são essenciais para evitar que eles cheguem somente por meio das urgências e emergências aos serviços de saúde.

Em função desse panorama, o cuidado de saúde é feito na rua sem a mediação de

profissionais. Devido à exclusão social, tendem a negar a saúde enquanto um direito. Observa-se, assim, a solidariedade entre o grupo, minimizando discriminações contra LGBT em prol do cuidado. Vale e Vecchia³⁷, em estudo realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), constatou que o uso das redes de apoio social pela PSR é a principal forma de cuidado em saúde. Faz-se automedicação por indicação dos colegas, utilizam conhecimentos e tratamentos da medicina popular para recuperação da saúde nas ruas.

Corroborando Johnson⁹, os avanços sociais e legais voltados para as pessoas LGBT devem ser celebrados, entretanto não podem deixar de lado determinado grupos, como os LGBT em situação de rua. É preciso voltar as atenções para esses entraves, tanto como um problema social quanto como um desafio para o SUS.

Considerações finais

O aumento expressivo da PSR no Brasil assim como a invisibilização e a precariedade na saúde da população LGBT em situação de rua são desafios latentes para a sociedade e para a efetivação SUS enquanto um sistema universal, integral e equânime. Nesse sentido, buscou-se compreender as implicações das identidades de gênero nas relações sociais e saúde de LGBT em situação de rua de Florianópolis.

As discriminações contra LGBT no ambiente familiar foram motivações da ida para as ruas, entretanto, o desejo de novas experiências também apareceu como estopim. Nas ruas, constatou-se a presença de relações discriminatórias e violências perpetradas por outras pessoas em situação de rua, em especial, dos homens heterossexuais, envolvendo questões raciais e de sexualidade; sendo que aspectos comportamentais e físicos se apresentaram como forma de ‘desvio de foco’ para as violências sofridas.

A organização social heteronormativa direciona, de forma violenta, as trajetórias de vida e relações interpessoais nas ruas. As

fobias de gênero permanecem como grande desafio para a cidadania LGBT, como impactos diretos na saúde. Assim, compreender a saúde em seu conceito amplo é central para qualificar os serviços do SUS e fomentar estratégias intersetoriais para saída das ruas. Para reorientar o modelo de atenção, deve-se considerar que a saúde depende de uma sociedade justa, equitativa e com respeito às diferenças.

Verificaram-se experiências negativas com os serviços de saúde, culminando na não procura pelos serviços, devido às más experiências pregressas com profissionais. Tal panorama faz com que se desenvolvam práticas solidárias para o cuidado em saúde, sendo que, nesses momentos, as discriminações contra LGBT entre a PSR, em geral, cessam.

Desse modo, a visibilização das pessoas LGBT em situação de rua passa pela compreensão e respeito das especificidades da vida nas ruas, principalmente no que tange às discriminações e às violências sofridas. Nesse sentido, deve-se retomar a noção de determinação social do processo saúde-doença, fundamento da Reforma Sanitária e do SUS, repensando a prática cotidiana a partir das necessidades dessa população.

Colaboradores

Campos DA (0000-0001-6914-1184)*, Cardoso HM (0000-0002-8953-6412)* e Moretti-Pires RO (0000-0002-6372-0000)* são responsáveis pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
4. Fundação Instituto de Pesquisa Econômicas. Caracterização Socioeconômica da População Adulta em Situação de Rua e Relatório Temático de Identificação das Necessidades desta População na Cidade de São Paulo. São Paulo: FIPE; 2015.
5. Campos DA, Moretti-Pires RO. Trajetórias sociais

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- de gays e lésbicas moradores de rua de Florianópolis (SC), 2016. *Revista Est. Fem.* 2018; 26(2):e45995.
6. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social; 2008.
 7. Natalino MAC. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil. Rio de Janeiro: Ipea; 2016.
 8. Fitzpatrick S, Pawson H, Bramley G, et al. The homelessness monitor: England 2017. London: Crisis Head Office; 2017.
 9. Johnson RG. Public administration's ethical dilemma: Homeless LGBT youth in the twenty-first century. *Journal Public Integrity.* 2018; 20:539-541.
 10. Keuroghlian AS, Shtasel D, Bassuk EL. Out on the street: a public health and policy agenda for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth who are homeless. *American Journal of Orthopsychiatry.* 2014; 84(1):66-72.
 11. Scott JW. Género: ¿ Todavía una categoría útil para el análisis? *La manzana de la discordia.* 2011; 6(1):95-101.
 12. Butler J. Problemas de género: feminismo e subversão da identidade. Abingdon: Routledge; 2003.
 13. Brasil. Ministério Público Federal. O Ministério Público e a Igualdade de Direitos para LGBTI: Conceitos e Legislação. Brasília, DF: MPF; 2017.
 14. Warner M. Fear of a queer planet: Queer politics and social theory. Minnesota: University of Minnesota Press; 1993.
 15. Bourdieu P. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
 16. Nogueira RP. Determinação social da saúde e reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2010.
 17. Bosi MLM, Mercado FJ. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2007.
 18. Aragaki SS, Lima MLC, Pereira CCP, et al. Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. In: Spink MJ, editor. *Escritos de Educação.* Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2014. p. 57-72.
 19. Instituto Comunitário Grande Florianópolis. Diagnóstico Social Participativo da População em Situação de Rua na Grande Florianópolis. Florianópolis: ICOM; 2017.
 20. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.
 21. Hafeez H, Zeshan M, Tahir MA, et al. Health care disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: a literature review. *Cureus.* 2017; 9(4): e1184.
 22. Garcia MRV. Diversidade sexual, situação de rua, vivências nômades e contextos de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. *Temas em Psicologia.* 2013; 21(3):1005-1019.
 23. Machado RWG. População LGBT em Situação de Rua: Uma Realidade Emergente em Discussão. *Revista EDUC.* 2015.
 24. Gomes R, Murta D, Facchini R, et al. Género, direitos sexuais e suas implicações na saúde. *Ciênc. Saúde de Colet.* 2018; 23(6):1997-2006.
 25. Santos TES. A visão do trabalho entre pessoas LGBT em situação de rua [monografia]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2018. 41 p.
 26. Pinheiro ZAC. Vidas infames: uma etnografia das masculinidades, identidades de gênero e sobrevivências de homens que moram nas ruas [tese]. Marília: Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2018. 250 p.

27. Whitbeck LB, Chen X, Hoyt DR, et al. Mental disorder, subsistence strategies, and victimization among gay, lesbian, and bisexual homeless and runaway adolescents. *Journal of sex research*. 2004; 41(4):329-342.
28. Sousa RF. Cultura do estupro: prática e incitação à violência sexual contra mulheres. *Estudos Feministas*. 2017; 25(1):9-29.
29. Silveira AA, Michel CB, Silva MRS. Discutindo as práticas do Body Modification e as possíveis produções das identidades jovens. *TEXTURA*. 2016; 18(37):27-49.
30. Crenshaw K. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. *Est. Fem*. 2002; 10(1):171-188.
31. Lancellotti HP. Mulheres, Rua e Prisão: uma Análise do Perfil de Mulheres com Trajetórias de Rua Custodiadas na Penitenciária Feminina do DF. In: *Anais do 1º Seminário de Antropologia da UFSCAR*; 2012; São Carlos. São Paulo: UFSCAR; 2012. p. 625-635.
32. Mbembe A. Necropolitics. In: Morton S, Bygrave S, editores. *Foucault in an Age of Terror*. London: Palgrave Macmillan; 2008. p. 152-182.
33. Sena AGN, Souto KMB. Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. *Tempus*. 2017; 11(1):09-28.
34. Rodrigues JS, Lima AF, Holanda RB. Identidade, Drogas e Saúde Mental: Narrativas de Pessoas em Situação de Rua. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2018; 38(3):424-436.
35. Gomes CLT. O Direito à Saúde e a População em Situação de Rua: Análise da Experiência da Equipe de Consultório na Rua do Município de São Luís [monografia]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2017. 76 p.
36. Koopmans FF, Daher DV, Acioli S, et al. O viver na rua: Revisão integrativa sobre cuidados a moradores de rua. *Rev. Bras. Enferm*. 2019 [acesso em 2020 fev 20]; 72(1):211-220. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100211&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
37. Vale AR, Vecchia MD. “UPA é nós aqui mesmo”: as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. *Saúde e Sociedade*. 2019; 28(1):222-234.

Recebido em 10/06/2019

Aprovado em 09/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Caminhos percorridos por transexuais: em busca pela transição de gênero

Paths taken by transsexuals: in search for gender transition

Otto Felipe Dias Hanauer¹, Ana Paula Azevedo Hemmi¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S807

RESUMO Este estudo teve como objetivo descrever os caminhos percorridos por transexuais, visando conhecer seus itinerários na busca por atendimento às suas necessidades e demandas em saúde. Como percurso metodológico, realizou-se um estudo exploratório com abordagem qualitativa, tendo por referência teórica os Itinerários Terapêuticos (IT). Foram realizadas entrevistas com sete transexuais. A partir dessas, foi possível identificar alguns marcos nos IT dos(as) entrevistados(as), tais como o ‘reconhecimento como trans’ e a ‘rede de cuidados em saúde: em busca da modificação corporal’. Acredita-se que este estudo permitiu dar visibilidade à trajetória de pessoas transexuais, considerando suas vivências, seus conflitos e dificuldades para conseguirem alcançar sua identidade de gênero. Além disso, foi possível perceber como a transexualidade é, ainda, uma condição não vista por profissionais de saúde e gestores da Rede de Atenção à Saúde, como também por parte de pessoas do convívio social. Isso sinaliza para a importância deste estudo em pelo menos três aspectos: social, político e de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Pessoas transgênero. Assistência integral à saúde. Minorias sexuais e de gênero. Sistema Único de Saúde. Terapêutica.

ABSTRACT *This study aimed to describe the paths taken by transsexuals, aiming to know their itineraries in the search for meeting their health needs and demands. As a methodological choice, an exploratory study with a qualitative approach was carried out, using Therapeutic Itineraries (IT) as a theoretical reference. Interviews were conducted with seven transsexuals. From those, it was possible to identify some milestones in the IT of the interviewees, such as the ‘recognition as a trans’ and the ‘health care network: in search for body modification’. It is believed that this study allowed to give visibility to the trajectory of transsexual people, considering their experiences, their conflicts, and their difficulties to achieve gender identity. In addition, it was possible to perceive how transsexuality is still a condition disregarded by health professionals and managers of the Health Care Network, as well as by a share of the people of social life. This points to the importance of this study in at least three aspects: social, political, and regarding health.*

KEYWORDS *Transgender persons. Comprehensive health care. Sexual and gender minorities. Unified Health System. Therapeutics.*

¹Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) – Diamantina (MG), Brasil. ottohanauer@gmail.com



Introdução

A transexualidade pode ser entendida como a condição do indivíduo cuja identidade de gênero difere daquela designada no nascimento. O termo transexual é utilizado para nos referirmos a homens e a mulheres trans, na tentativa de designá-los como pessoas que não se identificam com as atribuições socioculturais de masculino e feminino. Em alguns casos, podem, por meio de modificações corporais, exercer sua identidade de gênero de acordo com seu bem-estar biopsicossocial¹.

O Brasil pode ser considerado um país que, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), está na vanguarda da garantia de direitos e de reconhecimento de gênero. Desde 2008, o Processo Transexualizador (PT) foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) visando ao atendimento de pessoas que sofrem com a incompatibilidade de gênero. O PT, no âmbito do SUS, pode ser definido como um conjunto de estratégias assistenciais para os(as) 'trans' que pretendem realizar modificações corporais, incluindo as cirurgias de transgenitalização e a hormonioterapia por exemplo. Dessa forma, o sistema de saúde brasileiro busca assegurar uma cobertura gratuita de saúde e, também, a integralidade no atendimento aos(as) transexuais².

No entanto, a despeito das críticas acadêmicas e do movimento mundial em prol da despatologização das identidades trans, é possível perceber, no contexto brasileiro, uma interpretação da transexualidade que a associa a uma patologia³. Esta tem sido vista como um transtorno psiquiátrico e acaba por orientar políticas públicas e programas destinados a esse segmento da população.

Além disso, é possível perceber que, apesar de o PT estar regulamentado por uma série de portarias, ainda há poucos serviços preparados para atender às demandas de transexuais. No Brasil, existem nove serviços habilitados para o PT. Desses, cinco realizam atendimento ambulatorial e hospitalar, enquanto os demais oferecem somente serviços ambulatoriais. Em

Minas Gerais, por exemplo, há somente um serviço habilitado pelo MS, para realização do PT, que se destina exclusivamente ao atendimento ambulatorial¹. Isso significa que aquelas pessoas que almejam a redesignação sexual, por meio de cirurgias, contando com o SUS, encontrarão alguns obstáculos.

Somado a isso, os(as) transexuais, geralmente, encontram-se mais distanciados(as) dos serviços de saúde. Isso ocorre, especialmente, por falta de mecanismos específicos, como ações de promoção à saúde que facilitem o acesso dessa população a tais serviços, a fim de que possam tratar adequadamente de sua saúde⁴.

Diante disso, este estudo teve como objetivo descrever os caminhos percorridos por transexuais, visando conhecer seus itinerários na busca por atendimento às suas necessidades e demandas de saúde. Partimos do pressuposto de que as pessoas transexuais apresentam diversas necessidades em relação a seu processo de redesignação sexual, porém, devido às limitações dos serviços de saúde, buscam possibilidades distintas e informais para atenderem às suas demandas.

Segundo Bento⁵, as pessoas apresentam diferentes demandas em saúde em cada tempo, sendo importante perceber que, no caso de transexuais, o processo de redesignação sexual pode ou não solucionar seus problemas existenciais. Isso se deve, em grande parte, pelo fato de vivermos em uma sociedade sexista, racista, xenofóbica e homofóbica, e, portanto, possuidora de dificuldades para compreender o diferente^{5,6}.

Métodos

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, tendo por referência teórica os Itinerários Terapêuticos (IT). A combinação entre abordagem qualitativa e IT permite que o pesquisador possa compreender os percursos traçados pelos indivíduos em busca de ajuda para reestabelecer sua saúde⁷, a partir de uma interação direta com os sujeitos pesquisados. Ou seja, é possível obter dados descritivos,

sobre as pessoas e suas vivências, com base nos processos interativos entre o pesquisador e seu objeto de estudo⁸. Assim, assume-se, neste estudo, que o itinerário individual não é predeterminado, mas se norteia por uma experiência social e coletiva compartilhada em diferentes cenários da vida cotidiana⁹.

A pesquisa foi realizada em um município do interior do estado de Minas Gerais de aproximadamente 45 mil habitantes, com forte tradição católica e economia fortemente incentivada pelo turismo, além de referência de saúde, administrativa e assistencial, de 33 municípios do Vale do Jequitinhonha. Vinte e um(a) transexuais foram identificados(as) no município em questão, tanto por meio dos cadastros existentes nos serviços de saúde quanto por inserção de um dos pesquisadores em um grupo composto por acadêmicos da Instituição de Ensino Superior, que realiza diversos debates sobre as questões envolvendo Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).

Para a coleta de dados, ocorrida no período de maio a junho de 2018, consideraram-se pessoas maiores de 18 anos, tendo em vista ser a idade mínima autorizada pelo MS para o início do atendimento clínico e da hormonioterapia no SUS¹⁰, além de pessoas que se autodeclararam transexuais e que residiam nesse município no momento da pesquisa.

À medida que as entrevistas iam sendo realizadas, as pessoas eram solicitadas a indicar possíveis sujeitos participantes. Essa estratégia, também conhecida como bola-de-neve, é frequentemente utilizada em pesquisas que lidam com grupos sociais, dos quais não se tem um levantamento estatístico ou envolvem alguma situação mais delicada¹¹. Geralmente, as pessoas entrevistadas indicavam outras, porém, duas das que foram indicadas eram menores de idade e, por isso, não poderiam ser entrevistadas. Ademais, uma ainda não se afirmava como transexual, então, optamos por respeitar sua posição em não participar da pesquisa. As demais pessoas não quiseram

participar do estudo e/ou haviam se mudado da cidade no momento da coleta dos dados.

Esses aspectos contribuíram para que fossem entrevistados somente sete transexuais. As entrevistas foram realizadas em local de escolha dos(as) entrevistados(as) e seguiram um roteiro semiestruturado de forma a dar liberdade às vivências individuais. Estas foram gravadas e realizadas após a leitura, explicação da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde¹². Tanto a pesquisa quanto o TCLE foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, por meio do parecer de número 2.635.140.

As entrevistas transcritas foram organizadas com auxílio do *software* NVivo e analisadas por meio de análise de conteúdo, buscando-se resgatar a densidade dos relatos e trazendo recortes importantes que pudessem ilustrar o processo de transexualização¹³. Além disso, os significados das situações vivenciadas e o seu contexto social, cultural e político também foram considerados no momento da análise dos dados.

As categorias foram construídas a partir das diferentes trajetórias apresentadas pelas pessoas entrevistadas que apontaram aspectos relacionados com a identificação como transexual e quanto à influência das redes sociais nesse processo, bem como da transição e sua relação com os serviços de saúde. Como tais aspectos falam do percurso traçado pelas pessoas entrevistadas e, simultaneamente, encontram-se imbricados, foram organizadas as seguintes categorias: reconhecimento como trans e a rede de cuidados em saúde: em busca da modificação corporal.

No intuito de preservar a identidade daqueles(as) que aceitaram colaborar para a pesquisa, todas as pessoas serão referenciadas neste estudo por meio do uso do nome de flores, tais como: Jasmim, Magnólia, Narciso, Lírio, Cravo, Hibisco, Sempre-viva.

Quadro 1. Perfil dos(das) entrevistados(as)

	Jasmim	Magnólia	Narciso	Lírio	Cravo	Hibisco	Sempre-viva
Idade	*	51	21	23	24	20	29
Trans	Mulher	Mulher	Homem	Homem	Homem	Homem	Mulher
Profissão	Cabelereira	Prostituta	Desempregado	Desempregado	Pintor	Estudante	Estudante

Fonte: Elaboração própria, 2018.

*Não quis revelar sua idade.

Resultados e discussão

O reconhecimento como trans

O processo de autoidentificação se mostra como importante e decisivo na vida das pessoas entrevistadas. Trata-se de um marco que descreve a descoberta do não pertencimento à identidade de gênero conforme designada em seu nascimento. Essa fase é marcada, principalmente, pelo estranhamento do próprio corpo físico. Com alguns(algumas) dos(as) transexuais entrevistados(as), tal estranhamento se manifestou na infância, ao perceberem uma não correspondência entre o corpo biológico e o sentir-se homem ou mulher.

Hibisco relata que se considerava uma criança normal, embora percebesse algo diferente e que não se encaixava em um padrão. Sentia-se “*um menino que pensava como menina*”. Sempre-viva, por sua vez, recorda-se de um momento, aos seus quatro anos de idade, em que se encontrava brincando com os primos e sentiu um desejo de cortar o pênis. Segundo informa, não gostava de ficar com “*aquilo entre as pernas*”, pois, para ela: “*sou trans desde que eu nasci*”. Cravo, Jasmim, Lírio e Narciso também relatam que, desde crianças, sentiam certo estranhamento com o corpo e com as normas sociais impostas de comportamento para homens e mulheres. Conforme pode ser visto nos seguintes relatos:

Ah, eu nunca me vi homem. Nunca me vi de barba! Nunca me vi ‘çoçando o saco’. Essas coisas horríveis, sabe?! Eu nunca me encaixei nisso.

Então, eu sempre me vi mulher! (Jasmim, 2018).

Nunca (es)tava encaixada no meio das meninas, sabe, na escola, em brincadeira, em nada. Então, era sempre diferente pra mim, eu ficava pensando: por que isso? Eu me sentia um menino normal. Brincava sempre com os meninos e, desde criança, eu odiava pôr vestido e chorava mesmo. Eu não queria pôr brinco, prender o cabelo, eu sempre gostava só de ficar de bermuda e chinelo, brincando de bola na rua. (Lírio, 2018).

Eu queria ter uma barba, sempre vestia as roupas do meu padrasto, essas coisas assim. Eu sempre me vesti assim, com traços mais masculinos, essas coisas. Mas, quando eu adaptei mesmo a roupa do masculino [foi] depois dos meus 15 anos, que eu cortei cabelo e comecei a usar essas coisas todas [...]. (Narciso, 2018).

A partir da experiência relatada por eles(as), a identificação como transexual não se manifesta, necessariamente, na infância, já que depende do processo de cada indivíduo. Sempre-viva afirma que, aos 22 anos, começou a se vestir de mulher escondida em casa. Jasmim relata que começou com “*um batom, uma sombra, um brinco [...], fui me encaixando e, depois, eu surgi*”.

Na construção social de gênero, instituições como a família tornam-se uma peça fundamental para moldar os comportamentos das crianças, conforme o que é aceito ou não pela sociedade, reforçando assim padrões de comportamento heteronormativos e cisonormativos.

A cisonormatividade é um conceito que denota a norma que legitima como saudáveis,

naturais e verdadeiras apenas as pessoas que se identificam com o sexo que lhes foi designado ao nascimento, sempre assumindo a binariedade de homem/mulher¹⁴. A heteronormatividade, por sua vez, busca relacionar a heterossexualidade como norma regulatória, seja entre as relações afetivas ou comportamentos em uma dada sociedade¹⁵.

Essas normas regulam o que é tido como normal em questões de gênero e sexo, impondo maneiras de ser, de agir, de se comportar e, por conseguinte, trazendo consequências diversas à vida das pessoas trans. Segundo Butler¹⁶, gênero é uma construção social, em que nós aprendemos a ser homem ou mulher em um contexto sociocultural, cuja norma é a heterossexualidade (e a cisnormatividade); e qualquer um(a) que fuja dessa norma é, naturalmente, excluído(a)¹⁶.

O sistema binário de gênero, que distingue os padrões de masculino e feminino, pode ser interpretado por aqueles(as) que não se identificam com o gênero do nascimento como um aspecto conflituoso, podendo se expressar como uma forma de violência, já que a sociedade impõe regras sobre as normas de gênero^{5,17}.

A transexualidade pode ser revelada como uma patologia, já que possibilita uma outra forma de enunciação de expressão do sujeito. Isso pode ser entendido como uma anormalidade, uma vez que não se encaixam em um modelo de corpo binário, fazendo com que sofram diversos tipos de exclusão¹¹. É assim que podemos pensar nas possíveis formas de violência, já que o sexismo e a homofobia emergem como consequência do regime binário da sexualidade⁶. A homofobia, sendo uma forma do (cis)sexismo, “rejeita, igualmente, todos aqueles que não se conformam com o papel predeterminado para seu sexo biológico”⁶⁽³⁴⁾. Pode-se concluir, então, que o (cis)sexismo é responsável pela produção de violência e invisibilidade sobre as pessoas trans, o que também pode ser chamado de transfobia¹⁴.

Como exemplo, podemos apontar as experiências das pessoas entrevistadas que revelam um processo de identificação permeado de conflito consigo próprio(a) e com as pessoas

próximas, como familiares e amigos, pois sentem-se não compreendidos(as) de diversas formas. Segundo Magnólia, sempre sofreu discriminação, tanto por parte da família quanto do contexto em que vivia. Hibisco, aos 20 anos de idade, também teve de lidar com agressões físicas e verbais advindas do pai e de garotos da vizinhança. Segundo informa, chegou em um determinado momento em que a família “teve que aceitar”, pois sentia que não era justo ele(a) ter que prescindir de “viver a vida” para ser do jeito que a família impunha. Hibisco, então, afirma: “é a mesma coisa de prender um passarinho dentro de uma gaiola e não deixar ele voar [...] tirar ele da liberdade dele”.

A despeito da falta de apoio familiar ou de pessoas próximas, na medida em que o tempo vai passando e vão se familiarizando com casos semelhantes aos seus, as pessoas parecem conseguir se autoperceber com aquele gênero com o qual se identificam. Nesse aspecto, a importância das redes sociais é fundamental.

Hibisco relata que, na adolescência, conheceu o que era a transexualidade quando assistiu a uma reportagem na televisão sobre a Roberta Close. No grupo do Facebook®, além de conhecer acerca do PT, descobriu como outras meninas trans viveram, e se descobriram, causando uma sensação de pertencimento e conforto na identificação como transexual.

No processo de identificação, parece ter havido para alguns(algumas), em um primeiro momento, uma relação da transexualidade com a homossexualidade e como patologia, conforme o caso de Magnólia. Segundo ela, somente quando se mudou de cidade, durante a adolescência, começou a se assumir. A mãe a levou ao médico, pois pensara que o filho estivesse doente, e lá, fora diagnosticado como gay.

Cravo e Lírio também afirmam que se identificavam como lésbicas. “De princípio, a gente se identifica como lésbica, né?” (Cravo, 2018). Cravo relata que tal identificação durou até os seus 20 anos, quando ele conheceu o termo transexual. Lírio afirma que, na adolescência, sabia que “tava faltando algo, não é só roupa, não é só cabelo [...]”. Ele relata que

este momento de identificação foi um alívio em sua vida:

Eu comecei a me identificar com essas pessoas, com o que a gente conversava e, quando eu conheci as pessoas, tipo assim, foi muito... eu falei assim: nossa, é isso que eu sou, entendeu? Foi, tipo assim, um alívio. [Vo]cê tá carregando uma coisa nas suas costas e [vo]cê fica assim: me descobri! Entende? (Lírio, 2018).

Dentre as narrativas de pessoas transexuais, é comum se observar a expressão “segunda saída do armário”¹⁵⁽⁹⁹⁾, que significa que a homossexualidade, já conhecida pela sociedade, é uma primeira aproximação à transexualidade. Porém, quando percebem que os códigos culturais da homossexualidade não conseguem mais nomear a transição vivenciada, o incômodo em relação à identidade de gênero vem à tona; e, então, percebem que não se trata apenas de um desejo sexual¹⁵.

Quando se identificam e começam a se compreender, o conflito extrapola do corpo para o nome de registro. Dessa forma, a identificação passa a se refletir no uso de um nome social, uma vez que este se configura como uma reafirmação do próprio eu. A necessidade de ter o nome social registrado é algo que se relaciona não somente à identidade de gênero, mas também como uma forma de evitar constrangimentos. Jasmim afirma que, durante anos, sempre apresentava o documento original e algum documento que possuísse o nome social, solicitando que a pessoa a chamasse pelo último. As pessoas, “*por respeito ou por medo*”, a chamavam, então, pelo nome social.

No caso de Hibisco, ele(a) ainda não impõe seu nome social aos familiares e amigos, uma vez que acredita ser necessário transformar-se corporalmente para, então, dar início ao processo de mudança do nome.

Tipo assim, enquanto eu tiver de menino, eu prefiro estar com nome de registro. Aí, quando for mais pra frente, quando eu for mudando, aí vou mudar meus documentos. Aí, eu vou preferir que me

chamem pelo meu nome que esta(rá) nos meus documentos, que vai ser Luma. (Hibisco, 2018).

O nome de registro possui um peso importante para as pessoas transexuais, e algumas delas almejam sua alteração. Além de algumas pessoas demandarem por mudanças corporais, a mudança do nome nas instâncias judiciais é uma reivindicação frequente pela população transexual. Porém, apesar do Provimento do Conselho Nacional de Justiça nº 73/2018 autorizar a retificação de registro civil de homens e mulheres transexuais pelos cartórios de registro civil, não demandando mais processos judiciais¹⁸, não podemos deixar de destacar que o percurso ainda é longo, pois ainda há a aceitação da sociedade. A disparidade entre o nome de registro civil e a aparência física é motivo de discriminação que pode levar ao isolamento social, ao desemprego e ao distanciamento dos serviços de saúde. Nesse sentido, a possibilidade de alteração do nome antes da cirurgia de readequação da genitália, ou mesmo sem a realização desta, é um grande avanço para a promoção da saúde integral da pessoa trans¹⁹.

No entanto, mesmo com as dificuldades de reconhecimento pela sociedade, os(as) entrevistados(as) perseguem trajetórias em busca do seu processo de transição de gênero. Esse processo pode ser entendido como uma forma de equilibrar a identidade trans com o corpo físico; e é nesse momento que as redes de cuidados em saúde se fazem presentes.

As redes de cuidados em saúde: em busca da modificação corporal

A presença das redes de cuidados em saúde foi percebida como algo central que permeia a vida das pessoas transexuais. Os elementos que as compõem se relacionam tanto com aqueles que envolvem a família, amigos e relacionamentos interpessoais como também por todo conteúdo midiático, proporcionado, principalmente, pela televisão e pela internet. São também perpassadas pelos diferentes serviços

de saúde e/ou instituições. O processo de identificar-se como transexual, assim como a adoção de medidas que possam tomar em relação às modificações corporais, está intimamente relacionado com a presença ou não dessas redes.

As redes possuem um significado, que sugere para as pessoas transexuais ora um apoio a sua condição, ora rejeição. O aspecto da rejeição pôde ser compreendido como uma forma de expressão dos valores da sociedade em relação às pessoas transexuais, já que ainda há muito desconhecimento, julgamentos e discriminação ante as questões de identidade de gênero^{15,20-22}.

Magnólia, pertencendo a uma família religiosa, relata ter vivido muita repressão familiar. Segundo informa, as pessoas na sociedade e da sua família “*não tinha(m) muito entendimento*”, e, portanto, não entendiam a sua condição.

Como muitos(as) transexuais não podem contar com familiares e amigos, as redes sociais se tornam uma possibilidade de “busca solitária de respostas”²³⁽¹⁸⁾. Geralmente, tais respostas representam uma forma de libertação às dúvidas relacionadas com a identidade de gênero, principalmente quando se deparam com sujeitos que compartilham os momentos difíceis já vivenciado por eles(as). Dessa forma, a internet aparece nos discursos como um importante meio de socialização e como uma forma de obtenção de informações acerca das modificações corporais, realizadas pelos serviços de saúde disponibilizados pelo SUS ou não, assim como no uso de medicamentos¹².

Hibisco afirma que criou um ‘bloqueio’ em seu ambiente familiar e em todo seu contexto social; e somente com ajuda de um grupo intitulado Terapia Hormonal para Transexuais, do Facebook®, conseguiu superar seu trauma. Conforme relata, esse grupo possibilitou obter informações e, logo, compreender seu próprio processo. Além desse grupo, Hibisco afirma ainda que: “*nunca tive alguém assim aberto pra conversar. É a primeira vez que eu converso sobre isso*”, referindo-se ao contato com

os pesquisadores da presente pesquisa. Para Narciso, Cravo e Lírio, os grupos do Facebook® e do WhatsApp® também foram cruciais para conhecerem sobre modificações corporais. A partir desses grupos, receberam diversas orientações sobre a busca por profissionais, hormônios e informações sobre os procedimentos de modificação corporal.

[...] que hoje tem a rede social. Então, [vo]cê conhece o mundo todo, as pessoas, tudo. Porque têm os grupos de fora, dos Estados Unidos, tem o grupo de gente lá de São Paulo... tem grupo de várias regiões do mundo. Tudo no Face. E por ser bom de [vo]cê compartilhar informações sobre hormônio, [...] vê quem que é famoso que toma, famoso que não toma. Essas coisas, sabe? Então, hoje é muito fácil. (Cravo, 2018).

Além do Facebook®, a televisão e os sites da internet também são formas de buscarem apoio e informações sobre quaisquer dúvidas. Sempre-Viva – que também afirma não possuir amigos com quem conversar, nem ter apoio dos serviços de saúde – revela:

eu lia na internet, né? No doutor [Google] de muita gente hoje, pra nós principalmente, porque as pessoas [dos serviços de saúde] não sabem atender a gente.

Lírio, aos seus 19 anos, assistiu uma entrevista com João Nery em um programa de televisão – escritor e ativista político considerado o primeiro homem transexual do Brasil a ter sido operado na década de 1970. Isso o incentivou a buscar mais informações sobre transexuais, conhecendo diversas pessoas que o auxiliaram no processo de transição pelo SUS.

Esse processo tende a ser menos difícil para as pessoas trans, quando elas experimentam uma “boa passabilidade social” que é entendida como a “capacidade de se fazer vista ou visto, de acordo com a identidade de gênero com a qual se identifica”²⁴⁽¹³¹⁾, algo que os(as) levam a uma maior aceitação social. Por outro lado, há pessoas trans que não são tão passáveis

socialmente, o que pode dificultar as relações com aqueles que não aceitam sua identidade.

A busca pela passabilidade pode estar relacionada com um sentimento de urgência em modificar o corpo. Nesse caso, o uso de hormônios é uma das primeiras providências para essa modificação corporal, seja com ou sem acompanhamento médico. O hormônio se torna, então, um

agente social e político, que inventa possibilidades de humanidade, ao instaurar tecnologias de gênero particulares, nesse processo de cuidado em saúde²⁵⁽²⁾.

Os autores apontam que tecnologias de gênero se referem às tecnologias médicas, incluindo as cirurgias e as intervenções farmacológicas e/ou químicas.

Magnólia destaca o uso de hormônios como o início de uma nova vida, pois deixou uma pessoa do sexo masculino para trás, a fim de transformar-se em uma outra pessoa, sentindo-se em um corpo mais feminizado.

O primeiro [passo] foi tomar anticoncepcional né, o hormônio feminino. A primeira coisa que [usei], quando eu iniciei pra vida, foi o hormônio feminino. (Magnólia, 2018).

[...] hormônio, eu fiz em casa mesmo, na lousurada. Ia na farmácia, comprava e aplicava eu mesma [...]. Sem acompanhamento. Sem nenhum acompanhamento! Acho que deu certo. (Jasmim, 2018).

Além de Magnólia e Jasmim, Lírio, Cravo, Sempre-Viva e Hibisco também relatam ter iniciado o uso de hormônios por conta própria. Geralmente, a indicação vem de pessoas próximas ou de grupos das redes sociais, como do Facebook[®] por exemplo. Lírio e Cravo, que eram acompanhados por uma equipe de saúde da família, afirmam que, como o médico alegava não poder prescrever a hormonioterapia, seguiram orientações de grupos do Facebook[®], dessa forma, compravam os

medicamentos na farmácia. Jasmim afirma: *“Hormônio você compra em qualquer farmácia. Uma que ele é liberado, não tem esse negócio de receita. Aí, [vo]cê vai lá e compra”.*

Lírio e Cravo falam também das fases “pré-T” e “pós-T”, como significado de um renascimento, um evento marcante em seu percurso de vida. Apesar desses termos terem sido utilizados somente por eles, a fim de denominar o início do uso do hormônio masculino, observa-se a presença de relatos semelhantes nas demais entrevistas. Os(as) participantes evidenciam a hormonioterapia como um evento marcante, tal como resume Hibisco: *“é um ponto assim, um início [...], o primeiro degrau do sonho da gente”.*

No caso de Sempre-Viva, ela afirma ter iniciado a auto-hormonização aos 24 anos de idade. A sua passabilidade perpassa o uso de hormônios, adquiridos por meio de uma amiga farmacêutica. Porém, apesar de afirmar que seu corpo já possuía algumas características femininas, como *“quadril largo”*, o uso de hormônios foi algo importante para desenvolver e manter sua feminilidade.

Há consequências do uso de hormônio por conta própria para as pessoas transexuais, que podem ser relacionadas com os eventos adversos do uso da medicação. Na possibilidade desses eventos, a internet e as redes sociais representam outra forma de suporte e de informação às pessoas trans.

Outra consequência se refere às modificações corporais advindas do uso de hormônio, que interferem na vida social e nas atividades antes realizadas. Lírio afirma que, quando as características masculinas se pronunciaram, teve que parar de jogar futsal com suas colegas. Para ele: *“uma coisa que foi ruim, quando eu comecei a tomar hormônio, foi ter parado de jogar futsal”.*

Outro aspecto se refere a não eficácia dos hormônios, como aconteceu com Hibisco que, apesar de ter utilizado bloqueadores de hormônios masculinos por alguns meses, não percebeu mudanças consideráveis na supressão de suas características masculinas. Dessa

forma, investiu mais no uso de “roupa mais feminina, como as outras mulheres vestem também. [Para] me sentir mais feminina, me sentir mais mulher”.

De todos(as) os(as) entrevistados(as), Narciso foi o único que não utilizou hormônios por conta própria, já que teve conhecimento da possibilidade de acompanhamento profissional pelo SUS, por meio da indicação de amigos das redes sociais.

Meu colega, ele me explicou tudo. Eu procurei também na internet. Ele falou assim: [vo]cê tem que pegar um encaminhamento para o endocrinologista. [...]. Meu colega também falou que ele já tinha passado por aqui, e o médico falou que nenhum deles aqui fazia. [...]. Então, eu peguei encaminhamento pra um lá de Belo Horizonte. (Narciso, 2018).

A partir do exposto, o uso de hormônios pelos(as) entrevistados(as) se deu de duas maneiras: auto-hormonização e hormonioterapia. Essas são práticas distintas e que podem, por sua vez, ter impacto diferentes nas pessoas. Auto-hormonização é a prática do uso do hormônio por conta própria, sem acompanhamento de um profissional de saúde¹⁵, enquanto a hormonioterapia se configura como a prática do tratamento hormonal prescrito e com devido acompanhamento médico¹⁰.

Pode-se identificar que o uso indiscriminado e sem orientação de um médico sobre o uso de hormônios é um grave problema para a saúde de transexuais. Há reconhecida relação entre o uso de hormônios femininos e a ocorrência de diversas doenças, podendo levar a mortes ou sequelas importantes. Da mesma forma, os homens transexuais, normalmente, realizam a automedicação com doses elevadas de hormônios masculinizantes, se configurando também como um agravante no quadro de saúde dessas pessoas¹⁰.

As necessidades de saúde de transexuais, incluindo sua identidade e subjetividade, são fatores importantes para o cuidado em saúde, pois a falta de orientação sobre uso de

medicamentos pode comprometer a saúde dessas pessoas. Mesmo que se pautem em experiências de outras, que já usam hormônios, o acompanhamento e as orientações por profissionais de saúde são fundamentais^{10,11,15,21,25-31,33}.

É importante sinalizar também como o (des)preparo dos serviços de saúde impactam nos IT de transexuais, principalmente, em relação às modificações corporais. O que chama atenção é que as pessoas, geralmente, buscam e se submetem a diversas formas para realizar os procedimentos de modificações corporais, seja pelo uso de hormônios, seja por métodos cirúrgicos.

Magnólia, além da auto-hormonização, também realizou implante de silicone nos seios e glúteos, fez a depilação a laser dos pelos corporais e implante de “megahair” nos cabelos. Declara que fez “tudo por conta própria, eu nunca ia no médico”.

Jasmim, além da auto-hormonização, também partiu para procedimentos cirúrgicos com implante de seios. O que chama atenção são os riscos aos quais se submetem, visto que realizou tais procedimentos a partir de indicação de pessoas do seu ambiente de trabalho. Podemos perceber novamente a influência da rede social na vida de transexuais em seus processos de transição, proporcionada, neste caso, pela profissão.

Mulher sem seios não tem lógica, né? Então, é mais por isso. Procurei e alguém me informou, não lembro muito bem, só sei que eu fui e fiz. É porque eu tinha clientes né, que já faziam. [...] até que, nessa época, não tinha esse tanto de mulher pra colocar seios, pra aumentar, geralmente era mais pra diminuir, né. (Jasmim, 2018).

Sempre-Viva destaca que só não realizou o implante dos seios, devido ao fato de não poder arcar com tal procedimento: “então, eu mesma, eu sou, eu tô louca pra pôr meu peito, [mas] até hoje eu não tive condições, porque é caro”. (Sempre-viva, 2018).

Nesse ponto, as barreiras em relação à realização dos procedimentos parecem se resumir

às condições financeiras e individuais de cada pessoa, pois conforme afirma Jasmim:

Prótese, [vo]cê tem que procurar um cirurgião, e por aí vai [...]. Até mesmo porque eles focam mais em grana, né? O negócio deles é grana. Os médicos não tão focando [na saúde da gente] mais não... pagou, levou. (Jasmim, 2018).

A necessidade de se reconhecerem fisicamente com o gênero de identificação faz com que alguns(algumas) dos(as) transexuais, além da auto-hormonização, partam para a realização de procedimentos cirúrgicos. No entanto, o que podemos ver é uma lacuna na assistência à saúde dessa população.

O lugar dos serviços de saúde na vida das pessoas transexuais

Os serviços de saúde, de alguma forma, tangenciam os IT dos(as) transexuais. O PT é realizado no SUS desde a publicação da Portaria nº 457/2008 pelo MS. Em 19 de novembro de 2013, foi publicada pelo MS a Portaria nº 2.803, em vigor até os dias atuais, a qual redefiniu e ampliou o PT. O texto da Portaria nº 2.803/2013 estabelece idade mínima de 18 anos para procedimentos ambulatoriais, que incluem acompanhamento multiprofissional e hormonioterapia. Para intervenções cirúrgicas, a idade mínima é de 21 anos. A Portaria nº 2.803/2013 assegura também uma linha de cuidado, reiterando que a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada para o acolhimento com qualidade, reforçando a importância do respeito ao uso do nome social para transexuais²⁸.

Até agora, pudemos evidenciar que os serviços de saúde, mesmo que de maneira pontual, perpassaram os processos de identificação, da passabilidade ou transição dos(as) transexuais entrevistados(as). A internet e as redes sociais se apresentaram, na maioria das vezes, como a principal responsável pela indicação desses serviços ou pela realização de procedimentos, demonstrando ocupar um lugar importante no atendimento às suas necessidades.

A busca por esses serviços acompanhou a trajetória de todos(as) os(as) entrevistados(as), visando tanto à compreensão de sua situação de não identificação com o corpo biológico quanto à busca por procedimentos de transição.

No entanto, como eles(as) se depararam com o atendimento prestado no município em que vivem, considerando o PT no SUS?

As experiências com os serviços de saúde são diversas e ocorrem de forma diferente para cada um(a) deles(as). Segundo Magnólia e Lírio, o atendimento recebido nos serviços de saúde do SUS no município em que residem não foi acolhedor, seja em termos do tempo de espera para realizar um procedimento, seja em relação à demanda apresentada sobre redesignação sexual.

Se você vai no posto marcar um exame ou vai marcar um médico especialista, [vo]cê fica na fila dois, três anos. Imagina uma operação dessa que é caríssima? Só faz quem tem dinheiro. Conheço um tanto de travesti que não tem condição de colocar uma prótese, uma prótese com um bom cirurgião [e] por menos de 5 mil reais [vo]cê não faz. (Magnólia, 2018).

Tipo assim, me desmotivou totalmente [...], aqui [no município], eu não fui tratado nem um pouco bem por médico, por psicólogo do SUS, sabe? É, então, me desmotivou totalmente. (Lírio, 2018).

Jasmim afirma ter procurado a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) visando “trocar as próteses dos seios”. Porém, afirma que está esperando há quase 2 anos uma resposta sobre o encaminhamento para o procedimento.

Liguei pra elas [funcionárias da SMS] e peguei várias coisas da internet falando sobre esse direito nosso, o qual elas nem sabiam. Elas estavam totalmente desinformadas a esse respeito. Aí, que ela ligou pra Belo Horizonte e teve algumas informações e diz que lá [es]tava com um [ambulatorio], que [es]tava funcionando. E quando eu cheguei lá, [...] eles falaram que o projeto

estava em andamento, mas, depois, ele foi cancelado por algum motivo, sei lá, e ficou o dito pelo não dito. Ou seja, não resolveu nada. Não fizeram nada, não me deram posição nenhuma. (Jasmim, 2018).

Parece que o atendimento pelos profissionais de saúde dos diversos serviços extrapola a boa vontade em acolher as pessoas trans, uma vez que, pelos relatos, há um desconhecimento sobre o processo.

O desconhecimento sobre a transexualidade, tanto por parte dos profissionais dos serviços de saúde quanto daqueles que estão na gestão, demonstra como a Rede de Atenção à Saúde (RAS) está (des)organizada e (des)preparada para lidar com as necessidades dos diversos usuários. Somado a isso, há ainda a marginalização das pessoas trans nos serviços de saúde, já que, muitas vezes, o acesso e acolhimento não tem acontecido de maneira adequada³². Os indivíduos nem sempre reclamam da falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde, quando do seu atendimento, mas, sim, da “falta de interesse e de responsabilização dos serviços de saúde sobre as suas demandas”³³⁽⁵²⁾. Afinal, trata-se de caminhos que podem ser traçados de forma solitária ou que poderiam ou deveriam ser compartilhados com uma equipe de saúde, que se (co)responsabiliza pelo seu itinerário.

A organização dos serviços públicos de saúde, devido a uma ausência de trabalho em rede, às grandes filas de espera, à falta de acolhimento, entre tantas outras dificuldades, somada à operacionalização dentro de um regime biomédico, que centraliza a intervenção nos procedimentos cirúrgicos, direciona o usuário para os serviços privados de saúde, que oferecem, por custos elevados, uma assistência continuada e acesso aos procedimentos necessários³⁴. Dessa forma, a dificuldade no acesso aos serviços de saúde públicos pode ser um fator que os(as) levam buscar formas diversas para o uso de hormônio, ou mesmo as cirurgias de redesignação sexual. Trata-se de uma busca terapêutica diversificada para aliviar

suas angústias, uma vez que, ao não encontrar a devida resolutividade nos atendimentos públicos de saúde, ficam à mercê da auto-hormonização e da ação de quaisquer profissionais.

Conforme afirma Magnólia, os seios eram de fundamental importância para seu trabalho: “*Na minha profissão, tinha que ter peito*”. Fez, então, implante de silicone industrial, aplicado por “*bombardeiras*”, porém afirma não ter obtido o resultado esperado. Ela relata que o silicone se “*espalhou*”, algo que, para ela, está relacionado com a sua atitude de não ter feito o repouso necessário após o procedimento. Dessa forma, retirou o silicone e realizou o implante das próteses de seios, que segundo ela, foi “*a peça-chave*” de sua vida. A partir disso, relata ter buscado uma UBS em Belo Horizonte, que a orientou interromper o uso de hormônios, visto que estava colocando sua vida em risco.

Cravo e Lírio também procuraram pelo serviço de saúde antes de darem início à auto-hormonização. Como não receberam um atendimento resolutivo, resolveram seguir a indicação dos relatos de membros dos grupos do Facebook®, e, assim, deram início ao uso dos hormônios por conta própria. A despeito de não terem a prescrição médica para uso dos hormônios, ambos faziam acompanhamento clínico com o médico na UBS em que eram cadastrados e, paralelamente, também consultavam os grupos do Facebook® para comparar os resultados de exames com os demais membros. Posteriormente, ainda sob influência das redes sociais, Cravo e Lírio passaram a ser acompanhados por uma equipe multiprofissional de um hospital de Belo Horizonte, no que tange à prescrição de hormônios.

Narciso, por sua vez, também identificou por meio do Facebook® serviços de saúde destinados a pessoas trans em Belo Horizonte. Dessa forma, iniciou o seu processo de modificação corporal em um ambulatório de uma instituição de pesquisa na capital do estado.

Esses serviços, porém, possuem uma limitação, pois há o acompanhamento em relação ao uso de hormônios, mas os procedimentos cirúrgicos, tão almejado por eles, só é possível

em serviços privados. Nesse caso, o acesso a esses médicos-cirurgiões também é alvo de discussões na internet e nos grupos das redes sociais, conforme aponta Lírio:

Eu faria minha cirurgia mesmo com o cara lá de Brasília, [...], ele tem um grupo lá, as cirurgias dele ficam perfeitas sabe, mamilo... o método que ele usa, eu faria com esse cara. (Lírio, 2018).

No caso dos três que conseguiram acompanhamento em Belo Horizonte, é importante problematizar como os serviços de saúde têm funcionado. Isso porque, segundo Narciso, o atendimento é realizado em um serviço de saúde no qual a pessoa atendida deve doar dois quilos de alimentos não perecíveis para realizar o acompanhamento médico. Em Minas Gerais, somente um serviço está habilitado e/ou credenciado pelo MS para o PT³⁵. O que chama atenção são as inúmeras possibilidades, reconhecidas ou não pelo MS, que as pessoas trans encontram ao longo das suas trajetórias. Mesmo não havendo o credenciamento dos serviços de Belo Horizonte, a SMS do município onde residem atua, de alguma forma, no acesso a esses serviços, pois propicia aos(as) trans o Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

Aí, eu fui lá e conversei na Secretaria se eu poderia ir no ônibus da Secretaria né, pra não pagar pra ir. Aí, a mulher falou que podia, marquei a consulta. E aí, eu faço o tratamento lá. (Lírio, 2018).

De acordo com a Portaria 457/2008, que regulamenta o PT, “os encaminhamentos intermunicipais [...] devem ser feitos com a anuência das respectivas secretarias municipais ou estaduais de saúde” ²⁷⁽¹²⁾. Como o município em questão não oferece, em sua rede pública, um fluxo de atendimento às pessoas transexuais, elas são encaminhadas, por meio de veículos da SMS, à capital mineira, que dispõe de serviços de saúde especializados na atenção às pessoas

trans. Esse encaminhamento é simbolizado pelo veículo, e não por uma referência de profissionais de saúde que seguem a hierarquização dos serviços no estado. Podemos interpretar que a porta de entrada na RAS do SUS para os(as) transexuais, residentes no município, tem sido a própria SMS no lugar das UBS.

Além do transporte, outra forma de envolvimento da SMS do município é por meio dos pedidos de exames em receituários do SUS. Conforme Narciso, é preciso:

[...] correr atrás, porque lá [em Belo Horizonte] eles me dão o exame. Aí, eu tenho que correr aqui [no município], [para] o médico mudar a folha, pelo SUS pra mim conseguir fazer o exame de graça. (Narciso, 2018).

Diante disso, podemos perceber como a rede para o atendimento à pessoa trans é uma construção individual e parte de um itinerário compartilhado por um grupo de pessoas que tiveram algumas experiências positivas e outras não.

Nesse sentido, Magnólia aponta a importância de ser bem orientada pelas pessoas que vivem situação semelhante, já que seu principal objetivo com a busca de serviços era:

ter conhecimento e uma forma também de abrir caminho pras outras que tão por aí. [...], mas o SUS não faz isso, demora horrores. Quantos milhões de gente tá na fila? [...] O SUS só investe em coisa barata. (Magnólia, 2018).

Um aspecto importante nos estudos envolvendo IT é o sistema leigo de referência, no qual o sujeito desencadeia uma sequência de práticas destinadas a uma solução terapêutica³⁶. Tal sistema pode ser exemplificado pela produção de uma espécie de “saber hereditário”, que é passado de geração em geração, pelas “mais antigas” às “mais novinhas”²⁵⁽⁵⁾. Ou seja, a experiência compartilhada se torna uma solução para as pessoas em busca de atendimento à saúde.

Considerações finais

Este estudo buscou, inicialmente, descrever os caminhos percorridos por pessoas transexuais residentes em um município do interior de Minas Gerais para atendimento às suas demandas e necessidades de saúde. Acreditávamos, em um primeiro momento, que a redesignação sexual era um objetivo importante para elas. Por meio do estudo, foi possível perceber a trajetória percorrida por elas para alcançar não somente as mudanças corporais, mas também superar os conflitos e desafios para se entenderem como uma pessoa trans. Tratou-se, então, de visualizar o que passam as pessoas transexuais, considerando suas vivências, seus conflitos e dificuldades, a partir da sua subjetividade, para conseguirem alcançar sua identidade de gênero. Nesse aspecto, foi possível perceber que o processo de vivência da transexualidade envolve caminhos diversos. Tal processo mostrou-se dinâmico; e, mesmo o estudo tendo abordado alguns (poucos) indivíduos, foi possível perceber que as vivências são compartilhadas entre as pessoas trans de forma coletiva. Trata-se de uma condição que parece não ser vista ainda por profissionais de saúde e gestores da RAS, bem como por parte de pessoas do convívio social.

Quando inserimos este estudo em uma discussão sobre a Reforma Sanitária, e pensamos sobre os princípios norteadores do SUS, tais como a universalidade e a integralidade, podemos perceber como as demandas e necessidades de saúde das pessoas trans têm sido respondidas pelos diversos profissionais envolvidos na RAS. Percebemos que elas têm buscado acesso nos serviços de saúde do SUS, mas se deparam com inúmeros obstáculos, que mais as afastam do que as aproximam das instituições de saúde³². Talvez, por isso, busquem as redes sociais como forma de encontrar apoio em outras pessoas que as auxiliarão a compreender e a expressar sua transexualidade.

Isso sinaliza para a importância deste estudo em, pelo menos, três aspectos: social, político e de saúde. Todos esses aspectos estão inter-relacionados e devem ser vistos como possibilidade de reflexão, principalmente para as pessoas que se interessam pelo tema e/ou residem em localidades onde falar em transexualidade é dizer algo estranho ou novo. A partir dos IT das pessoas transexuais entrevistadas, foi possível refletir sobre como questões relacionadas com heteronormatividade e binarismo de gênero podem impactar na vida de pessoas, que não se identificam com o que se é socialmente definido como homem e mulher, repercutindo em práticas discriminatórias por parte da família e dos amigos. Do aspecto político, mostra-nos a necessidade de nos posicionarmos politicamente contra a discriminação e a exclusão da população LGBT, naturalizando a discussão e permitindo que as pessoas conheçam sobre os caminhos pelos quais passam essas pessoas a fim de alcançarem sua identidade de gênero. Em termos de saúde, tratou-se de uma denúncia sobre o nosso sistema de saúde, visto que nos fez questionar sobre como o sistema de saúde público tem respondido às demandas dessas pessoas. Nesse caso, não se trata de destacar somente as pessoas trans, pois, antes de estarem nessa condição, são pessoas que possuem demandas e necessidades de saúde como qualquer outro sujeito.

Colaboradores

Hanauer OFD (0000-0002-4519-2101)* realizou a coleta, análise e discussão dos dados, revisão da literatura sobre o tema e objeto do estudo e organizou a versão inicial e final do manuscrito. Hemmi APA (0000-0003-3513-9523)* contribuiu para a orientação da revisão de literatura, para o trabalho de campo e para a escrita do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Campanha Cuidar bem da saúde de cada um, faz bem pra todos, faz bem pra o Brasil. Cartilha LGBT – Saúde Trans. [acesso em 2018 ago 12]. 2016. Disponível em: <http://portal-arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/18/CARTILHA-Equidade-10x15cm.pdf>.
2. Valadares C. Ministério da Saúde habilita novos serviços ambulatoriais para Processo Transexualizador [internet]. [acesso em 2017 nov 7]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/8923-ministerio-da-saude-habilita-novos-servicos-ambulatoriais-para-processo-transexualizador>.
3. Teixeira AM, Morais FJSN, Teixeira MPM. Transexualidade e travestilidade na saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Transexualidade e travestilidade na saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
4. Simpson K. Transexualidade e travestilidade na saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Transexualidade e travestilidade na saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
5. Bento B. A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
6. Borrillo D. Homofobia: história e crítica de um preconceito. Belo Horizonte: Autêntica; 2010.
7. Pinho PA, Pereira PPG. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. Interface. 2012; 16(41):435-450.
8. Godoy AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. Rev. Adm empr. 1995; 35(2):57-63.
9. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: Roseni P, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; CEPESC; ABRASCO; 2007. p. 279-300. (v. 1).
10. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde de Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. [acesso em 2017 nov 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf.
11. Rodrigues FD. (Des)caminhos em busca de cuidado: uma análise da rede de assistência à saúde para pessoas transexuais e travestis em Juiz de Fora/MG [tese]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2018. 269 p.
12. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [acesso em 2018 jan 8]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
13. Lima NC, Baptista TWF, Vargas EP. Ensaio sobre ‘cegueiras’: itinerário terapêutico e barreiras de acesso em assistência oftalmológica. Interface. 2017; 21(62):615-627.
14. Bonassi BC. Cisnorma: Acordos societários sobre o sexo binário e cisgênero. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis; 2017.
15. Almeida AS. Vidas em espera: uma etnografia sobre a experiência do tempo no processo transexualizador [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2018. 148 p.
16. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2015.
17. Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. Physis. 2009; 19(1):43-63.
18. Conselho Nacional de Justiça. Provimento nº 73, de 28 de junho de 2018. [acesso em 2019 ago 10].

- Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3503>.
19. Gianna MC. Ambulatório de saúde integral para travestis e transexuais: cinco anos de desafios e realizações. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Transexualidade e travestilidade na saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
 20. Moreira MA, Gomes AJM. Social representations students graduating in Nursing about transsexuality. *Revista de enfermagem. UFPE* [internet]. 2013. [acesso em 2018 fev 21]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11677/13856>.
 21. Souza MHT, Signorelli MC, Coviello, DM, et al. Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(7):2277-2286.
 22. Martins PV, Iriart JAB. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. *Physis.* 2014; 24(1):273-289.
 23. Santos CGP. Saúde?! Completo bem-estar psicossocial de um indivíduo: tudo que uma pessoa trans não possui. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Transexualidade e travestilidade na saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
 24. Wittmann I. *Corpo, gênero e identidade: Experiências transgênero na cidade de Manaus* [dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2016. 153 p.
 25. Leite AFS, Santos C. Tecnologias de gênero e magia: hormonioterapia e as experiências de vida de mulheres trans. *Ex aequo, Lisboa*, n. 38, p.83-94, dez. 2018. [acesso em 2019 mar 14]. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-55602018000200007&lng=pt&nrm=iso.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (Revogada pela PRT GM/MS nº 2803 de 19.11.2013). [acesso em 2017 dez 8]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html.
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 457, de 19 de novembro de 2008. [acesso em 2017 dez 8]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html.
 28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). [acesso em 2017 dez 8]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html.
 29. Brasil. Ministério da Saúde. *Transexualidade e travestilidade na saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
 30. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. [acesso em 2018 maio 11]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>.
 31. Oliveira MJ. Uma etnografia sobre o atendimento psicoterapêutico a transexuais *Estudos Feministas*. 2014 [acesso em 2018 ago 2]; 22(3). Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/36749/28570>.
 32. Rocon PC, Rodrigues A, Zamboni J, et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(8): 2517-2526.
 33. Franco TB, Merhy EE. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec; 2013
 34. Lima F, Cruz KT. Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade

- masculina. *Sex., Salud Soc.* 2016 [acesso em 2019 mar 14]; (23):162-186. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198464872016000200162&lng=en&nrm=iso.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portal MS: gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. 2017 [acesso 2018 ago 18]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/component/content/article/41380-gays-lesbicas-bissexuais-travestis-e-transexuais>.
36. Alves PC. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cad. Saúde Pública.* 1993 [acesso em 2018 ago 29]; 9(3):263-271. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300014&lng=en&nrm=iso.

Recebido em 09/06/2019

Aprovado em 25/08/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Edital 01/2016

Proteção social e produção do cuidado a travestis e a mulheres trans em situação de rua no município de Belo Horizonte (MG)

Social protection and production of care for transvestites and transgender women in homeless situation in the city of Belo Horizonte (MG)

Lindalva Guimarães Mendes¹, Alzira Oliveira Jorge^{2,3}, Flávia Bulegon Pilecco²

DOI: 10.1590/0103-11042019S808

RESUMO Esta pesquisa qualitativa objetivou identificar como se dá a proteção social e a produção do cuidado a travestis e a mulheres trans em situação de rua nas políticas públicas de saúde e de assistência social no município de Belo Horizonte (MG), a partir da percepção dessas pessoas. Os instrumentais utilizados para coleta de dados foram observação participante, entrevistas semiestruturadas e em profundidade e técnica do grupo focal. Os dados demonstraram que as entrevistadas conhecem e acessam vários serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (Suas). Entretanto, estes não estão alinhados às suas diversidades e singularidades e (re)produzem violências. A atitude de acolhimento de alguns profissionais dos serviços apareceu como indicativo de bom atendimento. Porém, foram relatadas situações de violações de direito a que estão submetidas no cotidiano dos serviços. As principais violências relatadas se relacionam com os critérios e regras de funcionamento, com a falta de privacidade, discriminação e assédio sexual. Este estudo reafirma a importância e a necessidade das políticas e serviços serem pensados e implementados na lógica da construção coletiva, de escuta e diálogo com esses sujeitos de direitos, respeitando as especificidades de suas trajetórias e demandas.

PALAVRAS-CHAVE Pessoas em situação de rua. Transexualidade. Violência. Vulnerabilidade social. Política pública.

ABSTRACT *This qualitative research aimed to identify how social protection and the production of care for transvestites and transgender women in homeless situation are given in the public policies of health and social assistance in the city of Belo Horizonte (MG), based on the perception of those people. The instruments used for data collection were participant observation, semi-structured and in-depth interviews, and the focus group technique. The data showed that the interviewees know and access various services of the Unified Health System (SUS) and the Unified Social Assistance System (Suas). However, these are not aligned with their diversity and singularities and (re)-produce violence. The embracing attitude of service professionals appeared as an indicative of good service. However, situations of violations of the right to which they are subjected in the daily life of the services have been reported. The main reported violence relates to the criteria and rules of operation, lack of privacy, discrimination, and sexual harassment. This study reaffirms the importance and necessity of policies and services to be thought and implemented in the logic of collective construction, listening and dialoguing with these subjects who have rights, respecting the specificities of their trajectories and demands.*

KEYWORDS *Homeless people. Transsexuality. Violence. Social vulnerability. Public policy.*

¹Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil. lindagmendes18@gmail.com

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina – Belo Horizonte (MG), Brasil.

³Hospital Risoleta Tolentino Neves – Belo Horizonte (MG), Brasil.



Introdução

Historicamente, as políticas sociais visam responder às demandas advindas das relações contraditórias determinadas pelas lutas de classes, raça, gênero e etnia. Apesar de não superarem a desigualdade, pode-se dizer que as políticas públicas alteram o padrão de distanciamento entre as classes sociais na medida em que instituem sistemas de proteção social¹.

A partir da Constituição de 1988, configura-se, no Brasil, um cenário no qual as políticas sociais entraram em ascensão, graças a um processo de ampliação da cobertura dada aos direitos sociais. Assim, o sistema de proteção social passou a ser organizado a partir do tripé das políticas de previdência social, assistência social e saúde. No campo da política de assistência social, a proteção social se efetiva por meio das seguranças que essa política se propõe a alicerçar, alicerçada na oferta de serviços e benefícios socioassistenciais. Essas seguranças são: da acolhida, do convívio familiar, da sobrevivência e renda e do desenvolvimento de autonomia². A discussão da categoria cuidado, no campo da saúde pública no Brasil, tem sido feita por vários autores, entre eles, o médico sanitário Merhy³ que destaca a complexidade que permeia as práticas de saúde relacionada com o cuidado por se basear, necessariamente, em uma perspectiva relacional entre sujeitos, profissional da saúde e usuário.

Segundo Scott⁴, os conceitos relacionados com o gênero, uma vez estabelecidos como um conjunto de referências e normas, estruturam tanto a percepção quanto a organização concreta e simbólica das relações sociais. Dessa forma, pode-se dizer que as convenções hegemônicas que associam o sexo biológico à identidade de gênero regulam e produzem mecanismos de coerção e submissão a padrões normatizados socialmente o que, além de gerar diferentes posições de poder na vida em sociedade, conduzem ou podem conduzir a situações de vulnerabilidade social^{5,6}.

A existência de pessoas vivendo nas ruas é inerente ao espaço urbano, ao modo de produção e ao fortalecimento das cidades como espaço no

qual as pessoas passam a viver e a desenvolver suas atividades⁷. Para Foucault⁸, o fenômeno social situação de rua deve ser compreendido a partir do reconhecimento das interconexões nas relações de poder entre as experiências pessoais de vida e as dinâmicas sociais da vida urbana, da ocupação dos espaços, do mundo e do mercado de trabalho e da influência do Estado.

Não há, no Brasil, dados oficiais sobre o contingente de pessoas em situação de rua. Em 2015, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) utilizou-se de dados disponibilizados por 1.924 municípios via Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas); e, após tratamento estatístico, estimou que existiam cerca de 100 mil pessoas em situação de rua no país⁹. Também a magnitude da população de travestis e transexuais não é conhecida, uma vez que tanto no Censo Demográfico, que é realizado a cada 10 anos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), quanto em pesquisas com periodicidade anual, como a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), não existem perguntas referentes à identidade de gênero¹⁴. Entende-se que essas ausências prejudicam a implementação de políticas públicas e reproduzem a invisibilidade social destas populações no âmbito das políticas sociais.

Assim, entendendo que travestis e mulheres transexuais que vivem em situação de rua são pessoas em conjuntura de vulnerabilidade e duplamente excluídas socialmente, este estudo foi desenvolvido tendo como objetivo identificar as dificuldades vivenciadas e as estratégias utilizadas por elas diante dessas dificuldades, e investigar quais as percepções dessas pessoas sobre os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (Suas) no município de Belo Horizonte (MG).

Metodologia

A abordagem utilizada para desenvolvimento deste estudo foi da pesquisa qualitativa. Os locais da coleta de dados foram ruas e praças

da cidade, ponto de prostituição de travestis e mulheres transexuais, equipamentos públicos e casa de uma entrevistada. Ao longo do percurso para fazer a coleta de dados, foram encontradas dificuldades que exigiram flexibilidade e mudanças nas estratégias de aproximação e mobilização do público-alvo. Somente após estabelecimento de vínculo de confiança com duas pessoas que se tornaram informantes-chave, foi possível acessar locais e pessoas disponíveis para participar do estudo.

Os instrumentais utilizados foram a observação participante, entrevistas semiestruturadas e em profundidade e técnica do grupo focal. Para realização do grupo focal e das entrevistas, foi desenvolvido um roteiro que abordou a trajetória das entrevistadas desde quando ainda moravam com suas famílias, a saída de casa, o dia a dia nas ruas, quais serviços das políticas de saúde e de assistência social conheciam e acessavam, além da avaliação e sugestões para melhoria desses serviços.

Os sujeitos da pesquisa foram 12 travestis e mulheres trans acima de 18 anos, vivendo em situação de rua ou com histórico de situação de rua. Das 12 participantes, 3 foram apenas observadas, e 9 foram entrevistadas ou participaram do grupo focal. O grupo focal foi realizado com 5 pessoas, em um abrigo público para mulheres onde algumas delas estavam acolhidas. As entrevistas e o grupo focal foram gravados e totalizaram 5 horas e 30 minutos de áudio que foram transcritos na íntegra, além do registro no diário de campo das observações e de duas entrevistas.

Os dados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin¹⁰; e os resultados, organizados em cinco categorias: trajetórias de vida; vida nas ruas; conhecimento e acesso aos serviços do SUS e do Suas; sugestões para melhoria dos serviços e empoderamento e perspectivas. As especificações dessas categorias serão detalhadas na seção seguinte.

Para a execução da pesquisa, foram observadas as orientações da Resolução

de nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Coep/UFMG), sob nº 1140812.1.0000.5149, e as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após serem informados da confidencialidade dos dados coletados para a pesquisa.

Apresentação e discussão dos resultados

As pessoas entrevistadas tinham idades que variaram de 19 anos a 61 anos, sendo a média de 35 anos. A faixa etária das pesquisadas por Kulick¹¹ e Benedetti¹² situava-se entre 17 anos e 26 anos e entre 20 anos e 30 anos, respectivamente. Esses autores salientaram que as travestis acima de 40 anos têm dificuldades para se manterem com a prostituição e muitas falecem ainda jovens em função de complicações relacionadas com o Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids) ou vítimas de violência.

Embora a amostra deste estudo seja pequena, observa-se uma grande amplitude de faixa etária e uma idade média apontando para um grupo de mulheres mais envelhecidas, e que conseguiram sobreviver no espaço da prostituição, diferentemente de outros estudos realizados. Essa perspectiva traz implicações para o poder público para a oferta de serviços que garantam proteção social, considerando seus agravos de saúde e uma rede de proteção familiar e comunitária frágeis.

Para facilitar a ligação entre as interlocutoras e suas falas, optou-se por apresentar no *quadro 1* um resumo de algumas características sociodemográficas das nove pessoas entrevistadas. Todos os dados e informações são autodeclarados, e foram utilizados pseudônimos a fim de preservar as identidades das entrevistadas.

Quadro 1. Dados sociodemográficos das participantes entrevistadas e do grupo focal

Pseudônimo	Idade	Identidade de gênero	Cor	Escolaridade	Tempo em situação de rua	Situação em relação à situação de rua por ocasião da pesquisa
Sandra	37	Travesti	Parda	8ª série Ensino Fundamental (EF)	9 anos	Moradia provisória em abrigo institucional
Sabrina	61	Mulher transexual	Branca	4ª série EF	Episódios intermitentes desde 16 anos	Mora com familiares
Monete	30	Travesti	Parda	7ª série EF	Não foi possível saber	Mora na rua
Amanda	19	Travesti	Negra	8ª série EF	7 meses.	Mora na rua
Cleo	26	Travesti	Morena	8ª série EF	2 anos	Moradia provisória em abrigo institucional
Mary	40	Travesti	Parda	7ª série EF	3 anos	Moradia provisória em abrigo institucional
Dafiny	35	Travesti	Branca	7ª série EF	3 anos	Pernoite em Abrigo
Milla	25	Mulher transexual	Preta	8ª série EF	1 mês	Pernoite em Abrigo
Francis	42	Travesti	Branca	Nível superior incompleto	Episódios intermitentes entre 2007 e 2014	Aluguel social

Fonte: Dados primários, elaborados pela autora a partir das entrevistas e grupo focal realizados em Belo Horizonte, outubro de 2017 a fevereiro de 2018.

Os demais resultados serão apresentados por meio das categorias: trajetórias de vida; vida nas ruas; conhecimento e acesso aos serviços do SUS e do Suas; sugestões para melhoria dos serviços; empoderamento e perspectivas. Para apresentação das falas, não nos ativemos às normas da linguagem culta, e as falas foram transcritas exatamente da forma como foram ditas, inclusive quando elas se referiram a si próprias no gênero gramatical masculino.

a) Trajetórias de vida

As histórias de vida narradas têm em comum, e quase na mesma sequência, conflitos familiares relacionados com as questões de gênero, seguidos pela saída de casa, prostituição e situação de rua.

O processo de transição, ou seja, as práticas para transformar o corpo por meio do cuidado com as unhas e cabelos, roupas, uso de hormônios e aplicação de silicone, deu-se sem acompanhamento ou orientação médica, corroborando os achados de Kulick¹¹ e Benedetti¹².

A idade em que elas iniciaram esse processo variou de 12 anos a 16 anos, quando ainda moravam com a família:

Quando eu tinha 12 anos eu sabia que eu não gostava de menina, eu queria ser elas né? ... então tudo foi se colocando na hora certa e com 14 eu já sabia o que era ser travesti. Então com 15 anos eu me assumi [...], eu nem fui gay, eu já passei para travesti, pra travestido né?. (Francis).

A pesquisa realizada pelo Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT da Universidade Federal de Minas Gerais (NUH/UFMG), entre 2011 e 2015, com 141 travestis e mulheres transexuais que exerciam trabalhos sexuais no município de Belo Horizonte – Projeto Trans, mostrou que apenas 7% das entrevistadas iniciaram o processo transexualizador no SUS¹³. Segundo Benedetti¹², os efeitos colaterais desconfortáveis e prejudiciais do uso indiscriminado de hormônios são aceitos com certa resignação, uma vez que, simbolicamente, parecem significar o ingresso nessa

identidade social em fabricação. Assim, o risco para a saúde dessas pessoas fica potencialmente aumentado.

A saída de casa foi relatada como consequência dos conflitos familiares devido à identidade de gênero e corroboraram os achados de outras pesquisas com pessoas em situação de rua^{14,15} e com travestis e mulheres trans em situação de prostituição¹¹⁻¹³.

A gente passa a não se sentir bem, a família não fala nossa língua. A gente vai em busca de conhecimento e de liberdade. (Sabrina).

Sim, eu me afastei da família achando que eles não iam me aceitar. (Cleo).

Após a saída da casa da família, seguiu-se um período de itinerância em várias cidades, associado à prostituição, quando então foram morar em casas de cafetinas, pensões ou hotéis em zonas de prostituição, mediante pagamento de diárias:

Inclusive eu saí de casa, fui morar em outro lugar; igual fui pro no Rio de Janeiro. Me prostituí aqui em Belo Horizonte em duas casas de travesti. (Mila).

[...] e fui para São Paulo... e foi lá que eu vivi tudo ao limite, ao extremo... experimenta de tudo, foi onde eu adquiri HIV, fui presa, peguei dois tiros, tentaram me matar, e tudo que pode, do bom ao péssimo, eu vivi lá, entendeu? Mas de lá, eu consegui condições pra conhecer 18 estados do país. (Francis).

O pagamento de diárias enquanto forma de moradia é visto como muito arriscado, por que todos os dias é preciso pagar os valores da diária, sob pena de ficar sem teto¹², o que foi constatado pelo presente estudo:

e o dinheiro já não dava pra suprir tudo, alimentação e tudo isso [...] a prostituta precisa ganhar, ela paga tudo muito mais caro, e ela paga tudo desde a manicure à lavagem e roupa. (Sabrina).

O uso de drogas e a prostituição apareceram de forma associada na fala das entrevistadas. Os gastos para comprar drogas e para manutenção cotidiana passaram a pesar e dificultaram o pagamento das diárias, provocando intermitência entre situação de rua e outras formas de se organizar:

Quando eu me meti com drogas, em São Paulo, é que eu fui conhecer a rua, porque eu já não estava dando conta de pagar mais as minhas dívidas. Eu cheguei a pagar dez reais numa diária e não conseguia pagar mais, porque eu queria usar uma droga, era cocaína [...] E quando eu vi, minha amiga tava debaixo da ponte, fui e lá eu fiquei, minha filha! Foi meu primeiro dia de rua ... e por fim tinha uma comunidade de travestis ali morando com seus homens. (Francis).

Foi observado que estar vivendo com HIV/Aids aumentou o contexto das vulnerabilidades vividas. Dados do Ministério da Saúde apontaram que a prevalência de HIV entre mulheres trans e travestis é de 31,2%¹⁶. Para as entrevistadas do presente estudo, a descoberta de estar vivendo com HIV causou grande impacto na vida delas:

Eu me descobri soropositivo e desisti um pouco de lutar pela vida, e foi quando eu comecei a perder tudo que eu tinha [...]. (Sabrina).

Quando eu adquiri o HIV, em 2007, eu tive tuberculose e H1N1, fiquei doente [...]. (Francis).

b) Vida nas ruas

Uma vez em situação de rua, as vulnerabilidades se agravaram diante das precariedades e violências relacionadas ao viver nas ruas:

A dificuldade de uma pessoa trans em situação de rua é a existência [...] sobreviver sem morrer com uma DST, um HIV Aids, ou um tiro, uma bala perdida, ou uma bala encontrada, ou o tráfico [...] neste submundo, sobreviver na rua é uma luta diária, constante e dolorosa. (Sabrina).

Morar na rua e ser trans é duas vezes mais preconceito. (Sandra).

No que se refere às violências que se manifestam em conflitos e agressões, várias situações foram relatadas, assim como nas pesquisas de Frangella¹⁷ e Rosa¹⁸ que evidenciaram a violência como um dos elementos intrínsecos ao universo das pessoas em situação de rua. No presente estudo, essas violências se concretizaram nas agressões e ameaças por agentes públicos, por outras pessoas em situação de rua e por pessoas desconhecidas, na exploração pelo próprio parceiro, bem como em situações de assassinato e ameaças de morte:

Eu tinha medo, eu tinha medo da noite, quando a gente ia chegar pra dormir, porque como era muito morador de rua, então já tinha acontecido situações de tentarem né, agredir morador de rua... chegou um cara lá falando que ia pôr fogo, aquele hippie que fica lá na frente na Praça da Savassi, e aí eu não tinha que fazer e tive que gritar que não era assim, vá queimar a sua maloca, a minha não. (Cleo).

[...] e tinha meu namorado que era um rapaz muito conhecido e respeitado na área, na redondeza. Eu sei que em SP eu fiquei dois anos na rua, mas sei lá, fiquei por que eu me sentia bem [...] mas aí, ainda tinha muito aquela ilusão, rua, noite, aquilo, aquilo outro... e aí eu fiquei lá, e só vim pra cá, porque esse meu namorado, nós voltamos e ele disse que ia me matar. (Francis).

Os dados da pesquisa do Projeto Trans apresentaram que o parceiro/namorado das travestis e transexuais entrevistadas foram apontados como agentes perpetradores em 37,9% das violências sofridas¹³. A pesquisa de Rosa¹⁸ revelou que várias mulheres sofreram violência física e ameaças praticadas pelos próprios parceiros de relacionamentos que começaram na rua.

A violência policial também foi relatada:

[...] chegou um policial botando todo mundo na parede. Eu perguntei: moço o que tá acontecendo? Ele me deu um chute assim no silicone aqui, só em mim... e silicone dói... dói pra colocar, dói pra vida toda. (Sandra).

Na pesquisa realizada por Kulick¹¹, as travestis entrevistadas foram unânimes em afirmar que os policiais militares são violentos e praticam muitos abusos. Também no Projeto Trans, a polícia é apontada como agente em 60% das violências sofridas¹³.

Nossas interlocutoras, indagadas se fazem denúncias das violências sofridas :

As travestis não buscam a delegacia da mulher por não acreditar, não denuncia por não acreditar ter justiça, que a justiça será feita e que os direitos serão garantidos. (Sabrina).

c) Conhecimento e acesso aos serviços do SUS e Suas

Segundo Mello et al.¹⁹, os problemas enfrentados pela população LGBT no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde são particularmente mais dramáticos nos casos de travestis e transexuais, pois, além da reivindicação de atendimento especializado para demandas que não se colocam para outros segmentos populacionais, como alterações corporais associadas ao uso de hormônios e silicone, soma-se à transfobia institucional que incide sobre esse segmento populacional.

De modo geral, os achados deste estudo demonstraram que as entrevistadas conhecem, acessam ou são acessadas por vários serviços das redes SUS e Suas. Oito entrevistadas relataram conhecer e acessar algum serviço do SUS, desde acessos pontuais aos Centros de Saúde até acompanhamentos sistemáticos e especializados, além de episódios de internação hospitalar. Quanto ao acesso aos serviços do Suas, a maior parte referiu-se aos serviços específicos para a população em situação de rua. Entretanto, em ambas as redes, foram

relatadas situações de violações de direitos a que estão submetidas no cotidiano dos serviços. Essas violações foram agrupadas e serão apresentadas como violência institucional, violência sexual e discriminação.

A violência institucional pode ser definida como aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos e é perpetrada por agentes que deveriam proteger os cidadãos garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e reparadora de danos²⁰. Nesse contexto, destaca-se o desrespeito ao uso do nome social por parte dos funcionários. Embora o Decreto Presidencial nº 8.727/2016²¹ oriente sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal, autárquica e fundacional, as entrevistadas identificaram avanços, mas também citaram situações e locais em que o nome social não foi respeitado.

A organização da oferta dos serviços em masculino e feminino e, conseqüentemente, o acolhimento institucional ou internação hospitalar a partir do sexo biológico se configuram como violência institucional na medida em que não respeitam a identidade de gênero da pessoa:

Quando eu cheguei em 2011, eu fui pra abrigo e eles me deram uma roupa masculina. Não respeitavam nome social, e os banheiro não tinha porta. Eu dei uma olhada assim, peguei minha mala, entreguei minha roupa na portaria e fui pra rua. (Sandra).

Nos hospitais, por não saber onde colocar essa travesti e a transexual, que aquelas que não importa eles colocam na ala masculina ainda. Então normalmente a gente fica no isolamento né? Fica num quarto sozinho, é o que tem acontecido comigo. Nem na ala masculina nem na feminina, fica na suíte isolada. (Sabrina).

A falta de privacidade e a precariedade dos banheiros coletivos nos abrigos institucionais foram relatadas por várias entrevistadas e apontadas como fatores que favorecem o assédio sexual:

A gente não tem assim uma privacidade de tomar um banho direito assim, tem um monte de homem, muito banheiro sem porta, aí quando tem [porta], cê entra e os outro fica assim esmurrando a porta pra gente sair. (Dafiny).

Uma vez um cara chegou em mim num abrigo e falou: eu estou indo tomar banho, vamos lá ficar comigo? E aí eu falei assim: se enxerga. e quando eu falei assim, 'se enxerga' eu fui e virei, ele só me deu um soco aqui que eu bati na coluna [pilastra do imóvel], aí abriu minha testa na hora. (Sandra).

Pois é, porque além da gente não querer, a gente é agredida por a gente não querer ser assediada, entendeu?. (Cleo).

A estratégia de uso do banheiro adaptado para pessoas com deficiência pelas travestis e mulheres trans oferecida por alguns serviços assim como a ocupação de quartos isolados em hospitais, embora permitam maior privacidade, devem ser vistas com cautela, pois despersonaliza o sujeito, uma vez que, segundo Scott⁴, o gênero é um constituinte primário de nossas relações sociais.

A discriminação relacionada com a identidade de gênero se concretiza nas ruas e também dentro dos abrigos para mulheres, onde algumas das entrevistadas estavam acolhidas:

Até mesmo dentro da população em situação de rua, 30%, 50% não aceita a gente. Faz chacota. (Sabrina).

Eu tinha medo de não ser aceita [no abrigo], tinha constrangimento, medo do preconceito de ser criticado... ela olhou pra minha cara e falou eu odeio viado e negro, se revelou. (Sandra).

Nós temos uma ótima convivência com as mulheres, mas até hoje você pode ver que as vezes as mulheres chamam a gente de ele: 'ah não quero ficar no quarto com ele'. Aí a gente tem que pegar e falar: ele não querida, ela. (Mary).

O grupo de iguais apareceu como estratégia para lidar com dificuldades vividas tanto nas ruas como nos serviços. O estar em grupo significa proteção, inclusive dos demais usuários, e uma forma de se fortalecerem para viabilizar suas demandas:

Se acontece alguma coisa, ela passa pra mim, se ela tiver preocupada, ela me fala; se eu fico dois dias fora, elas ficam loucas: cadê Mary?. (Mary).

Fico com os homossexuais, com os trans, com os travestis. (Mila).

Nós estamos todo dia junto. Todos os gays que dorme no quarto, nós só anda junto. Todo dia nós dormimos no mesmo quarto. O certo é cada um ir pra sua cama, só que nós pegamos o último quarto do corredor e se apossamos de lá, entramos prá lá e ficamos lá. (Dafiny).

Esses achados corroboram os da pesquisa do Projeto Trans¹³ e de Benedetti¹², diferentemente de Kulick¹¹, cuja pesquisa evidenciou relações de desconfiança e competitividade entre as travestis. Observou-se também um esforço por parte das entrevistadas de adequação às normas das instituições para serem aceitas e evitar conflitos:

Eles falam lá pra mim, que eu sou rainha do abrigo [...] eu fui elogiadíssima pelo novo diretor, porque em dez anos eu fui a única trans que não deu problema lá. Eu fiquei elogiado com isso, eu me comportei bem, mas eu fiz por onde né?. (Sandra).

Tento lidar o melhor possível com todo mundo, com os usuários com os funcionários, com os assistentes sociais, com os meninos [...] não sou uma pessoa de fazer confusão, de fazer coisa errada, sabe?. (Mila).

Como pontos positivos dos serviços, foram citados o respeito ao nome social, quando acontece, e a atitude de escuta e acolhimento de profissionais que foram nomeados como quem fez diferença na vida delas.

Não vou dizer que a assistente social não me ajudou, ela me ajudou sim, eu passei no Abrigo, na República, no Centro de Referência, me ajudou. Mas as pessoas lá dentro, como ser humano, agindo como ser humano, foi muito importante. (Francis).

[...] E ela conversa com você olhando dentro do seu olho, pra entender qual situação que você tá passando. E o bom é isso, você conversar olhando, a sinceridade é no olhar. (Sandra).

Rosa¹⁸ encontrou resultados semelhantes com as mulheres pesquisadas que, ao relatarem experiências de sucesso na assistência e cuidado recebidos, tiveram como referência a atuação e o vínculo criado com profissionais específicos, e não ao trabalho das instituições que esses profissionais representam. Esses achados reforçam que a produção do cuidado e, conseqüentemente, a percepção de que ele acontece se baseiam, necessariamente, na perspectiva relacional entre sujeitos, entre profissionais e usuários³.

d) Sugestões para qualificar os serviços

As sugestões que mais se destacaram foram a importância do respeito ao nome social, a necessidade de maior privacidade nos ambientes que frequentam e também de serem ouvidas para a busca de melhorias nas ofertas de serviços:

Um modelo a gente ainda não tem, mas a gente tem que buscar o respeito ao nome social, à identidade de gênero. Uma das melhores formas, é ouvir esse público, que não é fácil ouvir. (Sabrina).

Sobre possíveis modelos para o serviço de acolhimento institucional, não houve consenso. Algumas posicionaram-se a favor da designação de quartos específicos para elas nos abrigos para homens:

Eu acho que um quarto separado ficava melhor pra gente, pra não ter essa coisa que a gente assedia e o homem assediado a gente, a gente teria mais descanso né?. (Sandra).

A experiência em abrigos femininos também foi citada como positiva, sugerindo que o abrigamento seja feito em conjunto com mulheres cis: *“Eu acho que funciona bem [abrigo para mulheres], nesta experiência, eu tô lá há oito meses”* (Sandra). Outras sugeriram a criação de abrigos específicos para travestis e mulheres trans:

Mas eu vejo que viver travesti com travesti e transexuais com transexuais uma boa opção. (Sabrina).

Eu se acontecesse de ter uma casa ou um abrigo só pra trans, era uma coisa legal, tipo Casa Transvest. (Mary).

Ademais, há o entendimento da necessidade de capacitação dos profissionais para atendimento ao público trans e a contratação de pessoas trans para trabalhar nos diversos serviços é vista como forma de facilitar a aproximação e melhorar o atendimento:

Chega as abordagens de rua e não são totalmente preparados, os técnicos. Porque eles têm medo da violência das trans. Porque nós, no nosso sinônimo somos ruins. Mas nós não somos pessoas ruins. Nós só esperamos que as pessoas saibam conversar com a gente. (Sandra).

Colocando as entidades [organizações sociais que executam serviços para pessoas em situação de rua do Suas] para contratar, pessoa trans com trajetória de rua para trabalhar. (Sabrina).

Vamos colocar umas trans, pra abordar as trans no Abrigo, nos Cras [Centro de Referência de Assistência Social], dar chance pra pessoa escolher assim [por quem quer ser atendida]. De repente isso seria bom. (Francis).

A fala abaixo apresenta uma síntese tanto das demandas quanto de sugestões para as políticas públicas:

E eu acho que não basta acolher apenas a travesti e tirar ela da rua. Tem que tirar a rua dessa pessoa também, tem que capacitar essa pessoa pro mercado de trabalho, eu acho que por isso que tem que criar um olhar voltado para travestis e transexuais pra tirar a travesti [da rua], não é só dar uma comida, uma casa, tá entendendo? [...]. Um olhar específico para cada população, para cada pessoa, assim nem é população, é cada pessoa. (Sabrina).

e) Empoderamento e perspectivas

Empoderamento é um conceito multifacetado e envolve vários aspectos, tais como os cognitivos, afetivos e de conduta²². Segundo Baquero²³, o empoderamento individual se refere ao aumento da capacidade dos indivíduos de se sentirem influentes nos processos que determinam suas vidas, enquanto o empoderamento comunitário envolve um processo de capacitação de grupos ou indivíduos desfavorecidos para a articulação, conquista e defesa de seus interesses e de direitos de cidadania e para influenciar ações do Estado.

Várias foram as falas sobre a importância de se afirmarem como trans, de conhecerem e darem visibilidade aos próprios direitos, além de se unirem para fazer conquista:

Você tem que mostrar bem o que sabe, que é resolvida no que você quer, pra poder viver. (Sandra).

Eu falei assim: tudo bem que vai me encaminhar pro Hospital, mas olha aqui, vai ter que levar no meu relatório que eu sou uma mulher transexual e que eu não quero ir pra ala masculina. (Sabrina).

É, eu penso assim, que se a gente não se unir a gente nunca vai mudar nada. (Sandra).

Em primeiro lugar deveria ter alguns cartazes espalhados nos serviços sobre o homossexualismo, sobre trans, pra muitas pessoas tá se informando, saber que é um crime fazer brincadeira, piadinha, coisa sem graça com a gente. (Dafiny).

Muitas expressaram o desejo de ter oportunidades de trabalho:

O meu futuro é terminar o curso agora em março. Eu preciso estar ocupada. A gente precisa muito de trabalho, é de trabalhar mesmo, que é uma das coisas mais difíceis pra gente. (Cleo).

Eu acho importante é você fomentar isso até para as suas amigas, falar que é importante a presença, não do homossexual, porque existe muito homossexual, mas da trans, da travesti [no mercado de trabalho], porque às vezes as pessoas tão por aí, precisando. (Francis).

Não existem dados oficiais sobre a inserção de travestis e transexuais no mercado de trabalho. De acordo com Pelúcio²⁴, a carência de alternativas em relação ao mundo do trabalho tem feito da prostituição um destino, mais que uma possibilidade de escolha.

Uma das entrevistadas aposta na sua atitude ativa para mudar os estereótipos que a sociedade tem sobre as travestis:

Tanto é que meu amigo, vem aqui... Eu ligo pra ele, mudei a opinião dele, tá... Eu não vou formar mais a opinião dele, porque já tá formada, mas eu vou formar a do filho dele, quando o filho dele crescer, acredito eu né? O que a gente não faz por essa geração a gente faz pela próxima. (Francis).

Estas falas traduzem um conjunto de desejos e pontos de vista que se correlacionam com a perspectiva de empoderamento tanto individual como comunitário. Entretanto, há ainda um longo caminho a ser percorrido, uma vez que, a participação social de travestis e transexuais no Brasil é caracterizada por grande dificuldade de organização e articulação e, conseqüentemente, pouca visibilidade dentro

do próprio movimento LGBT. Fundamentam esse contexto as prioridades, como a própria sobrevivência, decorrentes das diversas formas de exclusão vivenciadas por esse grupo²⁵.

Considerações finais

As dificuldades encontradas para acessar o público-alvo desta pesquisa evidenciaram ser necessário aproximação e construção de relações de confiança, exigindo do pesquisador disponibilidade para se inserir nos diversos contextos em que as entrevistadas vivem.

Este estudo demonstrou que a situação de rua para as travestis e para as mulheres trans é resultado de um conjunto de vulnerabilidades e violações que vão se somando ao longo de suas trajetórias de vida. Foi possível identificar momentos críticos, passíveis de intervenções pelo poder público, relacionados tanto com a ida para as ruas quanto com a promoção e a garantia de direitos básicos para aquelas que já se encontram nessa situação.

Sugerem-se investimentos em ações que visem ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, com possíveis intervenções nas questões que geram conflitos familiares e que, potencialmente, levam à saída de casa. A chamada segurança da vivência familiar ou a segurança do convívio é uma das proteções que a Política de Assistência Social se propõe a afiançar por meio do fortalecimento da função protetiva da família, visando prevenir rupturas de vínculos e situação de riscos relacionados com vários motivos, entre eles, por discriminações de gênero e identidade sexual^{2,26}. Nesse contexto, destaca-se também o desafio para as políticas direcionadas para a juventude²⁷ alcançarem essas jovens, a fim de favorecer o desenvolvimento de autonomia e posicionamento afirmativo em seus contextos familiares e comunitários. Além disso, a oferta de políticas e programas de formação profissional podem criar alternativas à prostituição e promover a inserção qualificada no mercado de trabalho.

No que tange ao acesso universal e igualitário à saúde, prescritos pela Constituição Federal de 1988, assim como a garantia da integralidade da assistência com equidade e livre de preconceitos e privilégios²⁸, esta pesquisa expõe lacunas nos atendimentos que vulnerabilizam a saúde desse grupo populacional invisível e discriminado. A ausência de acompanhamento multiprofissional para os processos de transição aponta para a necessidade de disponibilização e garantia de acesso a esses serviços públicos especializados, assim como aos serviços e ações de orientação e tratamento sobre uso prejudicial de drogas, bem como de prevenção e tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e HIV/Aids. Também se faz necessário oferta de serviços públicos para atendimento à saúde integral de travestis e de mulheres trans vítimas de violências a fim de favorecer o desenvolvimento da autonomia, do protagonismo e da participação social.

Evidenciou-se que as entrevistadas conhecem e acessam vários serviços das redes do SUS e do Suas. Entretanto, esses serviços não estão alinhados às suas necessidades específicas e, assim, produzem e reproduzem violências por meio de regras e normas de funcionamento. A violência institucional provoca sofrimentos e desproteção e deve ser combatida por intermédio da oferta de espaços dignos, que respeitem efetivamente a identidade de gênero, com revisão democrática das regras e considerando o tempo dos sujeitos. Para tal, são imprescindíveis investimentos em educação permanente para os profissionais e usuários dos serviços, a fim de favorecer uma convivência com respeito entre os diferentes, assim como o acesso à informação e à formação em direitos humanos para as travestis e as mulheres trans. Essa natureza de formação é essencial para a promoção da cidadania trans, pois pode favorecer a condição de fazer escolhas e o empoderamento para fazer denúncias.

Pode-se dizer que a invisibilidade das violências em que vivem e estão submetidas é

reflexo da ausência de dados oficiais sistemáticos e atualizados sobre esse público, assim como da inexistência de marcos legais para a responsabilização dos agentes perpetradores. Dessa forma, é necessário estabelecer mecanismos para a quebra desse ciclo de violências em que ainda é comum as vítimas serem responsabilizadas pelas agressões que sofrem.

Os achados do presente estudo demonstraram a existência de uma rede de solidariedade entre elas, tanto nas ruas como nos serviços, que funciona como estratégia de resistência e enfrentamento diante de contextos marginalizados. O reconhecimento da existência de uma rede de comunicação, cumplicidade e vínculos afetivos entre as pesquisadas é um ponto importante a ser explorado como estratégia na construção de metodologias para o atendimento dessa população pelos serviços públicos.

À guisa de conclusão, pode-se afirmar que os achados deste estudo orientam que as intervenções para a promoção e proteção social de travestis e de mulheres trans em situação de rua deverão envolvê-las ativamente no desenvolvimento das propostas e que as abordagens devem ser personalizadas considerando as singularidades dos sujeitos. Essas demandas extrapolam as políticas de saúde e de assistência social, o que exige um esforço de gestão intersetorial para ofertas coordenadas e articuladas de serviços e ações.

Colaboradores

Mendes LG (0000-0002-3311-5440)* contribuiu para a concepção e planejamento do estudo, realizou a coleta, análise e interpretação dos dados, escrita e aprovação final do manuscrito. Jorge AO (0000-0003-1366-1732)* e Pilecco FB (0000-0001-8316-8797)* contribuíram para o delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Yazbek MC. A política social brasileira nos anos 90: a refilantropização da Questão Social. São Paulo: Abong; 1995.
2. Brasil. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social; 2004.
3. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004 [acesso em 2017 jun 19]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2103.pdf>.
4. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Rev Educ Realidade* [internet]. 1995 [acesso em 2017 out 2]; 20(2): 71-99. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>. Acesso em 02 out 2017.
5. Bento BAM. O que é transexualidade. São Paulo: Brasiliense; 2008.
6. Prado MA, Junqueira RD. Homofobia, hierarquização e humilhação social. *Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2011.
7. Silva MLL. Trabalho e população em situação de rua no Brasil. São Paulo: Cortez; 2009.
8. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 37. ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
9. Natalino MAC. Texto para discussão nº 2246. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil. [internet]. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica; 2016. [acesso em 2017 jun 25]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28819.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
11. Kulick D. Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
12. Benedetti MR. Toda feita: o corpo e o gênero das travestis. Rio de Janeiro: Garamond; 2005
13. Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT, UFMG (NUH-UFMG). Direitos e violência na experiência de travestis e transexuais na cidade de Belo Horizonte: Construção de um perfil social em diálogo com a população [internet]. 2016 [acesso em 2017 jun 7]. Disponível em: http://www.nuhufmg.com.br/gde_ufmg/index.php/projeto-trans.
14. Brasil. Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2013. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos; [internet]. 2016. [acesso em 2017 jun 7]. Disponível em: <http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/RelatorioViolenciaHomofobicaBR2013.pdf>.
15. Garcia F, Souza RA, Brito CMD, et al, organizadores. Terceiro censo da população de rua do município de Belo Horizonte. Viçosa: Suprema; 2014.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; 2016
17. Frangela S. Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo. São Paulo: Fapesp; 2009.
18. Rosa AS. Mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo: um olhar sobre trajetórias de vida [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2012.
19. Mello L, Brito W, Maroja D. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. *Cad Pagu* [internet]. 2012 [acesso em 2017 jun 19]; 39(1):403-29. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332012000200014.
20. Minayo MCS. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

21. Brasil. Decreto nº 8.727 de 28 de abril de 2016. Uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional [internet]. Diário Oficial da União. 28 Abr 2016. [acesso em 2020 fev 10]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2016/decreto-8727-28-abril-2016-782951-publicacaooriginal-150197-pe.html>.
22. Lopes AAF. Cuidado e empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. *Saúde Soc.* 2015; 24(2):486-500.
23. Baquero RVA. Empoderamento: instrumento de emancipação Social? Uma discussão conceitual. *Rev Debates.* 2012; 6(1):173-87.
24. Pelúcio L. Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de AIDS. São Paulo: Annablume, Fapesp; 2009.
25. Pedra CB. Acesso a cidadania por travestis e transexuais no Brasil: um panorama da atuação do Estado no enfrentamento das exclusões [dissertação]. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho; 2018. 274 p.
26. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 109 de 2009 de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais [internet]. Diário Oficial da União. 2009 Nov 11. [acesso em 2020 jan 10]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/cnas/viii-conferencia-nacional/manual-orientador/legislacao_resolucao-cnas-109-2009.pdf/download.
27. Brasil. Guia de Políticas Públicas de Juventude Brasília, DF: Secretaria-Geral da Presidência da República; 2006.
28. Brasil. Lei nº 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 [internet]. Diário Oficial da União. 1990 set 19. [acesso em 2020 fev 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

Recebido em 10/04/2019

Aprovado em 03/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado

Sanitary Reform Movement and Union Movement for Workers' Health: an unwanted mismatch

Francisco Antonio de Castro Lacaz¹, Ademar Arthur Chioro dos Reis¹, Edvânia Ângela de Souza Lourenço², Patrícia Martins Goulart³, Carla Andrea Trapé⁴

DOI: 10.1590/0103-11042019S809

RESUMO O artigo discute a origem do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e do Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador (MSST) e como a frágil base social da Reforma Sanitária tem relação com o 'divórcio' entre estes. Pauta-se na ótica da Saúde do Trabalhador a partir de revisão da literatura publicada na revista 'Saúde em Debate' e por autores nas décadas de 1980 a 2010 que compuseram a Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Mostra o avanço obtido pelo MSST, nos anos 1970-1980, na implementação de Programas de Saúde do Trabalhador, protagonizados pelos sindicatos envolvidos na luta pela saúde no trabalho, assessorados por seu órgão intersindical, questão desconsiderada pelo MRSB. Com a hegemonia da reestruturação produtiva neoliberal global no País e o desemprego estrutural, há um declínio da ação do movimento sindical, enfraquecendo seu protagonismo na luta pela saúde no trabalho, o que poderia ter potencializado a luta pela Reforma Sanitária Brasileira.

PALAVRAS-CHAVE Reforma dos serviços de saúde. Sindicatos. Saúde do trabalhador. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT This article discusses the origin of the Brazilian Sanitary Reform Movement (MRSB) from the review of the literature published in the journal 'Saúde em Debate', by the National Commission on Sanitary Reform, from 1980 to 2010. (MSST), and how the fragile social base of the Health Reform is related to the 'divorce' between them. It shows the progress achieved by the MSST in the late 1970s and 1980s in the implementation of Worker's Health Programs, which were carried out by the Unions advised by their inter-union body, in the struggle for health at work, an issue which was disregarded by MRSB. With the hegemony of global neoliberal productive restructure in the country and structural unemployment, there is a decline in the action of the Union movement, weakening its role in the struggle for health at work, which could have potentiated the fight for Brazilian Sanitary Reform.

KEYWORDS Health care reform. Labor unions. Occupational health. Unified Health System.

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil.
franlacaz@hotmail.com

²Universidade Estadual Paulista (Unesp) - São Paulo (SP), Brasil.

³Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - Santos (SP), Brasil.

⁴Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS) - São Caetano do Sul (SP), Brasil.



Introdução

Estudos sobre a trajetória da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) apontam para sua fragilidade em função da ausência, ao longo do processo, da ampliação da base social, por priorizar uma atuação a partir do interior do Aparelho de Estado em uma perspectiva de ‘quebra do Estado’, configurando o que se caracterizou, conforme Oliveira¹, como Reforma Sanitária ‘pelo alto’. Mais recentemente, Dantas² retoma essa abordagem com maior profundidade ao discutir o afastamento do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) da perspectiva emancipatória de caráter socialista.

Cabe ressaltar também a quase ausência, durante seu desenrolar, da discussão do processo de acumulação de forças e de formulação teórico-prática encetado pelo Movimento Sindical Brasileiro (MSB)^{3,4}; o que Cohn⁵, quando analisava, nos anos 1990, a literatura sobre o MRSB, considerou também uma deficiência já que

[...] ainda continua a imperar o desconhecimento desses atores sociais, [...] qualificados pelos marcos teóricos de nível macro de análise, e não por suas práticas concretas⁵⁽⁹⁹⁾.

Acontece que, no final dos anos 1970, o MRSB, de maneira explícita, assume como campo de luta as relações trabalho e saúde^{6,7}, conforme duas estratégias: articulando-se, internamente, suprapartidária e intersindicalmente e, externamente, em aliança com setores intelectuais médios, criando um organismo que desenvolve papel de verdadeiro ‘intelectual orgânico’⁸, o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), projeto resgatado da experiência histórica do próprio MRSB, com o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese).

Mesmo sob ditadura empresarial-militar, o MRSB reivindicava saúde no trabalho, negociando com o empresariado sem a intervenção do Estado⁷. De modo autônomo, construía

convenções e acordos coletivos de trabalho, mediante a negociação de cláusulas relativas à organização nos locais de trabalho visando ao controle da nocividade, e em defesa da saúde, ou criando assessorias técnicas sindicais para credenciar-se nos embates com o capital^{6,7}. Com tais práticas, questionava a postura patronal manipuladora no que se refere às informações relativas às condições e ambientes de trabalho insalubres e sua repercussão na saúde dos trabalhadores, mediante avaliações públicas dessas condições/ambientes, tornando público aquilo que era privado⁴.

Ademais, a luta pela defesa da saúde no trabalho evolui para a criação de uma proposta de Política de Saúde do Trabalhador substanciada nos então chamados Programas de Saúde do Trabalhador (PST) por meio do desenvolvimento de ações programáticas voltadas à saúde dos trabalhadores na rede básica, ainda durante a vigência das Ações Integradas de Saúde, ou seja, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da municipalização da saúde⁹⁻¹¹.

Uma destas experiências, O PST do Trabalhador Químico do ABCD, que funcionou de 1984 a 1988 nas cidades de Diadema, Mauá, Santo André, incorporou aspectos que se pode chamar de revolucionários. Eram eles: gestão compartilhada com Sindicato dos Trabalhadores Químicos do ABCD; horário de funcionamento das 17 horas às 21 horas; entrega do prontuário médico para o trabalhador; atuação do agente sindical de saúde que compunha a equipe de saúde e era capacitado para colher a história de trabalho de seus pares, sendo o primeiro contato do trabalhador quando adentrava aos centros de saúde, ligados à Secretaria de Estado da Saúde, para posterior consulta médica; não definição de tempo para duração da consulta médica. Posteriormente, o programa foi estendido para atender aos trabalhadores da construção civil de São Caetano do Sul¹².

Aqui é pertinente apontar que o Grupo de Trabalho sobre Saúde do Trabalhador criado para assessorar a Comissão Nacional

de Reforma Sanitária (CNRS) apontava esse avanço das experiências em serviço no campo Saúde do Trabalhador (ST) quando apresentou seu texto final submetido à Comissão^{13,14}, a qual forneceu importantes subsídios políticos e técnicos para a instituição, mesmo retardatária de direitos sociais no Brasil, incluído o direito à saúde, inscrito pela primeira vez na Constituição Federal de 1988 (CF/1988)¹⁵.

Para além dos inegáveis efeitos positivos, sociais e políticos que a Carta Maior representou, ao mesmo tempo, foram sendo criados obstáculos para a efetivação daqueles direitos. Frise-se que, do ponto de vista sócio-econômico-político, a CF/1988 foi sendo desfigurada já a partir do início dos anos 1990, quando passa a configurar-se o projeto de Estado, calcado no neoliberalismo, projeto de poder político-ideológico¹⁶ que acabou por inverter o significado real das conquistas, ou seja, o Brasil teve, enfim, uma Constituição avançada socialmente, mas, na realidade, sua concretização esbarrou na reestruturação do papel do Estado, de cunho neoliberal¹⁷.

Ademais, com efeito pós-CF/1988, o acesso aos direitos ocorre de forma fragmentada. Assim, desde meados de 1990, a gestão de serviços públicos é repassada para ‘entidades parceiras’, na perspectiva da privatização do espaço público¹⁸. Dessa forma, as políticas sociais foram transformadas em um nicho de mercado, pois deixam de ser papel do Estado, passando a sê-lo de entidades privadas, mediante repasse de recursos financeiros públicos, sem assumir as responsabilidades ou normas da administração pública¹⁹.

Não obstante, em âmbito nacional e internacional, debate-se acerca do real papel do Estado a partir da crise econômica de 2008; e, em resposta, medidas vêm sendo tomadas para superar barreiras das taxas de acumulação e, ao mesmo tempo, ampliar a dominância do Capital em âmbito mundial. Essas medidas estão alinhadas ao aprofundamento da exploração do trabalho e da retirada de direitos, impactando profundamente a vida social²⁰.

Tendo como referência o olhar do campo ST⁷ – e considerando a origem contemporânea do MRSB e do MSST – objetiva-se, no presente artigo, discutir se o que foi entendido como a estreita base social da Reforma Sanitária^{1,2} poderia ter sido superada e enfrentada com uma maior aproximação entre ambos os movimentos, em uma espécie de sinergia político-programática.

Aspectos metodológicos

Ao buscar discutir pelo olhar da ST a Reforma Sanitária, partimos da análise bibliográfica e documental, com especial atenção na fragilidade da base social da Reforma Sanitária.

Considerando-se a problemática acima discutida, e o fato de que o MRSB tem como marco institucional a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), consultou-se a coletânea da revista ‘Saúde em Debate’, no período de 1976 a 1998, identificando os números 3²¹, 9²², 11²³ e 12²⁴ que trataram da temática ST. Registre-se que, em 1976, foi publicado o primeiro número do periódico, mas foi somente no número 11, em 1981, que se detecta uma maior aproximação com a temática trabalho e saúde, mediante ampla pauta a ela dedicada, inclusive com um artigo de Laurell²⁵, uma das principais pesquisadoras sobre as relações trabalho-saúde em uma perspectiva progressista e que teve grande influência no Brasil.

A essa ‘garimpagem’, somou-se consulta aos documentos elaborados pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária^{13,14}, além de artigos, livros²⁶ e capítulos de livros, especialmente do livro que relata a história da Reforma Sanitária²⁷.

Além disso, foram consultadas publicações produzidas pelo Diesat^{3,4}, bem como relatório de pesquisa na qual foram analisados aspectos importantes da experiência do PST do ABCD¹², já referido, ao que se aliou o resgate de livros de autores fundamentais da Reforma Sanitária^{26,27} e do Modelo Operário Italiano⁷.

A origem comum e a deficiente base social da Reforma Sanitária

Quanto à origem da RSB, estudiosos têm apontado o importante papel desempenhado pela Academia, nos anos 1970-80, particularmente a partir de formulações teórico-metodológicas desenvolvidas pelos Departamentos de Medicina Preventiva e Social (DMPS)²⁸ que funcionaram como polos irradiadores de propostas sobre a reforma do sistema nacional de saúde²⁹; pela criação do Cebes (e da revista ‘Saúde em Debate’) e pela fundação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) em 1979.

Ademais, é assinalada a capacidade dos atores do MRSB em atuar na conjuntura do final da década de 1970, marcada pela luta da anistia, pela redemocratização e denúncia dos impactos da política econômica e social sobre a saúde e as condições de vida das classes trabalhadoras, buscando, em particular, propor ‘soluções inovadoras’ que, dentro ou fora das universidades, propiciaram a criação, conforme assinala Teixeira²⁹

[...] de centros de pesquisa em saúde coletiva [...] de uma entidade nacional, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde [...] a publicação de uma revista ‘Saúde em Debate’ e de vários livros, as inúmeras conferências e debates respondiam às necessidades de difusão ideológica⁽¹⁹⁸⁾.

De acordo com Sato, Lacaz e Bernardo³⁰ e Tambellini³¹, percurso semelhante cursou o MSST, que, em um momento contemporâneo ao do surgimento do Cebes, criou a Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador (Cisat), em 1978, a qual passou a promover, desde 1979, as Semanas de Saúde do Trabalhador (Semsat)^{3,32}, além de criar a revista Trabalho & Saúde^{3,6,7}.

Ao lado disso, o MSST promoveu intenso debate mediante fóruns, seminários e encontros que visaram desmascarar e denunciar a

política de higiene e segurança do trabalho adotada pelo Estado, por meio do Ministério do Trabalho, a qual, segundo propaganda oficial, teria levado à melhoria das condições de trabalho, expressa na queda dos acidentes de trabalho no País, a partir de meados/final dos 1970³, época das grandes greves em todo território nacional, muitas delas de notório caráter político-contestador⁴.

Para corroborar o divórcio das questões relacionadas com a saúde no trabalho, durante a Constituinte, assim coloca-se Fleury:

E aí eu identifico no deputado Eduardo Jorge [PT] a tentativa de colocar mais claramente na constituição federal os direitos em relação à saúde do trabalhador, dos quais não entrou quase nada [...] ²⁷⁽²³³⁾.

Aceitando o que é apontado como o principal aspecto criticável do MRSB, ou seja, sua estreita base social^{2,26,28}, cabe perguntar: tal realidade seria explicada pela trajetória e origem assumidas pelo MRSB?

Essa é uma possível explicação, na medida em que poderia ter como importante aliado o MSST em sua luta pela defesa da incorporação de ações em ST⁸ na rede pública⁹, contemporânea ao MRSB e também voltada para a luta pela implantação de um Sistema Nacional de Saúde^{33,34}.

Tal aliança seria benéfica, mesmo considerando-se a diferença quanto ao objetivo imediato buscado, ou seja, a principal proposição do MSST seria compartilhada com um ator social que, pelo menos no discurso, também era privilegiado pelo MRSB um “[...] aliado potencial: o trabalhador adoecido no processo de produção”²⁹⁽¹⁹⁸⁾, conforme o discurso do MRSB na busca de aliados na sociedade civil.

Ocorre que a categoria trabalho era (e ainda é) desconsiderada enquanto determinante para o desenvolvimento de doenças, embora as estatísticas recém-criadas pela estatização do seguro acidente de trabalho a denunciasses^{8,9}.

Ademais, aquela trajetória e origem comum também eram sustentadas, segundo Mendes³⁵,

pelas formulações teórico-metodológicas, acrescida da formação de quadros provenientes dos DMPS, o que já havia sido assinalado por Tambellini³¹, ao considerá-los espaços privilegiados de produção das principais contribuições do estudo das relações saúde-trabalho e processo saúde/doença.

As formulações das ‘medicinas preventivas’^{28,31}, subsidiaram a incorporação pela rede pública de saúde das ações programáticas em ST, as quais foram ‘interlocutoras’ do movimento sindical⁹ em sua aproximação com as questões relativas à saúde-trabalho, ao caminhar rumo ao rompimento com o assistencialismo médico sindical, teimosa herança do Estado Novo getulista⁸.

Tal transformação ocorre a partir do início dos 1980, o que também passou despercebido pelos teóricos do MRSB. Tal fato é intrigante por si só, particularmente quando se constata que o Movimento Sindical assumiu a defesa de um modelo não privatista e de boa qualidade como bandeira – especialmente categorias como químicos, bancários e metalúrgicos³ –, apesar de continuarem garantindo, contraditoriamente, nos acordos coletivos firmados com os empresários “[...] a assistência médica supletiva, oferecida pelo setor privado e principalmente pelas empresas de medicina de grupo”³⁶⁽¹⁰⁾.

Nessa ‘aproximação’ com a saúde pública³⁷, o MSST atuou politicamente denunciando serviços médicos de empresa caracterizados pela baixa cobertura e cujas práticas antiéticas, visando rígido controle da força de trabalho³⁸, foram desnudadas pela ação/denúncia dos PST⁸.

Existem claros exemplos de enfrentamento por parte dos sindicatos de trabalhadores, que passaram a atuar na gestão dos PST, amplamente relatados em livro publicado em 1989 resultante de pesquisas empreendidas pelo Diesat por demanda dos sindicatos filiados⁴.

Assim, parece não ter sido apenas a origem acadêmica o elemento único a influenciar a base social das experiências dos PST, quando tiveram como razão de sua existência o movimento social dos trabalhadores e por

terem surgido no bojo da mesma conjuntura política em que se originou o MRSB.

Na época, vicejam as formulações teórico-metodológicas da saúde coletiva que recuperaram a categoria trabalho na determinação do processo saúde-doença. Apontavam o papel determinante do trabalho, indicaram-no como espaço concreto de exploração e deram relevo à defesa da saúde no trabalho operário como expressão concreta dessa exploração^{7,38}.

Concomitantemente, sindicatos em várias partes do mundo inscrevem a saúde como uma de suas pautas de reivindicação, passando a questionar o modelo da medicina do trabalho, centrado no saber médico, o que subsidiará estudos sobre saúde dos trabalhadores^{7,36}.

Também é preciso considerar as práticas em ST, expressas hoje na ação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), englobados na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast)³⁹, como parte da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho⁴⁰ e da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora⁴¹, propostas pelo Ministério da Saúde, temas caros ao MSST.

Trata-se da introdução de novas formas de organização e gestão do trabalho em saúde, procurando romper com a hegemonia médica, ao enfatizar a atuação em equipe e a educação em saúde como elemento de busca da ‘consciência sanitária’⁴².

Paralelamente, prioriza a troca de saberes entre: ‘coletivo-médico-sanitário’ e ‘cliente-usuária/trabalhadora-cidadã’, apreendida pelo serviço mediante sua inserção social na produção, não pelo consumo, como é costumeiro nos serviços de saúde, ao lado de coletivizar as experiências particulares, dinamizando as tarefas das equipes de saúde⁴³, aliando o atendimento individual à intervenção sobre os ambientes de trabalho pelas ações de vigilância em ST^{8,9} de caráter multiprofissional e dando consequência preventiva às informações colhidas no momento da história profissional.

Essa prática evidencia elemento importante salientado no ‘revisonismo’ sobre o

MRSB, conforme Fleury⁴⁴, prócer da Reforma Sanitária, corroborando nossa avaliação:

[...] ao não questionar o modelo médico de atenção à saúde, o projeto reformador acaba por perder o seu conteúdo de radicalidade democrática, de desalienação, para enquadrar-se como razão administrativa que, destematizando a potencialidade política e conflitiva deste processo, acaba por acarretar a passividade consumista dos ‘cidadãos’⁴⁴⁽¹⁰⁾.

Assim, é necessário pautar a reflexão sobre o modelo assistencial já que, entendemos, seu não questionamento relaciona-se com o esgotamento do MRSB, como já apontaram Oliveira¹, Cohn⁵, Fleury^{44,45}, Lacaz³³ e Dantas².

Frise-se que, na conjuntura analisada, a influência da Reforma Sanitária Italiana (RSI)⁴⁶ é marcante no Brasil, tanto como espelho para a RSB como referência para a luta do MSST, o qual espelhava-se na trajetória do Movimento Operário Italiano, que foi amplamente divulgado e compartilhado entre nós^{22,46}.

Tal lembrança remete à necessidade de a RSB precisar construir uma base social de apoio, como ocorreu na RSI, cujas características mais importantes foram: ter contado com uma ampla base social, coroando processo de acumulação de forças hegemônico por partidos políticos de esquerda, tendo à frente o extinto Partido Comunista Italiano que traçou como seu eixo condutor principal a luta pela saúde nas fábricas, através do controle da nocividade do trabalho visando superação da ‘monetização do risco’, conforme acontecia no período fascista e no imediato pós-guerra dentro da lógica capitalista de relações capital-trabalho^{42,46}.

Por isso, causa espanto como foi muito pouco estudada, na análise da fragilidade da RSB, a luta empreendida pelo MSB na consolidação de um projeto que dura quase 40 anos¹¹. É algo de estranhar já que, saliente-se, foi originado contemporaneamente ao MRSB, tendo durante algum tempo contado com o envolvimento de intelectuais engajados no trabalho de

consolidação da proposta do Cebes, organismo este que ocupou de forma destacada espaço privilegiado de articulação da sociedade civil no debate e discussão dos pressupostos da nossa Reforma Sanitária^{26,44,45}.

Cabe-nos, aqui, realçar essa lacuna observada nos estudos sobre a RSB e levantar questões que contribuam para iluminar o caminho trilhado pelo movimento sindical desde 1978 quando, ao engendrar aliança política com intelectuais oriundos do movimento sanitário, traçou a estratégia de se aparelhar para a luta pela saúde nos locais de trabalho⁷, criou a Cisat³. Outrossim, como já apontamos anteriormente, passou a realizar e protagonizar encontros, debates, seminários e as Semsats, marcos históricos da articulação entre o movimento sindical e setores médios representados por intelectuais, técnicos e acadêmicos.

Entendemos que, de certa forma, tal estratégia mimetiza o papel desempenhado pelo bloco de partidos de esquerda por ocasião da RSI⁴⁶⁻⁴⁸ colocando na cena política, bem como nas páginas dos principais jornais da grande imprensa, para o conhecimento da opinião pública, ainda durante os ‘anos de chumbo’, a discussão das reais condições de exploração do trabalho durante o regime militar, o ‘milagre brasileiro’ e seus reflexos sobre a vida e a saúde das classes trabalhadoras^{3,49}.

Diante disso, cabe indagar: por que a luta contemporânea pela saúde no trabalho ficou ‘esquecida’ nas análises sobre a RSB? Ainda mais sabendo-se que o movimento empreendido pelos sindicatos de trabalhadores inspirava-se claramente na experiência italiana, instigado pelo relato do livro ‘Medicina e Política’⁴² de grande influência sobre intelectuais e sindicalistas engajados naquele projeto.

Frise-se que, como resultado dessa influência, o Brasil firmou convênio com a Itália, nos anos 1980, pelo qual médicos brasileiros participaram de intercâmbio para conhecer a experiência italiana. Maeno e Carmo⁵⁰ explicam que, por meio do convênio Brasil-Itália, “[...] dezesseis médicos brasileiros receberam

bolsas de institutos italianos dedicados exclusivamente à Saúde do Trabalhador”⁽⁶³⁾.

Por outro lado, como elemento complicador, afirmamos que o SUS não incorporou em suas práticas na atenção básica a relação trabalho-saúde/doença, pois, com seu foco sobre a família, nem mesmo o trabalho domiciliar é objeto de sua ação, a ponto de ser pertinente questionar se é possível um diálogo entre ações em ST e a Estratégia Saúde da Família⁵¹, já que há um evidente descolamento entre o ideal de funcionamento da Política de Atenção Básica considerando o mundo real das equipes de saúde e produção do cuidado⁵².

Uma das explicações para aquele ‘esquecimento’ pode ser buscada na observação – ao comentar a estratégia reformista –, de Fleury⁴⁴⁽¹⁰⁾:

Ao remeter a questão do poder ao nível do Estado, da sua institucionalidade legal e burocrática, acabou-se esquecendo que sua origem está na sociedade, na correlação de forças que fundamenta e reproduz o pacto de dominação.

Nesse sentido, os PST configuraram um modelo de relação dialética entre a reprodução social e a produção já que articularam assistência e vigilância, buscando romper com uma limitação ‘cultural-estrutural’ do setor saúde que é o seu alheamento do mundo do trabalho e da produção, ao não transpor os muros da fábrica, em uma perspectiva de tornar público o que é privado⁷. Tal prática contribuiu, inclusive, para uma mudança no padrão das estatísticas de doenças do trabalho em São Paulo e mesmo do perfil epidemiológico das doenças relacionadas com o trabalho^{4,53,54}.

Parece-nos cada vez mais claro que não se pode abstrair desses aspectos em qualquer avaliação que se pretenda fazer das relações entre Reforma Sanitária e movimentos sociais quanto ao seu potencial de ‘alavancar’ o acesso a direitos como a saúde, já que, em um processo de transição democrática e de possibilidade de superação do atual bloco de poder, é

[...] bastante improvável que o avanço da cidadania tenha ocorrido sem que a classe trabalhadora trouxesse para seu campo de ideias a compreensão de questões tópicas ou ‘técnicas’ ligadas [...] às leis de proteção ao trabalho [...]”⁵⁵⁽⁶²⁾.

O que aconteceu, por exemplo, na luta dos trabalhadores italianos pela saúde no trabalho, a qual trouxe uma apreensão totalmente renovadora da relação entre leis sociais, trabalho, ambiente e saúde^{47,48}.

No Brasil, começou a ter expressão quando da estratégia desenvolvida pelas entidades de assessoria intersindical, como o Diesat, e de sindicatos, na medida em que passaram a valorizar e associar a luta pela saúde no trabalho⁷ com a luta por condições e ambientes de trabalho também salubres^{4,53,56,57}

Salientamos que tal temática foi pouco explorada nas publicações sobre RSB, particularmente quando se constata a relativa abundância de estudos sobre a importância dos Movimentos Populares de Saúde (Mops) na pressão por conquistas no campo da saúde pública, e se considera sua fragilidade estrutural^{58,59}.

Considerações finais

Com o que foi anteriormente assinalado, buscamos apontar que existe um divórcio entre o caminhar do MRSB e o do MSST, veio riquíssimo de estudos ainda a ser mais explorado.

Não se pode afirmar que a ‘teoria’ da Reforma Sanitária negue o papel do movimento sindical na luta pela saúde no trabalho, mas a pequena ênfase temática dada a ela nos estudos mais importantes já referidos coloca esse desafio à nossa frente e permite refletir sobre os atores sociais que são necessários ter como parceiros na superação dos limites dados ao projeto do MRSB.

Para nós, o projeto de Reforma ‘pelo alto’ desconsiderou a relevância política da atuação sindical pela saúde no trabalho, já que ela existe

e se expressou no avanço das cláusulas dos contratos de trabalho, no intersindicalismo do Diesat, nas assessorias técnicas intrassindicais e nas experiências de participação gestora dos PST/Cerest, muitas vezes complexa e conflitiva, como forma de interlocução com o saber instituído e o Aparelho de Estado^{8,57}.

Tais experiências abriram a possibilidade de ousar reverter o modelo médico centrado mediante gestão/controlado social da atuação técnica, diferentemente do estímulo ao consumo medicalizante exigido pelas massas/maiorias silenciosas⁶⁰.

As experiências programáticas e a formulação teórico-metodológica do campo ST⁶¹ que lhe dá sustentação *vis-à-vis* a abordagem hegemônica da medicina do trabalho-saúde ocupacional permitiriam pensar na possibilidade de seu desdobramento como um dos pilares da Reforma Sanitária em algumas regiões brasileiras, como o estado de São Paulo, o que, dialeticamente, também envolve suas dificuldades estruturais, na perspectiva de se vislumbrar a continuidade do avanço da ação sindical em saúde no trabalho entre nós.

Tal assertiva é particularmente importante considerando-se nos dias que correm a ausência de propostas orgânicas mais acabadas das Centrais Sindicais e dos partidos políticos de esquerda que configurassem um ‘programa mínimo’ para a área neste ‘bloco histórico’, superando a reforma ‘pelo alto’.

Salientamos, mais uma vez, que essa questão está a comportar análises e estudos mais específicos, os quais, uma vez desenvolvidos, viriam a preencher uma lacuna importante que poderia contribuir para retomar uma maior interlocução entre MRSB e MSST ou outros movimentos sociais pela saúde.

Toda a formulação ora desenvolvida e sua potencial contribuição para pensar em uma retomada do MRSB esbarra, hoje, na fragilidade do movimento sindical e nas grandes transformações do mundo do trabalho aprofundadas a partir do final da década de 1980, com a reestruturação produtiva, a realocação das

fábricas, a automação e o aumento do chamado desemprego estrutural²⁰.

Ao lado de tecer considerações ora indicadas, cabe problematizar os desafios contemporâneos para pensar a efetividade dos ideais da Reforma Sanitária e a defesa do direito à saúde, incluindo a especificidade do trabalho, em tempos de agudização da contradição Capital e Trabalho no atual estágio do capitalismo altamente informatizado, informalizado (sem regras), rentista e globalizado^{20,62}.

A isso, soma-se, quanto à defesa das políticas públicas, a ausência de reflexões e propostas orgânicas dos ‘setores populares’ que advoguem posições e linhas de condução política claras e nitidamente definidas, mesmo que conflitantes, dentro do espaço de debate político sobre a consolidação do SUS. Além disso, como elemento para aprofundar a discussão dos entraves e dificuldades identificados ao nível dos órgãos de Estado que atuam no campo da saúde e do trabalho, é mister considerar que alguns deles foram extintos pelo atual governo, como o Ministério do Trabalho e o da Previdência Social, sem que houvesse efetiva mobilização sindical para barrar tais iniciativas.

Tal preocupação torna-se especialmente importante e verdadeira ao se tomar conhecimento das propostas de reformas conservadoras de cunho neoliberal, como o Novo Regime Fiscal, instituído pela Emenda Constitucional 95/2017, que congela os gastos com políticas públicas por 20 anos⁶³, a já aprovada (contra) Reforma Trabalhista⁶³ e outras, hoje em curso, que levarão a sérias mudanças nos direitos constitucionais como os da previdência social⁶⁴.

A isso, soma-se a forma de condução do processo de descentralização da saúde, que atribuiu aos estados e, em particular, aos municípios a responsabilidade pela implantação e operacionalização das políticas e ações de saúde sem o aporte de recursos necessários, fruto de um subfinanciamento histórico do SUS convertido, a partir do golpe de 2016, em desfinanciamento das ações e serviços de saúde^{65,66}.

Destaque-se, ainda, que se vive uma realidade em que além de não estar garantida a existência do modelo calcado nos serviços públicos, ora substituídos pela Organizações Sociais e outras modalidades de gestão indireta, subsiste uma brutal crise fiscal que há anos engessa a atuação do Estado brasileiro, o que projeta a privatização/terceirização da rede pública de saúde como a 'saída' para a superação crônica de sua deficiência financeira e técnico-administrativa¹⁹.

Mais ainda, a participação do movimento social nas instâncias de controle social do SUS, em que ocorre, tende a se dar, muitas vezes, por indicação de sindicatos de trabalhadores ou federações/centrais que reivindicam, na maioria das vezes, demandas pontuais sobre problemas ocorridos no processo de trabalho, de caráter fiscalizador, ou médico-assistencial.

Por outro lado, como uma teimosa contradição, os sindicatos continuam a priorizar a negociação e os convênios e planos de saúde aos seus associados⁶⁷. Tal tendência aponta para a necessidade de reestabelecer uma

articulação mais ampla na sociedade civil organizada, na medida em que a perspectiva é buscar arregimentar forças sociais visando elaborar propostas relativas a uma Política de Saúde que defenda e garanta o resgate da existência do SUS em seu todo, incluindo aquela relacionada com a ST¹¹.

Para nós, defensores de propostas emancipatórias, trata-se, então, de encetar uma luta anticapitalista, para além da democracia liberal e as pretensas propostas de superação de sua *débâcle*⁶².

Colaboradores

Lacaz FAC (0000-001-7621-3756)* contribuiu para a proposição e definição do tema, escrita e revisão final do manuscrito. Reis AAC (0000-0001-7184-2342)*, Lourenço EAS (0000-0002-8997-7592)*, Goulart PM (0000-0002-5080-9241)* e Trapé CA (0000-0002-3272-6565)* contribuíram igualmente para a escrita e revisão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Oliveira JA. Reformas e reformismos: para uma teoria política da reforma sanitária (ou, reflexões sobre a reforma sanitária de uma perspectiva popular). In: Costa NR, Minayo MCS, Ramos CL, et al, organizadores. Demandas Populares: políticas públicas e saúde. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Abrasco; 1989. p. 13-44.
2. Dantas AV. Do Socialismo à Democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
3. Ribeiro HP, Lacaz FAC, organizadores. De que adoecem e morrem os trabalhadores. São Paulo: Imesp; Diesat; 1985.
4. Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho. Insalubridade: morte lenta no trabalho. São Paulo: Diesat-Oboré Editorial; 1989.
5. Cohn A. Conhecimento e prática em saúde coletiva: o desafio permanente. Saúde soc. 1992; 1(2):97-109.
6. Lacaz FAC. Saúde no trabalho. São Paulo. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1984.
7. Lacaz FAC. Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. Campinas. [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1996. 456 p.
8. Gramsci A. Os intelectuais e a organização da cultura. São Paulo: Civilização Brasileira; 1968.
9. Freitas CU, Lacaz FAC, Rocha CE. Saúde Pública e ações de saúde do trabalhador: uma análise conceitual e perspectivas de operacionalização programática na rede básica da Secretaria de Estado da Saúde. Temas Imesc. Soc Dir Saúde. 1985; 2(1):3-10.
10. Lacaz FAC. Saúde do Trabalhador: vinte anos de história e trajetória. In: Brasil. Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: Trabalhar Sim! Adoecer, Não! Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. p. 144-155.
11. Lacaz FAC, Vechia PRL, Silva VP. Gestão do trabalho em saúde: buscando a construção de uma Política de Saúde do Trabalhador da Saúde no âmbito municipal. In: Lacaz FAC, Goulart PM, Junqueira V, organizadores. Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde. São Paulo: Hucitec; 2017. p. 330-367.
12. Botelho ZGA. Avaliação qualitativa de alguns aspectos organizacionais do programa de atenção ao adulto: projeto de atenção à saúde do trabalhador químico do ABC em duas unidades básicas. Relatório de Pesquisa. São Paulo: Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde; Brasília, DF: CNPq; 1987.
13. Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Grupo de Trabalho sobre Saúde do Trabalhador. Texto Final sobre Saúde do trabalhador. Documento 1. Brasília, DF: Comissão Nacional da Reforma Sanitária; 1986.
14. Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Grupo de Trabalho sobre Saúde do Trabalhador. Texto Final sobre Saúde do trabalhador. Documento 2. Brasília, DF: Comissão Nacional da Reforma Sanitária; 1987.
15. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
16. Anderson P. Balanço do neoliberalismo. In: Sader E, Gentili P, organizadores. Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. São Paulo: Paz e Terra; 1995. p. 9-23.
17. Bresser-Pereira LC. A Reforma administrativa do Sistema de Saúde. Cadernos do Mare da Reforma do Estado. Brasília, DF: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado; 1988.
18. Paula APP. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. RAE 2005; 45(1):36-49.

19. Lacaz A, Goulart P, Junqueira V, organizadores. *Trabalhar no Sus: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde*. São Paulo: Hucitec; FA-PESP; 2017.
20. Antunes R. A nova morfologia da classe trabalhadora no Brasil recente: operariado da indústria, do agrogócio e dos serviços. In: Antunes R. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo; 2018. p. 98-133.
21. Goldbaum M. Doença de Chagas e Trabalho em Área Urbana. *Saúde debate*. 1977; (3): 47-48.
22. Berlinguer G. Saúde não se troca por dinheiro. *Saúde de debate*. 1980; (9):41-46.
23. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Comissão de Saúde Ocupacional do CEBES. Análise crítica do artigo de Laurell: processo de Trabalho e Saúde. *Saúde debate*. 1981; (11):23-27.
24. Amarante PDC. Trabalho e doença dos trabalhadores. *Saúde debate* 1981; (11): 23-27.
25. Laurell AC. Processo de Trabalho e Saúde. *Saúde debate* 1981; (11):8-22.
26. Paim JS. *A Reforma Sanitária e o Cebes*. Rio de Janeiro: Cebes; 2012.
27. Brasil. Ministério da Saúde. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
28. Escorel S. *Reviravolta na saúde: origens e articulações do movimento sanitário*. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 1987.
29. Teixeira SF. O dilema da reforma sanitária. In: Berlinguer G, Campos GWS, Teixeira SF, organizadores. *Reforma sanitária Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Cebes; 1988. p. 142-167.
30. Sato L, Lacaz FAC, Bernardo MH. *Psicologia e Saúde do Trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo*. *Estudos Psicol*. 2006; 11(3):281-288.
31. Tambellini AT. *A política de desenvolvimento científico e tecnológico no Brasil na área de saúde e trabalho: discurso e prática*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1984.
32. Coimbra W, Neves EG. Sobre a Semana de Saúde do Trabalhador (SEMSAT). *Saúde debate*. 1980; (9):39-40
33. Lacaz FAC. Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador. *Saúde soc*. 1994; 3(1):41-59.
34. Brasil. Ministério da Saúde. *1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Relatório Final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986.
35. Mendes R. *Doutrina e prática da integração da saúde ocupacional no setor saúde: contribuição para a definição de uma política*. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1986. 384 p.
36. Rêgo MAV. *A saúde do trabalhador no âmbito estadual. 1º Seminário sobre Saúde do Trabalhador*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1993.
37. Mendes R. Subsídios para um debate em torno da revisão do atual modelo de organização da saúde ocupacional no Brasil. *Rev. bras. Saúde ocup*. 1988; 16(64):7-25.
38. Laurell AC, Noriega M. *Processo de Produção e Saúde. Trabalho e Desgaste Operário*. São Paulo: Hucitec; 1989.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências [internet]. *Diário Oficial da União*. 12 Nov 2009. [acesso em 2020 fev 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html.
40. Brasil. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST). *Diário Oficial da União*. 8 Nov 2011; 1:9-10.

41. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora [internet]. Diário Oficial da União. 24 Ago 2012. [acesso em 2020 fev 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.
42. Berlinguer G. Medicina e Política. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Cebes; 1978.
43. Navarro V. The Labour Process and Health: a historical materialista interpretation. *Inter. J. Health Serv.* 1982; 12(1):5-29.
44. Fleury S. Democracia e saúde: algumas considerações políticas. In: Fleury S, organizadora. *Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. p. 9-11.
45. Fleury TSM. O dilema da reforma sanitária. In: Berlinguer G, Campos GWS, Teixeira SMF. *Reforma Sanitária Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Cebes; 1988. p. 191-207.
46. Berlinguer G. Uma reforma para a saúde. In: Berlinguer G, Campos GWS, Teixeira SF. *Reforma Sanitária Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Cebes; 1988. p. 1-106.
47. Berlinguer G. A Saúde nas Fábricas. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Cebes; 1983.
48. Oddone I, Marri G, Briante SGG, et al. A luta contra a nocividade e Reforma Sanitária: uma proposta. In: Oddone I, Marri G, Briante SGG, et al. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec; 1986. p. 114-133.
49. Singer PI. A crise do “Milagre”: interpretação crítica da economia brasileira. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1976.
50. Maeno M, Carmo JC. *Saúde do trabalhador no SUS*. São Paulo: Hucitec; 2005.
51. Lacaz FAC, Trapé CA, Soares CB, et al. Estratégia saúde da família e saúde do trabalhador: um diálogo possível? *Interface*. 2013; 17(1):75-87.
52. Cecílio LCO, Chioro RAA. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(8):1-14.
53. Stotz EM, Cruz Neto O. Processo de trabalho e saúde: o caso dos trabalhadores em curtume. In: Costa NR, Minayo MCS, Ramos CL, et al. *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Abrasco; 1989. p. 37-73.
54. Lacaz FAC. O Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: a agonia de uma proposta. *Saúde debate* 1992; (36):41-47.
55. Costa NR. Transição e movimentos sociais: contribuição ao debate da Reforma Sanitária. In: Costa NR, Minayo MCS, Ramos CL, et al. *organizadores. Demandas populares: políticas públicas e saúde*. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Abrasco; 1989. p. 45-65.
56. Pimenta A, Capistrano Filho D. *Saúde do Trabalhador*. São Paulo: Hucitec; 1988.
57. Sindicato dos trabalhadores químicos do ABC. *Trabalho, saúde e meio ambiente*. Santo André: Sindicato dos Químicos do ABC; 1992.
58. Sader E. *Quando novos personagens entram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1988.
59. Palma J. *Lutas sociais e construção do SUS: o movimento de saúde na zona leste e a conquista da participação popular*. São Paulo: Hucitec; Sobravime; 2015.
60. Baudrillard J. *À sombra das maiorias silenciosas: o fim do social e o surgimento das massas*. São Paulo: Brasiliense; 1993.
61. Minayo-Gomez C. *Campo da Saúde do Trabalhador: trajetória, configuração e transformações*. In: Minayo-Gomez C, Machado JMH, Pena PGL, organizadores. *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 23-34.

62. Lacaz FAC. Precariedade, intensificação do trabalho e Saúde do Trabalhador: por uma postura anticapitalista das Políticas Sociais. In: Lourenço EAS, organizador. Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e Serviço Social: estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo. Campinas: Papel Social; 2016. p. 85-99.
63. Alves G. Reforma trabalhista, modernização catastrófica e a miséria da República brasileira. In: Ramos GT, Melo Filho HC, Loguercio JE, et al. organizadores. O golpe de 2016 e a reforma da previdência: narrativas de resistência. Bauru: Canal 6; 2017. p. 138-145.
64. Fagnani E. Previdência: reformar para destruir? In: Jinkings I, Doria K, Cleto M, organizadores. Por que gritamos golpe?: para entender o impeachment e a crise. São Paulo: Boitempo; 2016. p. 85-89
65. Reis AAC, Soter APM, Furtado LAC, et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. Saúde debate. 2016; 40(esp):122-135.
66. Reis AAC. O que será do Brasil e do SUS? Reciis. 2018; 12(2):119-24.
67. Pina JA, Castro HA, Andreazzi MFS. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2006; 11(3):837-846.

Recebido em 30/05/2019
Aprovado em 04/09/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Outra narrativa no ensino da Reforma Sanitária Brasileira: o debate crítico de uma escolha política

An alternative narrative in the teaching of the Brazilian Sanitary Reform: the critical debate of a political choice

Leonardo Carnut¹, Áquilas Mendes^{2,3}, Maria Cristina da Costa Marques²

DOI: 10.1590/0103-11042019S810

RESUMO A Reforma Sanitária Brasileira constitui capítulo fundamental para a compreensão da história da saúde coletiva. Em que pese a relevância do tema, existe uma tendência em enfatizar o ensino desse conteúdo na trajetória institucional das políticas em detrimento da ‘escolha política’ feita. Nessa perspectiva, este artigo teve como objetivo construir outra narrativa para o ensino da Reforma Sanitária, por meio do resgate dos argumentos de três autores filiados à matriz marxista: Sergio Arouca, Jaime de Oliveira e Jairnilson Paim. São trabalhados, para fins didáticos, textos específicos desses autores em períodos sócio-históricos distintos, tidos como fontes essenciais para compreender as escolhas políticas realizadas pelo movimento da Reforma. Sobre os materiais analisados, foram considerados como *corpora* de análise os excertos dos textos que abordavam as categorias fundamentais para uma análise marxista. Tomou-se como unidade de texto as proposições que dialogavam entre as categorias e a escolha política da Reforma Sanitária apresentada pelos autores. Conclui-se que a construção dessa outra narrativa para o ensino da Reforma Sanitária Brasileira pode contribuir para a ampliação de um pensamento crítico ao futuro da saúde pública no País, em contexto de crescentes restrições democráticas.

PALAVRAS-CHAVE Política. Sistema Único de Saúde. Sistemas de saúde. Ensino. História.

ABSTRACT *The Brazilian Sanitary Reform is a fundamental chapter for understanding the history of collective health. In spite of the relevance of the theme, there is a tendency to focus the teaching of this content on the institutional trajectory of policies to the detriment of the ‘political choice’ that were made. In this perspective, this article aims to construct an alternative narrative for the teaching of the Sanitary Reform, through the rescue of the arguments of three authors affiliated to the Marxist thought, namely, Sergio Arouca, Jaime de Oliveira, and Jairnilson Paim. Specific texts of these authors are used for didactic purposes in distinct socio-historical periods, considered as essential sources for understanding the political choices made by the Reform movement. The excerpts of the texts that deal with the categories that are fundamental for a Marxist analysis were considered as corpus of analysis. Proposals that conversed between the categories and the political choice of the Sanitary Reform presented by the authors were taken as the unity of the text. It is concluded that the building up of this other narrative for the teaching of the Brazilian Sanitary Reform can contribute to the expansion of a critical thought about the future of public health in the country, in the context of the increasing democratic restrictions.*

KEYWORDS *Politics. Unified Health System. Health systems. Teaching. History.*

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil.
leonardo.carnut@gmail.com

²Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil.

³Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Programa de Estudos Pós-Graduados em Economia Política - São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

O estudo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), no âmbito das ciências da saúde, é um capítulo fundamental do que se considera como o conteúdo essencial da área de 'história da saúde pública/coletiva'¹. Em que pese a relevância do tema, existe uma tendência em enfatizar a trajetória normativa e institucional das políticas de saúde² em detrimento do ensino baseado na 'escolha política' realizada pelo movimento sanitário na década de 1970-1980. É reconhecida na literatura da saúde coletiva que esta escolha política se referiu à ocupação de posições estratégicas no aparelho do Estado^{3,4}.

Durante o processo de formação dos profissionais de saúde⁵, pouco tem sido investido no estudo da história da saúde coletiva/pública no sentido de resgatar alguns autores clássicos⁶ da Reforma Sanitária, com vistas a rever suas contribuições ao debate da escolha política encetada por esse movimento. Das poucas vezes que esse resgate é feito, uma parcela de professores e de estudantes se limita aos aspectos institucionais, ou seja, a priorização do ensino/estudo das normas e regras que conformam o Sistema Único de Saúde (SUS) em políticas públicas de saúde^{7,8}.

Tradicionalmente, há uma visão romântica, e até saudosista, do Movimento da Reforma Sanitária como fonte de inspiração socialista que gradualmente se perdeu ao longo da implantação do SUS. Entretanto, por esse conteúdo ser pouco trabalhado nas graduações de saúde, especialmente nas de saúde coletiva⁹, adentra-se superficialmente no intenso cenário de disputa que fez com que a tese socialista, logo de partida, fosse abandonada em nome de uma ideologia política social-democrata^{1,10,11} em que se privilegiou a ocupação institucional.

A importância de se apoiar em uma nova narrativa para a escolha política do Movimento da Reforma Sanitária, sob a crítica da filiação social-democrata, encontra ancoradouro em Breilh¹². Este considera que é fundamental, sobretudo em momentos de mudanças políticas,

apoiar as reflexões sobre a saúde coletiva na história crítica. Breilh¹² aponta que isso proporcionaria uma melhor compreensão das raízes emancipadoras da prática em saúde e, também, do arcabouço do pensamento crítico sanitário latino-americano.

Mesmo a RSB sendo um acontecimento histórico com diversos autores-atores¹³, considera-se que, para fins didático-pedagógicos, a eleição de representantes da perspectiva crítica deve ser feita, à medida que pode contribuir para o ensino do entendimento da escolha política tomada pela Reforma. Nesse sentido, para efeito deste artigo, prioriza-se o estudo de textos específicos de Sergio Arouca, Jaime de Oliveira e Jairnilson Paim, autores-atores considerados como alguns dos expoentes que representam as contradições vivenciadas na corrente de pensamento marxista nesta arena política.

A crítica e outras narrativas são elementos que dialogam com o que atualmente se pensa sobre o ensino de história. Além disso, possibilitam a compreensão sobre a capacidade que esta tem de apostar na transformação e projeção de um novo futuro por meio da recuperação crítica do passado. Tal questão alça o professor ao patamar de saber lidar com o tempo passado e tê-lo como uma matéria-prima, cujas contradições devem ser exploradas e explicadas para contribuir para a construção de uma sociedade melhor que a passada e daquela em que se está vivendo¹⁴.

Assim, este artigo tem como objetivo construir outra narrativa para o ensino da RSB por meio do resgate dos argumentos de três autores filiados à matriz marxista (Arouca, Oliveira e Paim). São trabalhados, para fins didáticos, textos específicos desses autores em períodos sócio-históricos distintos, tidos como fontes essenciais para ajudar a compreender as escolhas políticas realizadas pelo movimento da Reforma Sanitária enquanto ideia-processo¹.

Este artigo está estruturado em duas partes e considerações finais. A primeira parte trata do percurso metodológico produzido ao longo do contato dos pesquisadores-professores

deste artigo com os textos utilizados como fontes históricas e como material didático. A segunda parte apresenta um breve descritivo do ‘lugar de fala’ dos autores-atores trabalhados e evidencia seus argumentos para explicitar as contradições internas do debate marxista sobre a escolha política realizada no decurso da Reforma.

Percurso metodológico

Foi realizada uma análise de conteúdo¹⁵ de três textos dos autores clássicos da saúde coletiva que apresentam discussões importantes para a reflexão crítica sobre o desenvolvimento da RSB, em três períodos distintos: a) o primeiro texto, relacionado com o período pré-reforma (1975), do professor Sérgio Arouca¹¹, intitulado: ‘Medicina preventiva e sociedade’ da sua tese de doutorado intitulada: ‘O dilema preventivo: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva’; b) o segundo artigo, relacionado com o período da reforma (1987), do sanitarista Jaime de Oliveira¹⁰, publicado na revista ‘Saúde em Debate’, intitulado: ‘Para uma teoria da reforma sanitária: democracia progressiva e políticas sociais’, e, por fim c) o terceiro texto, relacionado com o período pós-reforma (2008), do professor Jairnilson da Silva Paim¹, oriundo de sua tese de doutorado: ‘Reforma Sanitária e revolução passiva no Brasil’.

Sobre os materiais analisados (um artigo científico e dois capítulos de livro), foram considerados como *corpora* de análise os excertos dos textos que abordavam as categorias fundamentais para uma análise marxista. Assim, as categorias ‘troca’, ‘mercadoria’, ‘valor’ e ‘Estado’ foram aquelas que guiaram a delimitação do *corpus* no texto do Sérgio Arouca. As categorias ‘luta de classes’ e ‘Estado’ foram objeto de delimitação do *corpus* no texto elaborado por Jaime de Oliveira. Já em Jairnilson Paim, as categorias-guias de extração do *corpus* foram ‘Estado’, ‘reforma’ e ‘revolução’.

Após a pré-análise e a devida identificação das categorias (tanto em forma manifesta como

latente), considerou-se como unidade textual as proposições¹⁵ que continham o conteúdo essencial para o debate. Portanto, essas unidades de texto foram identificadas como fundamentais para iniciar a construção de outra narrativa de ensinar a história da Reforma Sanitária, ressaltando as categorias essenciais para a compreensão marxista do debate que se sucedeu ao longo destes três momentos em que os textos foram escritos (1975, 1987 e 2008).

Essas categorias podem ser consideradas ‘indicadores’ do conteúdo marxista na interpretação sobre o decurso histórico descrito (‘ideia-processo’) apenas pelas análises-vivências dos autores-atores. Diante disto, foi possível reconstruir outra narrativa que ressaltasse o conteúdo da escolha política tomada pela Reforma.

A perspectiva conceitual de autores ‘clássicos’ da saúde coletiva adotada neste artigo é aquela descrita por Brandão⁶, segundo o qual, o estudo dessas referências é importante pelas proposições e bases empíricas que apontam para a qualidade de testemunhos do seu tempo, fonte de problemas e de questões teóricas para a investigação científica na atualidade. O autor ainda considera que esse tipo de estudo permite compreender as linhagens de pensamento no campo e sua persistência.

Assim, é pertinente ratificar que este estudo não se caracteriza com uma ‘análise histórica’ da pluralidade da Reforma Sanitária nem uma historiografia em ‘grande angular’. Considera-se que, de forma menos ousada, foi apenas uma identificação textual localizada de três autores-atores em períodos históricos distintos que narram suas percepções sobre a Reforma Sanitária devidamente apoiados em uma perspectiva crítica marxista. Portanto, a fim de assegurar a precisão analítica do que se empreendeu neste trabalho, tratou-se de uma compreensão inicial da análise marxista usada pelos autores-atores a partir do texto, e pelo texto, sem premissões indutivas aos seus contextos.

Por fim, é essencial ressaltar que a abordagem utilizada neste artigo não trata de considerar a história como ‘mestra da vida’, inclusive em desarmonia com os métodos

profissionais de fazer e compreender a disciplina histórica. Assim, este estudo apoia-se na concepção de que a história tem funções, e uma delas é permitir a desnaturalização de estruturas e formas de pensar de diferentes épocas, possibilitando a ressignificação de eventos e contextos, sempre no âmbito de teorias e formas de pensar específicas.

Construindo outra narrativa para o ensino da história da Reforma Sanitária

Arouca: da 'crítica ao 'cuidado' médico' ao 'primeiro adeus à tese socialista'

O sanitarista Sergio Arouca foi um dos principais teóricos e líderes do chamado 'movimento sanitário', que mudou a concepção da saúde pública no Brasil. A consagração do movimento veio com a Constituição de 1988, quando a saúde se tornou um direito social de todos os cidadãos, como está escrito na Carta Magna.

Falecido aos 61 anos, em 2 de agosto de 2003, Arouca é reconhecido por sua produção científica e pela liderança conquistada na construção do SUS. Foi presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 1985, professor concursado da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), além de chefe do Departamento de Planejamento da Escola.

A tese de doutorado de Arouca, intitulada 'O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva', forneceu fundamentos teóricos estruturantes para a constituição da base conceitual da saúde coletiva e para a crítica à 'medicina preventiva' (pensamento hegemônico da saúde pública à época).

Em Arouca, a crítica ao pensamento preventivista inicia como a crítica ao 'cuidado médico' e suas condições na sociedade capitalista. Para esse autor, tem-se que:

O cuidado médico representa uma dupla característica, a primeira de ser um processo de trabalho que tem como objetivo a intervenção sobre os valores vitais (biológicos e psicológicos) e a segunda, ao atender necessidades humanas, de ser uma unidade de troca à qual é atribuída, social e historicamente, um valor¹¹⁽¹⁵³⁾.

Nesse trecho, Arouca¹¹ se baseia na teoria de valor desenvolvida por Marx¹⁶, na tentativa de explicitar a percepção do 'cuidado médico' como um processo de trabalho que gera valor. Sua intenção era contrapor-se ao pensamento clássico¹⁷ que considera o 'cuidado médico' como um 'serviço'¹⁸ que não produz valor¹⁹. Com o objetivo de caracterizar bem o sentido da expropriação do valor no 'trabalho médico', Arouca¹¹ complementa que:

As características básicas do cuidado médico definem um espaço, no qual vamos encontrar a contradição fundamental da medicina, ou seja, as margens entre o vital e o social, uma vez que, definindo como seu objeto o vital que é influenciado pelo social, é neste lugar que a medicina encontra os seus limites e as suas possibilidades. Dirigindo-se em forma de cuidados a valores vitais, a sua contradição fundamental reside em ter estes valores como objeto e o uso atribuído social e historicamente a estes valores¹¹⁽¹⁵⁵⁾.

A partir desse momento, Arouca¹¹ demonstra sua opção em construir uma argumentação orientada a explicitar a contradição do processo de trabalho médico, que, inevitavelmente conduz ao que ficou conhecido na saúde coletiva como o processo de 'determinação social da saúde e doença'^{20,21}. Nesse sentido, sua tentativa era de demonstrar que todas as atividades do processo de trabalho médico, inclusive a 'prevenção' (à época reconhecida como uma atividade basicamente educativa, focada nos sujeitos individualmente baseada na convicção de uma certa 'autonomia/neutralidade política' da saúde)²² é capturada pela

lógica da expropriação do valor característica do processo de trabalho no modo de produção capitalista. Arouca¹¹ sintetiza:

Nossa tese é que, em primeiro lugar, o discurso preventivista aparece como uma das primeiras reinterpretações do setor médico às novas determinações da ordem econômica, reinterpretação esta que se faz ainda em termos de uma ideologia liberal. A medicina, durante a primeira metade do século, manteve, em grande parte do mundo capitalista, um caráter predominantemente liberal, mantendo, por assim dizer, na instância ideológica, as mesmas ligações que possibilitaram o nascimento da clínica. Porém, não só o capitalismo desenvolveu-se no sentido do capitalismo monopolista e multinacional, como a própria medicina desenvolveu-se enquanto organização de produção, distribuição e consumo dos cuidados médicos¹¹⁽¹⁶⁵⁾.

Com a identificação da posição dessa premissa fundamental, Arouca¹¹ vai descortinar como a produção de um discurso preventivista (que advoga pelo uso de ações médicas de identificação das doenças em suas fases ‘subclínicas’)²³ também pode ser objeto da ideologia liberal. Nesse sentido, o processo de mercantilização do ato preventivo não aparece, ainda, como contraponto à lógica capitalista, mas com uma atividade mercadorizada que pode, potencialmente, transformar-se em objeto de produção de capital. Arouca¹¹ nos alerta que:

A medicina privada (ou liberal) transformou o cuidado médico em mercadoria, mas não transformou a sua prática em atividade capitalista, já que os lucros, obtidos e divididos entre uma população dispersa de profissionais, não permitiram a transformação do dinheiro em capital, sendo gasto na maior parte das vezes, em um consumo de luxo. Assim, neste setor constituiu-se uma fração de classe de alto consumo, mas de baixa densidade, de realização de capital, e o volume de dinheiro circulante no setor prevê um espaço de

ampliação altamente viável para a expansão das atividades capitalistas¹¹⁽¹⁶⁶⁻¹⁹⁷⁾.

A partir de então, Arouca¹¹ identifica a principal contradição inerente ao discurso preventivista e sua submissão à lógica do capital. Se o ‘cuidado médico’ tem como valor fundamental a produção da vida, então a lógica capitalista tem na prevenção a intenção de repor a força de trabalho de forma mais acelerada possível. Ao repor apressadamente o trabalhador, o mantém sob as mesmas condições de adoecimento que, por outrora, o levou a adoecer. Ou seja, há uma conveniência do discurso preventivista à lógica de produção capitalista no qual a prevenção se molda à necessidade de geração de uma massa de trabalhadores sempre submissa às condições de exploração. Para Arouca¹¹, é importante compreender que:

Desta maneira, as atitudes preventivistas são incorporadas ao trabalho médico segundo as características das várias formas deste trabalho e segundo as classes sociais a que ele se dirige, porém o fundamental é que a eficiência destas práticas encontra-se exatamente colocada sobre a contradição fundamental da Medicina, já que o uso atribuído à vida como força de trabalho a ser consumido no processo produtivo é o núcleo gerador fundamental das patologias. A eficiência (ou impacto) das medidas preventivas choca-se, em última instância, contra a base fundamental do modo capitalista de produção¹¹⁽¹⁷¹⁻¹⁷²⁾.

Diante desse diagnóstico, a grande contradição na análise de Arouca¹¹ sobre o trabalho médico e o discurso preventivista reside na extrapolação de sua perspectiva de luta a partir das considerações que faz do Estado como promotor da ‘rearticulação’ do setor saúde. Na perspectiva marxiana, como disposto por Marx em ‘Crítica ao Programa de Gotha’²⁴, as questões sociais, quando subvencionadas pelo Estado, favorecem basicamente àqueles que detêm o poder da máquina governamental, já que o Estado tem como função precípua a

sustentação do modo de produção capitalista por meio de suas formas jurídicas.

Assim, o argumento de Arouca¹¹, ao depositar no Estado a possibilidade de reorganização do setor saúde, em especial ao processo de trabalho médico, pode ser considerado como uma ilusão do ponto de vista da ‘fidelidade teórica marxiana’, arcabouço que o autor usou para analisar a questão. Contudo, do ponto de vista histórico, é necessário afirmar que as condições objetivas do Brasil no contexto de escrita de sua tese (auge da ditadura militar) sugeriam que a aposta no Estado Democrático era o caminho possível que guiava os horizontes do movimento sanitário. Arouca¹¹ reforça esse papel do Estado argumentando que:

O Estado pode promover uma rearticulação do setor de saúde, mantendo as funções da Medicina diante da sociedade capitalista, através de uma reorganização do trabalho médico, de uma recolocação do seu poder político e de um controle das indústrias ligadas ao setor. Evidentemente, tal procedimento pode levar a uma maior eficácia no desenvolvimento das funções da Medicina diante da sociedade, pela introdução de um sistema racionalizador do trabalho médico. Neste caso, as concepções preventivistas podem se incorporar à prática, abandonando seu berço de origem junto à sociedade civil¹¹⁽¹⁷²⁾.

Nesse caso, Arouca¹¹ tornou-se o grande líder da RSB e norteou a confecção do arcabouço jurídico-institucional do SUS. Em que pese a aposta no Estado naquele momento, a luta política pela redemocratização do País e sua organicidade ante as condições de opressão realizadas pelo regime escamotearam a predição que a teoria política marxista apontava, sendo este o primeiro ‘adeus’ à tese socialista. Apostar no Estado (burguês), sendo ele o sustentáculo do modo de produção capitalista, parece ser a contradição política mais relevante desse período, a qual os estudantes de hoje devem tomar como lição fundamental.

Oliveira: uma crítica contumaz, porém, conciliatória

Ao calor da RSB, diversas teses foram sendo discutidas, ao passo que os reformistas, na tentativa de ler o social de forma mais acurada, tentavam elaborar uma ‘teoria da Reforma Sanitária’. A intenção era compreender melhor o momento social vigente e, a partir dessas análises, guiar a luta política pela construção do direito à saúde no Brasil.

Nesse bojo, emergiu o papel significativo de Jaime de Oliveira. Médico, com mestrado em ciência política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, trabalhou no Departamento de Administração e Planejamento da Ensp/Fiocruz e contribuiu para compreender o processo de Reforma Sanitária por meio de duas obras fundamentais: ‘Interesses sociais e mecanismos de representação: a política de saúde no Brasil pós-64’ de 1983 e ‘(In)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil’ de 1986.

Oliveira¹⁰ era de uma corrente contra-hegemônica sobre a tese que guiaria o processo de Reforma Sanitária. Em um lado, havia aqueles autores que apostavam na institucionalidade estatal, tais como Sonia Maria Fleury Teixeira², Sergio Arouca¹¹, Roberto Passos Nogueira²⁵, e de outro lado, autores que criticavam a institucionalidade estatal, tal qual Oliveira¹⁰ realizava.

Nas palavras do autor, tem-se que:

[...] no meu entendimento, o conjunto de proposições que gira em torno da ideia de Reforma Sanitária tem seu significado inovador dado pelo fato de que estas proposições apontam numa direção que se situa (e hoje pode situar-se) para além destas preocupações e de suas autolimitações. Ou seja, se situa para além dos esforços de resolução de uma crise de legitimidade e fiscal do Estado. E, portanto, para além dos esforços de autoreprodução deste Estado e das condições econômico-sociais e políticas que ele ajuda a sustentar¹⁰⁽²⁰³⁾.

É possível perceber que, ao considerar uma análise para além da ‘resolução’ de uma crise de legitimidade (aí se referindo ao Golpe Militar impetrado em 64 que promulgou um governo ilegítimo do ponto de vista dos procedimentos democráticos burgueses) e da crise fiscal (referindo-se ao período em que a economia brasileira sofre uma inflação de 80% ao ano, o crescimento do produto nacional bruto é baixíssimo, 1,6% ao ano, e as taxas de investimento no País são quase zero), o autor tem em mente a crítica ao Estado como operador das mudanças defendidas pelos autores que apoiavam a tese da institucionalidade.

Fiel à compreensão marxista do fenômeno, Oliveira vai resgatar a noção de ‘democracia progressiva’ advinda da elaboração gramsciano-togliattiana de ‘passagem para o socialismo’ na qual conjuga a contradição ‘conquista do Estado’ e a ‘dissolução/quebra do Estado’. Nesse sentido, o autor demonstra sua compreensão crítica sobre o papel do Estado no asseguramento das condições capitalistas de produção da saúde e a preocupação na tentativa de operar um plano de ação para Reforma Sanitária que avance em direção ao socialismo³. Quaisquer outras formas de atuação cairiam na contradição inerente da social-democracia (ou seja, realizar pequenas ‘reformas’, por meio da conciliação/negociação entre os interesses de frações de classes bastante distintas). Para reforçar a ideia de não ilusão com o Estado capitalista, Oliveira¹⁰ argumenta que:

[...] o que queremos frisar é que a noção de guerra de posição / democracia progressiva inclui a noção marxiana-leninista de ‘quebra do Estado’. Com a diferença (vis a vis uma situação de guerra de movimento) de que esta ‘quebra’ é pensada, aqui, como algo que se realiza (tem que se realizar) anteriormente a tomada do poder político do poder de estado. E como condição para tal. O que, obviamente, nos obriga a trabalhar com uma concepção do Estado capitalista que não se reduza à noção vulgar de um ‘comitê de negócios’, de uma fortaleza a ser assaltada desde fora,

mas sim com uma visão do Estado capitalista que se situe mais na direção de algo como, por exemplo, a fórmula poulantziana onde o Estado aparece como a ‘condensação material de uma relação de forças’ e, portanto, como um campo possível de luta política revolucionária¹⁰⁽²⁰⁴⁾.

As categorias ‘guerra de movimento’ e ‘guerra de posição’ permitem conduzir a perspectiva de uma ‘democracia progressiva’ em virtude da organização de uma luta política pelo avanço da tomada de poder no Estado e sua ‘quebra’ na sequência. Assim, depreende-se da leitura do autor que a ‘guerra de posição’, ou seja, o contínuo movimento do aparelhamento do Estado com militantes da reforma sanitária (no caso do momento sócio histórico em questão) representariam resistências concretas à forma jurídica e política do Estado no processo de condensação de forças que o leva em direção à sustentação da ordem capitalista. Em contrapartida a ‘guerra de movimento’ por fora do aparelho do Estado, por meio da militância sanitária, deveria articular-se com outras frentes setoriais a ponto de garantir a unidade de luta política suficiente para permitir a derrocada do Estado e reformular as bases de um novo modo de produzir. Como o autor aponta:

Ou seja, nos encontramos agora no núcleo da distinção entre guerra de posição e guerra de movimento. Uma vez que, como se sabe, a primeira corresponde a uma proposição estratégica orientada para os contextos nos quais o Estado capitalista já adquiriu claramente sua forma ‘ampliada’. Ou seja, estendeu-se aos aparelhos privados e se tornou hegemônico, dirigente, mais do que meramente dominante e coercitivo¹⁰⁽²⁰⁵⁾.

Nesse momento, o autor assume que a posição dos sanitaristas à época era na intersecção entre ‘guerra de posição’ e ‘guerra de movimento’. Em sua perspectiva, o alcance de uma ‘democracia progressiva’ só poderia ser realizada mediante o enfrentamento das

forças que operam o Estado (na sua perspectiva ‘ampliada’) em destituir os elementos concretos (formas privadas de prestação da saúde, representações sociais sobre a saúde pública e mercantilização do trabalho em saúde) para congregar as forças sociais suficientes em direção ‘a quebra’ do aparelho do Estado. Oliveira esclarece sua ideia:

[...] a ideia de guerra de posição, e sua sucedânea (democracia progressiva) apontam, conjuntamente, no sentido da necessidade de promover, naqueles contextos, uma ação política, e ideológica (moral, cultural) ampla, que inclui, além dos problemas (por si só complexos) ligados à ‘quebra’ do aparelho de estado, todo o processo de luta pela hegemonia nos aparelhos, públicos e privados, de hegemonia e coerção¹⁰⁽²⁰⁵⁾.

Dessa forma, Oliveira¹⁰ tece, em nossa opinião, a mais pesada crítica ao movimento sanitário e à Saúde Coletiva na atualidade: a desconstrução da política pública como realizadora das funções sociais da saúde (ou, como em outros autores²⁶, como promotora do ‘bem comum’). Em que pese a realização dessa crítica contumaz, o autor percebia que as condições objetivas do processo histórico naquele período encaminhavam a ação política para outro sentido. Nesse âmbito, Oliveira¹⁰ interpela:

[...] como devem ser pensadas, alternativamente, as chamadas ‘Políticas públicas’ (e, mais particularmente, as ‘Políticas Sociais’) ao interior de um projeto de guerra de posição/democracia progressiva? [...] se as ‘políticas públicas’ jogam um papel razoavelmente claro como instrumento de manutenção e reprodução da ordem política e econômica dadas, como devem ser encaradas, alternativamente, num projeto de transformação radical, revolucionária (embora ‘progressiva’) este quadro? [...] como se colocam, mais concretamente, no âmbito das ‘Políticas Públicas’, as questões da ‘quebra do Estado’, e da luta pela hegemonia?¹⁰⁽²⁰⁶⁾.

Assim, em uma tentativa de conciliar a teoria da Reforma na qual elaborava com o movimento do real, Oliveira¹⁰ realiza sua crítica ao movimento histórico: admitiu que a tese da institucionalidade findaria por guiar o processo de Reforma Sanitária e conduziu o debate a fim de conjugar as duas propostas em uma espécie de (sín)tese. O autor argumenta que:

a ideia de que a mera incorporação de novos (e mesmo heterodoxos) atores ao *policy-making* governamental, sem que esta incorporação se faça acompanhar de uma problematização e um enfrentamento dos temas básicos da ‘quebra’ do Estado e da luta pela hegemonia, apenas nos levará, na melhor das hipóteses, a repor, de uma forma modernizada e atualizada, a estratégia socialdemocrata de mera ‘ocupação’ e gestão ‘humanizada’ do Estado capitalista, com as conhecidas consequências políticas deste fato¹⁰⁽²⁰⁸⁾.

Vive-se, atualmente, as consequências políticas desse fato. Conforme previsto por Oliveira⁴, amarga-se, no contexto atual, o desmonte a passos largos do SUS, especialmente no que tange à sua forma eminentemente ‘pública’^{3,26}. Mais que uma síntese, Oliveira¹⁰ foi certo em combinar fidelidade teórica e leitura apropriada do movimento da história. Não é de se esperar que essa combinação tenha repercussões tão assustadoras para os estudantes dos cursos de saúde, especialmente ao se depararem com os acontecimentos atuais.

Diante da análise social de precisão ‘cirúrgica’ que foi feita por Oliveira¹⁰, que quase antevê os (des)caminhos do SUS e suas políticas públicas ao longo desses 30 anos, é possível fazer a seguinte reflexão: de forma muito sintética, a aposta do movimento foi, em grande medida, na tecnicidade da gestão do SUS. Mesmo reconhecendo que não há separação absoluta entre ‘o político’ e ‘o técnico’ em quaisquer processos gerenciais, a dimensão técnica, isto é, a ‘crença’ em operar as políticas de saúde nos espaços institucionais conquistados no interior do Estado brasileiro, tornou-se prioridade.

Paim: revisitando a Reforma Sanitária Brasileira 20 anos depois

É largamente reconhecida no campo da saúde coletiva a contribuição à reflexão sobre a natureza e a trajetória do movimento da RSB por parte do médico Jairnilson Paim. Atualmente, Paim, doutor em saúde pública e mestre em medicina, é professor titular em política de saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Nos debates sobre reflexões críticas acerca do processo de implantação do SUS, não pode se furtar das contribuições que Paim vem propiciando ao conjunto do campo.

Na realidade, esse autor, em seu livro que teve como fonte sua tese de doutorado, 'Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica, 2008', realiza um trabalho notável ao recuperar a história crítica do processo da Reforma Sanitária no Brasil. Nele, Jairnilson vai além da formulação do SUS, envolvendo o projeto constituinte, com revisão crítica desde a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) nos anos 1970 e seu impacto para a mobilização da consciência sanitária até a sua agregação ao movimento político pela redemocratização do País nos anos 1980. Há também uma revisão crítica dos governos republicanos, destacando as idas e vindas da legislação e normatização do SUS nas várias conjunturas dos períodos presidenciais.

Sua obra apresenta uma conclusão relacionada com a revisão do conceito de Reforma Sanitária e com acirrados comentários sobre os desafios da Reforma para o futuro. De forma bem crítica, Paim conclui

que a Reforma Sanitária representa uma reforma social inconclusa, passando por diversos momentos de um ciclo: era uma ideia que ia se plasmando na medida em que se procedia a uma crítica ao sistema de saúde durante a ditadura¹⁽²⁹¹⁾.

Paim esclarece que a Reforma Sanitária foi originária de um movimento ancorado

no âmbito da sociedade civil, o que se deve valorizar como um grande atributo para a asunção da saúde enquanto um direito social. Contudo, ao longo dos anos 1990, assiste-se ao afastamento dessa construção, associando-se de forma muito intensa à luta institucional, especificamente em um processo de valorização do espaço no interior do Estado brasileiro. Paim esclarece:

Enquanto as iniciativas anteriores de reforma da saúde estavam ligadas ao Estado (com foco nos portos e centros urbanos), quando não desencadeadas fundamentalmente pela ação estatal, a Reforma Sanitária ou Reforma Democrática da Saúde, objeto desta investigação nasceu da sociedade civil e só, posteriormente, partiu para a conquista do Estado¹⁽²⁹³⁾.

É importante reconhecer os limites que as políticas públicas dispõem, especialmente no contexto do capitalismo contemporâneo, em que o Estado se vê cada vez mais associado aos interesses das reformas neoliberais sob o ditame do capital de dominância financeira²⁷. Tem sido frequente no Estado brasileiro a adoção de políticas econômicas restritivas, processos de liberalização e abertura de mercados, com o avanço de privatizações, em geral e na saúde em particular, especialmente ao longo dos anos 1990, 2000 e 2010²⁷.

Parte-se da ideia que o Estado não pode ser tomado como algo externo ao capital, especialmente aos efeitos atuais da dinâmica do capitalismo contemporâneo e sua crise com ataques frontais aos direitos sociais. Considera-se que a relação Estado/Capital deve ser compreendida por seu aspecto orgânico. Isto significa entender que não existe separação entre o Estado e o capital e que as relações entre eles não são somente relações de exterioridade. A forma Estado deriva das contradições da dinâmica do capital, na qual ela atribui ao Estado sua natureza capitalista, assegurando a troca das mercadorias, na sua forma-valor, e a própria exploração da força

de trabalho^{27,28}. O Estado não constitui mero resultado da vontade da classe dominante, mas, sim, de um determinado modo de produção e das relações sociais que lhe são inerentes. Por isso pode-se entender os sentidos das contrar-reformas que o Estado capitalista vem adotando no contexto do capitalismo financeirizado e seus efeitos na saúde, em particular.

Assim, deve-se reconhecer a importante reflexão crítica de Paim quando menciona o direcionamento estreito que o movimento da Reforma Sanitária tomou, distanciando-se de um projeto societário para aquele que privilegia o espaço de atuação no ambiente estatal. Paim adverte que:

[...] diversos estudos, investigações, ensaios, position papers, debates e reflexões empreendidos sobre a RSB nas últimas décadas fixaram-se na sua dimensão institucional, ou seja, no SUS, negligenciando outros elementos fundamentais do projeto original¹⁽²⁹³⁾.

Assiste-se com perfeita clareza na atualidade um movimento de duas vias que revela a problemática que indicamos. De um lado, presencia-se um SUS cada vez mais distante de seu caráter emancipatório – ‘civilizatório’ e ‘socialista’ – que o formou; de outro, destaca-se uma retórica da Reforma Sanitária bastante afastada nos propósitos políticos que tem conseguido formular, reforçada por debates técnico-administrativos. Paim é enfático nesse propósito:

Ainda assim, no final da década de oitenta, admitia-se que o processo da Reforma Sanitária supunha o desenvolvimento do capitalismo brasileiro e o percurso da sua superação para o socialismo, bem como a conquista da cidadania plena e a democratização da vida social. O trem da história, porém, parece ter seguido por outros trilhos¹⁽²⁹³⁻²⁹⁴⁾.

É interessante notar como essa breve passagem evidencia os rumos frágeis que o Movimento da Reforma Sanitária seguiu, encerrando-se no caminho institucional e

setorial. Paim não poupa comentários críticos a esse processo e chama atenção de todos do campo da saúde coletiva para uma necessária reflexão crítica. Diz ele:

[...] o confinamento da RSB à dimensão setorial e a submissão do SUS às ‘manobras da política’ (BERLINGUER, 1988a), tornando-o refém do clientelismo e do partidarismo, representam sérias limitações a exigir uma avaliação crítica¹⁽²⁹⁶⁾.

O desenvolvimento do SUS ao longo de sua existência de 30 anos foi marcado por tensões no âmbito das políticas governamentais, não restritas ao setor saúde. Vários aspectos vêm enfraquecendo a capacidade de arrecadação do Estado brasileiro e prejudicando, por exemplo, o financiamento do SUS, passando de um subfinanciamento histórico para um processo de desfinanciamento, a partir da Emenda Constitucional nº 95 que congela o gasto público, em geral, e da saúde, em particular, por 20 anos, sem limitar o crescimento das despesas com juros e outras de caráter financeiro²⁷. Merecem destaque, ainda: o aumento das transferências dos recursos públicos às Organizações Sociais de Saúde (OSS) – de gestão privada –, por meio da implementação da Lei de Responsabilidade Fiscal (em vigor há 18 anos) que limita o aumento do gasto com pessoal, favorecendo o incremento das despesas com serviços de terceiros; o crescimento das renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde e similares no imposto de renda pessoa física e jurídica e das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais) e à indústria químico-farmacêuticas; a permissão à entrada do capital estrangeiro na saúde por meio da aprovação da Lei nº 13.097/2015; a instituição da Emenda Constitucional (EC) nº 86/2015 que reduz o financiamento do SUS²⁷.

Sabe-se que o enfrentamento a essas medidas não pode passar por uma luta apenas concentrada no âmbito do setor saúde. É preciso reconhecer que o seu enfrentamento

exige uma atuação mais ampla de vários setores e de distintos segmentos do movimento social não restritos à saúde. Paim corrobora essa visão e insiste no seguinte alerta:

[...] os resultados apresentados no presente estudo indicam que as condições concretas em que a RSB foi implantada reduziram a sua práxis a uma reforma parcial setorial, ilustrando algumas das consequências da revolução passiva¹⁽³⁰⁰⁾.

Paim não economiza nas suas palavras críticas e estas devem servir de reflexão dos jovens sanitaristas: “Mesmo não sendo pouco, o que se desenvolveu no país foi uma reforma parcial de natureza setorial e institucional traduzida pela implementação do SUS”¹⁽³⁰²⁾. Ainda, esse autor acrescenta de forma enfática:

em linhas gerais, esta é a tese defendida: a Reforma Sanitária Brasileira reduziu-se a uma reforma parcial, inscrita nas suas dimensões setorial e institucional com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). O resto é retórica¹⁽³⁰⁹⁾.

Não resta dúvida que a contribuição crítica de Paim acerca do sentido do caminho do movimento da Reforma Sanitária impulsiona uma reflexão mais aprofundada dos limites de implantação da saúde pública universal pela perspectiva do Estado e de uma restrição de defesa da saúde ao campo setorial. Parece que o movimento deve ser outro, isto é, apostar na inversão da lógica de trajetória desenvolvida e fortalecer uma construção por uma via de tática radical, visando à defesa de uma saúde popular. Nessa perspectiva, a partir do pensamento crítico de Paim, indicamos como reflexão geral as palavras de Hirsch²⁹:

Só se podem esperar mudanças no terreno da política governamental, caso haja uma permanente pressão popular. Ela é também uma pré-condição para que as estruturas

democráticas, reduzidas a uma mera formalidade, possam ganhar novamente conteúdo; e para que a democracia tenha algo a ver com a autodeterminação, não se esgotando apenas ‘a intermediação de lógicas da valorização capitalista’^{29 (306)}.

Considerações finais

A construção de outra narrativa para o ensino da RSB parece fundamental para entender a escolha política adotada por esse movimento: ocupação de posições estratégicas no cenário institucional. Esse caminho fica perceptível quando se analisam os argumentos de Arouca, Oliveira e Paim nos textos aqui trabalhados. Ainda que esses textos tenham sido de períodos sócio-históricos distintos, permitem a compreensão da insistência do processo da Reforma Sanitária em privilegiar sua atuação no âmbito do aparato estatal.

Mesmo reconhecendo que a sociedade brasileira e o capitalismo tenham passado por mudanças em relação aos anos vivenciados pelos autores-atores aqui tratados, entende-se ser fundamental realizarmos uma ponderação. Em termos marxianos, a história é um ‘livro aberto’, e por mais que a conjuntura tenha um peso considerável nas apostas políticas, tratava-se de considerar a força do capital e sua relação orgânica com o Estado, e não se iludir com este.

Compreende-se que o estudo do passado só é relevante quando está a serviço do presente; e, nessa direção, pensar historicamente significa pensar politicamente³⁰. A saúde coletiva e as forças sociais que defendem a saúde como um direito, pensadas na perspectiva da história crítica e, portanto, na direção de uma ‘memória socialmente útil’ como diz Breilh¹², pressupõem revisitar a construção do campo em suas contradições.

Tendo essa perspectiva em mente, é possível dizer que os fragmentos dos três autores clássicos analisados convergem ao ensinar

outra narrativa sobre a escolha política feita: a tese socialista foi abandonada gradualmente em função das condições objetivas impostas, e o Estado se tornou a aposta do movimento, restringindo-se à operação das políticas públicas no campo setorial.

O investimento nessa outra narrativa, ao ensinar a história da Reforma Sanitária, pode contribuir para a ampliação de um pensamento crítico ao futuro da saúde pública no País,

especialmente em contexto de restrições democráticas.

Colaboradores

Carnut L (0000-0001-6415-6977)*, Mendes A (0000-0002-5632-4333)* e Marques MCC (0000-0002-7461-3710)* colaboraram igualmente na construção deste manuscrito. ■

Referências

1. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
2. Teixeira SF, organizadora. Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; 1989.
3. Dantas AV. Do socialismo à democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
4. Fleury S. Revisitar a teoria e a utopia da Reforma Sanitária. In: Fleury S, organizadora. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.
5. Cammarota A, Faccia K. Enseñar Historia en las carreras de salud. Interface (Botucatu) [internet]. 2018 [acesso em 2019 jun 20]; 22(67):1003-1015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0458>.
6. Brandão G. Linhagens do pensamento político brasileiro. Dados-Rev Cienc Soc. 2005; 48(2):231-269.
7. Dallari SG. O direito à saúde. Rev. Saúde públ. 1988; 22:57-63.
8. Santos JS, Teixeira CF. Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014. 2016; 40(108):219-230.
9. Sobral LF, Barros ÉL, Carnut L. A área de política, planejamento e gestão em saúde nas graduações em saúde coletiva no Brasil. Trab. educ. saúde. 2017; 15(3):879-894.
10. Oliveira JA. Reformas e Reformismo: “Democracia Progressiva” e Políticas sociais (ou “Para uma teoria política da Reforma Sanitária”). Cad. Saúde Publica. 1987; 4(3):360-387.
11. Arouca S. O dilema preventivista: Contribuição para

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Fiocruz/Unesp; 2003.
12. Breilh J. Espejo, adelantado de la ciencia crítica: una “antihistoria” de sus ideas en salud. Ecuador: Corporacion Editora Nacional; 2016.
 13. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Mangueiras*. 2014; 21(1):15-35.
 14. Almeida Neto AS. Utopia, representação e memória. In: Almeida Neto AS. Representações utópicas no ensino de História. São Paulo: Unifesp. 2011. p. 23-66.
 15. Bauer MW. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 8. ed. Petrópolis: Vozes; 2000. p. 189-217.
 16. Marx K. A mercadoria. In: Marx K. O capital: crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo; 2013. p. 113-158.
 17. Smith A. A riqueza das nações: investigação sobre sua natureza e suas causas. São Paulo: Abril Cultural; 1983.
 18. Kon A. Economia de serviços. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
 19. Meirelles DS. O conceito de serviço. *Rev Econ Polit*. 2006; 26(1):119-136.
 20. Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saude Publ*. 1998; 32(4):299-316.
 21. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Colet*. 2000; 5(2):219-230.
 22. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
 23. Leavell HR, Clarck EG. Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; Rio de Janeiro: Fename; 1978.
 24. Marx K. Crítica ao Programa de Gotha. São Paulo: Boitempo; 2012.
 25. Nogueira RP, Gomes RM. Capitalismo e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2012.
 26. Correia MOG. Por uma crítica imanente sobre os limites das políticas públicas de direitos sociais e o Estado na produção do bem comum no modo de produção capitalista. *Saude Soc*. 2015; 24(S1):55-65.
 27. Mendes A, Carnut L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde Soc*. 2018; 27(4):1105-1119.
 28. Caldas CO. A teoria da derivação do Estado e do direito. São Paulo: Outras Expressões; 2015.
 29. Hirsch J. Teoria Materialista do Estado: processos de transformação do sistema capitalista de Estado. Rio de Janeiro: Revan; 2010.
 30. Chesneaux J. Devemos fazer tábula rasa do passado? Sobre a história e historiadores. São Paulo: Ática S. A.; 1995.

Recebido em 03/06/2019

Aprovado em 11/09/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena

Dialogues between indigenism and Health Reform: discursive bases of the creation of the indigenous health subsystem

Ana Lucia de Moura Pontes¹, Felipe Rangel de Souza Machado¹, Ricardo Ventura Santos^{1,2}, Carolina Arouca Gomes de Brito³

DOI: 10.1590/0103-11042019S811

RESUMO Em 23 de setembro de 1999, foi aprovada a criação do subsistema de saúde indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde. Neste trabalho, analisamos as bases discursivas de convergência e conflitos entre discursos indigenistas e da Reforma Sanitária, que nos permitem refletir sobre esse processo que consideramos configurar uma ‘longa’ Reforma Sanitária indígena. Utilizamos como referencial teórico a perspectiva da teoria de Stephen Ball, para analisar documentos produzidos por atores indigenistas (Fundação Nacional do Índio – Funai, Conselho Indigenista Missionário – Cimi e União das Nações Indígenas – UNI) e pelo Movimento da Reforma Sanitária. Apontamos evidências da utilização por indígenas e indigenistas dos argumentos e das propostas da Reforma Sanitária, e, por outro lado, o envolvimento estratégico de Sergio Arouca nos debates da saúde indígena. Os pontos de convergência se localizam principalmente na crítica ao modelo biomédico, à aproximação das propostas da atenção primária e do conceito ampliado de saúde. Os conflitos se relacionaram principalmente quanto à operacionalização do subsistema, mas o discurso indigenista, contrário à municipalização, encontrou na distritalização uma proposta legitimada na Reforma Sanitária.

PALAVRAS-CHAVE Saúde de populações indígenas. Política de saúde. Reforma dos serviços de saúde.

ABSTRACT On September 23, 1999, the indigenous health subsystem was created within the scope of the Unified Health System. In this work, we analyze the discursive bases of convergence and conflicts between indigenist discourses and the health reform, which allow us to reflect on this process which we consider a ‘long’ indigenous health reform. We used as reference the perspective of Stephen Ball’s theory, to analyze documents produced by indigenist actors (National Indian Foundation – Funai, Indian Missionary Council – Cimi and Union of Indigenous Nations – UNI) and the Health Reform Movement. We point to evidence of indigenous and indigenist use of arguments and proposals for sanitary reform and, on the other hand, the strategic involvement of Sergio Arouca in indigenous health events. The points of convergence are located mainly in the critique of the biomedical model, the approximation of primary care proposals, and the concept of health. Conflicts were mainly related to the operationalization of the subsystem, but the indigenist discourse, contrary to municipalization, found in the district process a proposal legitimized in the Health Reform.

KEYWORDS Health of indigenous people. Health policy. Health care reform.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. analupontes64@gmail.com

²Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Casa de Oswaldo Cruz (COC) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Introdução

Em sua fala, na mesa de abertura da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, Sergio Arouca expressou anseios por profundas transformações na sociedade brasileira e de sua relação com o Estado. O Movimento da Reforma Sanitária enfatizava as relações intrínsecas entre saúde e democracia, mais que isso, não havia dúvidas de que não seria “possível melhorar o nível de vida da nossa população, enquanto persistisse nesse país um modelo econômico concentrador de renda e um modelo político autoritário”¹⁽⁴¹⁾. O Golpe de 1964 favoreceu a concentração da renda e dos recursos nacionais; naquele momento, opor-se à ditadura era opor-se também às desigualdades sociais. Tal percepção também era compartilhada por representantes das nações indígenas, que, no momento de redemocratização, estavam disputando espaços e discursos da formação de políticas públicas e de poder no Estado. Disputavam, sobretudo, o direito à própria existência, na medida em que a política para os povos indígenas da ditadura ou era genocídio ou era etnocídio, com a submissão desses povos a perspectivas desenvolvimentistas e à sua ‘integração’ nacional.

O relatório da Comissão Nacional da Verdade evidencia que, para a ditadura, os índios eram ‘suspeitos’,

[...] virtuais inimigos internos, sob a alegação de serem influenciados por interesses estrangeiros ou simplesmente por seu território ter riquezas minerais, estar situado nas fronteiras ou se encontrar no caminho de algum projeto de desenvolvimento²⁽²¹¹⁾.

O relatório destaca ainda a fala do Ministro Rangel Reis, em janeiro de 1976, de que “os índios não podem impedir a passagem do progresso [...] dentro de 10 a 20 anos não haverá mais índios no Brasil”²⁽²⁵¹⁾. Não se tratava de uma previsão acadêmica, mas de um planejamento de Estado que só viria a ser interrompido com a democratização do País, a partir de

meados dos anos 1980. O mesmo relatório chama a atenção para o fato de que mais de 8 mil indígenas teriam sido mortos no período da ditadura.

Nesse cenário, o debate em torno da formulação do texto da Constituinte ganhou novas pautas. Nas palavras de Ulisses Guimarães, a Constituição de 1988 foi escrita com “ódio e nojo à ditadura”³, seus princípios representam uma oposição aos valores presentes na ditadura. Nesse sentido, foi possível inscrever na Carta Magna o art. 231 que reconhece

aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens⁴.

Esse momento de redemocratização do País possibilitou o encontro de sujeitos com diferenças abissais na luta por valores comuns de reconhecimento, respeito e solidariedade, fundamentais para o Movimento da Reforma Sanitária e expressos na VIII CNS. Tal Conferência significou um momento de articulação de lutas anteriores e específicas que vinham acontecendo por todo o País. Para os povos indígenas, não bastava a inclusão no novo modelo de atenção nascente, mas também o exercício de uma crítica ao modelo biomédico ocidental e a defesa da necessária incorporação de suas especificidades culturais e territoriais. O modelo de descentralização municipalista, pauta fundamental da Reforma Sanitária, não lhes seria favorável. Como alternativa, foram sendo construídas experiências de implantação de distritos sanitários em territórios indígenas. A Reforma Sanitária para os indígenas, portanto, somente se materializou em 1999, com a promulgação da Lei nº 9.836, que acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080/90 e institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Autores⁵⁻⁷ que têm se dedicado ao tema da saúde indígena no Brasil frequentemente estabelecem uma cronologia argumentativa em torno da criação do Subsistema de Saúde Indígena. Indica-se o início das discussões a

respeito do tema na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNSPI), em 1986; em seguida, são referidas a criação da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi), em 1991/1992; e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 1993; momentos subsequentes incluem a transitoriedade das responsabilidades legais em torno da saúde do índio entre a Fundação Nacional do Índio (Funai) e a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), ao longo da década de 1990; culminando na aprovação da Lei Arouca, em 1999.

Essas análises, entretanto, pouco se aprofundaram na diversidade dos diferentes atores envolvidos e nos debates e disputas que ocorreram no processo. Por vezes, fica subentendido que houve um consenso na proposição da nova política de saúde indígena ao longo do período. Nossa análise neste texto procura complexificar a reflexão sobre a formulação da atual política de saúde indígena, a partir da apropriação que Rezende e Baptista⁸ fazem das formulações teóricas de Stephen Ball. Tal escolha analítica se deve ao fato desse autor enfatizar o caráter dinâmico e não linear da trajetória das políticas públicas. O resultado, portanto, que se delineia no presente não estaria predeterminado na origem do movimento, sendo fruto de diversas disputas: políticas, de valores, discursivas, econômicas etc.

Alternativamente às análises que compreendem o processo da política como um ciclo gradual, a perspectiva adotada por Ball se debruça em, ao menos, três sentidos: ‘a política como texto’, a ‘política como discurso’ e a ‘política como processos e consequências’. Concordamos com Rezende e Baptista⁸ que a vantagem dessa abordagem é a possibilidade de pensar “a formação da agenda, a formulação, a implementação, e a avaliação [...] como processos integrantes”⁸⁽²⁷³⁾ da própria política e não como etapas ou fases da política. Dessa forma, abarcamos analiticamente como os diversos grupos que disputam determinada política produzem seus discursos, como se mobilizam e como se posicionam perante ela.

Além disso, Ball⁸ propõe que a análise das políticas atente para, pelo menos, três contextos inter-relacionados que atuam de forma a tensionar o desenvolvimento da política. É desafio de o pesquisador elucidar os elementos constituintes e as forças específicas de cada um desses contextos. O primeiro seria o ‘contexto da influência’ manejado fundamentalmente por grupos de interesse no qual se constroem os discursos políticos e justificativas que dão base à política. O segundo, ‘contexto de produção de textos’, constitui-se dos textos legais e normativos que visam dar formalidade e oficialidade às políticas propostas. O terceiro contexto destacado pelo autor é o ‘contexto da prática’ no qual emergem os conflitos políticos e as disputas ideológicas que envolvem “a interpretação e a tradução dos textos para a realidade”⁸⁽²⁷⁸⁾. Mais uma vez importa ressaltar que a política é ‘texto e discurso’ presente em todos os contextos mencionados.

Neste artigo, concentraremos nossa análise na proposição da política como texto, pois a política de saúde indígena foi objeto de muita disputa, tanto política quanto valorativa e discursiva identificada em uma profusão de documentos produzidos no período da Reforma Sanitária Brasileira. Essa perspectiva analítica contempla nosso objetivo na medida em que nos debruçamos sobre textos produzidos por diversos grupos que se constituíam como estratégias discursivas para mobilizar o debate e conquistar apoio social e político para a formulação de uma nova política de saúde direcionada aos povos indígenas. Tais textos permitem “uma pluralidade de leituras”⁸⁽²⁷⁵⁾ que, nos embates públicos, ensejaram “acordos, interpretações e reinterpretações”⁸⁽²⁷⁵⁾ pelos diversos grupos e sujeitos envolvidos no processo de construção de políticas, confluindo para a conformação do modelo de atenção à saúde indígena, composto, organizativamente, por 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Neste estudo, evidenciaremos especificamente a identificação das convergências e conflitos entre o discurso indigenista e sanitário sobre a reformulação da atenção à saúde

dos povos indígenas, em eventos ocorridos na década de 1980, período da Reforma Sanitária.

Este trabalho faz parte de um esforço amplo de revisão do processo de formulação da atual política de saúde indígena desenvolvido pela pesquisa ‘Saúde dos povos indígenas no Brasil: perspectivas históricas, socioculturais e políticas’, que pretende, por meio de uma abordagem histórico-antropológica, investigar a trajetória dos atores e os contextos atuais das políticas de saúde voltadas para os povos indígenas. Ademais, analisaremos parte do acervo documental levantado para essa pesquisa, desde março de 2018. Esse material é constituído por acervos de instituições (governamentais e não governamentais) e pessoais de atores envolvidos no período, constituindo um conjunto inédito que ainda está em organização e análise. Ressaltamos que as principais contribuições vieram das instituições indigenistas e de doação dos atores que acompanharam todo processo; destacamos neste texto as contribuições do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), em Brasília.

O contexto histórico da emergência dos debates sobre a reformulação da política de saúde direcionada aos povos indígenas

Pode-se dizer que o primeiro movimento de institucionalização de um discurso sobre a saúde indígena no Brasil ocorreu entre 1910 e 1967, no período de atuação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI). Tratava-se de uma atuação que, por várias décadas, envolvia apenas ações pontuais de assistência sanitária aos indígenas, como a manutenção de alguns postos com enfermeiros, realização de convênios itinerantes de prestação de assistência médica e/ou produção de levantamentos sanitários entre os grupos indígenas^{9,10}. Contudo, não se deve perder de vista algumas investidas

institucionais no âmbito da saúde, sobretudo a estruturação do Plano de Serviço Médico do SPI, em 1947, no âmbito da Seção de Estudos do mesmo órgão, que consistia na necessidade de criar uma especialidade para a saúde indígena, reconhecendo as especificidades culturais de cada povo atendido.

Na década de 1950, as atividades empreendidas por Noel Nutels também representaram um avanço importante no atendimento sanitário de populações indígenas em áreas de difícil acesso, por meio do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa) vinculado ao Serviço Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde^{5,11,12}.

Com o fim do SPI e com a criação da Funai em 1967, que herdou suas funções, pouco se avançou no tocante à estruturação de um ‘modelo’ de serviço médico ou de assistência sanitária regular às populações indígenas do País^{5,12}. Durante a década de 1970, a Funai atuou a partir do modelo assistencial das ‘Equipes Volantes de Saúde’ (EVS), formato baseado no Susa, coordenadas por Noel Nutels e pelo médico José Antônio Nunes de Miranda, ambos vinculados ao Programa de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde¹¹. Além disso, nesse mesmo período, a Funai ampliou a política de convênios no âmbito da prestação de serviços de saúde aos indígenas, firmados especialmente com: organizações missionárias, a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), a Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Ministério da Saúde, hospitais privados, entre outros¹³.

Ainda no contexto da década de 1970, outras iniciativas e outros atores sociais começaram a ter um papel importante no debate em torno da construção de um modelo de assistência sanitária aos indígenas do País. Eram instituições universitárias, entidades da sociedade civil, missionários, serviços de saúde, entre outros, que desenvolveram ações de saúde em comunidades indígenas; formaram agentes indígenas de saúde; promoveram debates entre as lideranças indígenas; realizaram levantamentos

demográficos e de saúde; encaminharam denúncias acerca de epidemias e ameaças aos povos indígenas; produziram materiais de divulgação, entre outras atividades relacionadas com a pauta indigenista mais ampla.

Além da Funai, destacaremos nesta análise outros dois outros atores ligados à sociedade civil, quais sejam: o Cimi e a União das Nações Indígenas (UNI). Ao longo dos anos 1970 e 1980, o Cimi, criado em 1972, foi uma das instituições não governamentais indigenistas que mais influenciou a pauta de direitos dos povos indígenas do Brasil, inclusive à terra¹⁴. Desde sua criação, o Cimi está organizado em unidades regionais (Amazônia Ocidental, Sul, Nordeste, Goiás/Tocantins, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Leste, Rondônia, Maranhão, Norte I e Norte II), o que permitiu uma observação ampliada sobre as condições de vida das diversas populações indígenas do País. Já no início de suas atividades, a questão da saúde esteve na pauta, sempre em diálogo com a demanda pela demarcação de terras indígenas. O Cimi atuava na área de saúde com os povos indígenas de diversas maneiras: promovendo ações de saúde em algumas comunidades indígenas, na produção de cartilhas e materiais educativos sobre saúde, na formação de agentes de saúde indígenas e realizando encontros para debater o tema. Em função da crescente atuação do órgão na área da saúde, passou a contar com uma assessoria de saúde própria e permanente a partir de 1983. No âmbito da assessoria de saúde do Cimi, foram elaborados alguns levantamentos da situação de saúde em áreas indígenas.

Outro ator importante nesse debate foi a UNI, a primeira entidade indígena criada para reunir as lideranças das comunidades indígenas e defender seus interesses no âmbito nacional. Essa entidade emergiu do debate sobre a representação indígena nas interlocuções com sociedade civil e o Estado, procurando superar a relação tutelar e construir a autodeterminação dos povos indígenas. A UNI tem como marco para sua criação o I Seminário de Estudos Indigenistas, realizado em 1980,

na cidade de Campo Grande¹⁵. Vale destacar que, durante a constituinte, suas lideranças exerceram um papel fundamental na defesa do capítulo referente aos direitos indígenas aprovado na Constituição de 1988.

Ao longo da década de 1980, esses diferentes atores indígenas e indigenistas se colocaram em um diálogo intenso sobre a situação de saúde dos povos indígenas e a atuação do órgão indigenista oficial, a Funai. Consideramos que três fatores impulsionaram esses debates: 1) uma crescente pressão dos próprios indígenas na busca de garantias de suas condições de vida e de construção de seus direitos, confluindo para a emergência da UNI; 2) constantes denúncias nos meios de comunicação acerca da ocorrência de epidemias e violências que atingiam diversos segmentos dos povos indígenas, sobretudo em decorrência dos projetos de desenvolvimento dos governos militares, que geravam repercussões e pressões internacionais; e 3) a existência de uma rede de atores indigenistas, incluindo técnicos no interior da Funai, preocupados com situação de saúde dos povos indígenas.

Mudanças nos rumos dos discursos sobre saúde indígena

Nossa pesquisa documental identificou, ao longo da década de 1980, a produção de documentos e relatórios de eventos que, tomados em conjunto, evidenciam a ocorrência de um intenso debate acerca da situação de saúde dos povos indígenas no País. Essa produção textual no período nos permite apontar um acúmulo discursivo sobre críticas e alternativas para a formulação de uma 'nova política de saúde indígena' durante a década de 1980.

Procuramos analisar os discursos que mobilizaram os atores para essa pauta nas suas interfaces com a Reforma Sanitária, tendo como marco acontecimentos que ocorreram próximos à I CNSPI, reunião temática da VIII CNS, realizada em novembro de 1986.

A fim de elaborar uma resposta política aos problemas materiais que vinham se apresentando, a Funai organizou três eventos entre 1984 e 1985 para avaliar as ações desenvolvidas e elaborar orientações para a reorganização do modelo de atenção para os povos indígenas. Esses eventos reuniram não somente técnicos e diretores da Funai, mas também representantes de instituições de pesquisa e universidades, organizações não governamentais, representantes de serviços de saúde, e outros que atuavam na área de saúde e instituições indigenistas; em dois deles se menciona a participação de indígenas.

O primeiro evento foi realizado em parceria com a Escola Paulista de Medicina (EPM), em 1984, intitulado Encontro sobre Problemas Indígenas na Área de Saúde. O objetivo era “promover uma discussão ampla acerca da assistência médica que é dada ao índio brasileiro”¹⁶⁽¹⁾. O relatório enfatiza a crítica ao modelo de assistência médica prestada aos indígenas, principalmente por sua perspectiva curativista que estaria levando “os indígenas a adquirir o hábito do consumo indiscriminado de medicamentos em detrimento de sua medicina natural”¹⁶⁽²⁾. O relatório conclui:

Em resumo, uma nova política de saúde indígena deve ser desenvolvida centrada na participação ativa do grupo tribal na produção de sua saúde; no reconhecimento da eficácia dos processos terapêuticos naturais; na não apenas medicalização do índio; no atendimento a nível primário, secundário e terciário (uma visão sanitária antes que exclusivamente curativa); no estabelecimento de atendimentos prioritários; no recrutamento e na seleção de pessoal médico e para-médico possuidores de conhecimentos na área antropológica e na funcionalização do pronto atendimento emergencial¹⁶⁽⁴⁻⁵⁾.

Destacamos nesse documento a reflexão sobre as especificidades dos determinantes de saúde dos povos indígenas, da preparação dos profissionais de saúde e a preocupação

sobre as condições das populações indígenas de aldeamentos na periferia das cidades.

O segundo evento é denominado Encontro sobre Saúde Indígena, ocorrido em Brasília, de 24 a 29 de janeiro de 1985. Caracteriza-se como um grupo de trabalho que convoca uma ação articulada entre diferentes instituições e comunidades indígenas diante da ‘gravidade’ do cenário. No relatório, depois da contextualização dos eventos trágicos pós-contato, seguem diversas proposições gerais que destacam o controle e a melhoria da qualidade da atuação já desenvolvida, com melhor vigilância epidemiológica, preparação dos profissionais e valorização da cultura tradicional e etnomedicina¹⁷. Nesse evento, é ressaltada a importância da reflexão social sobre a ‘problemática indígena’, e uma resolução para ‘garantir a posse da terra e estimular a aplicação de técnicas agrícolas’. No final desse encontro, alerta-se:

Concluindo as discussões e observações efetuadas pelo grupo e enriquecidas por depoimentos de representantes de várias etnias, mostram que, a não serem prontamente tomadas as medidas aqui propostas e as demais que se fizerem necessárias, ocorrerá o rápido extermínio de todas as nações indígenas brasileiras¹⁷⁽³⁾.

O terceiro evento, chamado Simpósio: Alternativas sobre Saúde Indígena, ocorreu no Museu do Índio, no Rio de Janeiro, de 12 a 14 de fevereiro de 1985. Nele, já há referências ao processo da constituinte e ao debate sobre uma nova política indigenista, apontando para o ‘reconhecimento de um Estado plurinacional e multiétnico’¹⁸. No texto oriundo do evento, ressalta-se que, ao se abordar o tema da saúde e doença dos povos indígenas, “não se deve restringir à simples concepção empirista e mecanicista de doença enquanto apenas uma disfunção fisiológica e orgânica” que leva a “um mero assistencialismo médico e uma medicalização do índio”¹⁸⁽¹⁾.

Dessa forma, defende-se a ‘causação social da doença’ dos povos indígenas e, daí

decorrente, sugere-se “a elaboração de uma política de saúde para as comunidades indígenas deve partir do conceito abrangente de saúde como um bem-estar físico, social e mental”¹⁸⁽¹⁾. Por isso, “[...] a elaboração de uma nova política de saúde para as comunidades indígenas implica na elaboração de uma nova política indigenista”¹⁸⁽⁵⁾, ressaltando-se o papel da proteção dos territórios indígenas. Nesse simpósio, propôs-se que, antes de reformular uma política de saúde indígena, deveria ser feito um levantamento sistemático da questão sanitária indígena no País, apresentando-se no relatório diversos objetivos gerais e específicos para implementar essa avaliação.

Um assessor da saúde da Funai, presente nesse Simpósio, produziu um relatório complementar sobre o evento, por considerar que alguns assuntos ficaram ‘muito implícitos’. Nesse documento, detalham-se diversas propostas para reorganização estrutural da atuação em saúde da Funai, sugerindo parcerias com universidades e instituições de pesquisa, pois “a Funai, por si só, não terá fôlego suficiente”¹⁹⁽²⁾. Esse é um indício de que havia o questionamento da responsabilidade da Funai na assistência à saúde dos povos indígenas. Ademais, indica que são essas outras instituições em que se encontra “a medicina ‘preventiva’” [grifo nosso]¹⁹⁽⁴⁾.

Esse documento complementar destaca ainda uma reflexão sobre o modelo de atenção naquele momento:

[...] foi analisado ação da EVS (Equipe Móvel de Saúde) da FUNAI, e se concluiu de que a mesma, na maioria das Regionais, o seu custo tem sido elevado, com baixíssimo benefício para a promoção da saúde. A solução para se tornar eficaz as ‘ações básicas de saúde’, às populações indígenas, não é a EVS o elemento primordial, e sim os paramédicos, bem capacitados, e dando ênfase ao próprio índio paramédico, pois, é este que vai morar definitivamente no local¹⁹⁽⁶⁾.

A análise conjunta desses documentos derivados dos eventos evidencia que havia um

conjunto significativo de atores envolvidos com a atuação na saúde dos povos indígenas, que eram acionados pela Funai em seus eventos. No entanto, prevalece nos textos a crítica ao modelo de saúde executado pela Funai, especialmente pelo seu caráter curativista e medicalizante, e, conseqüentemente, apontava-se para a necessidade de construção de um novo modelo de atenção para a saúde indígena. Muitas sinalizações desses debates parecem apontar para diretrizes indicadas pela Conferência de Alma-Ata e pela Reforma Sanitária Brasileira, como a ênfase na atenção primária, a utilização dos recursos locais e maior participação comunitária.

Podemos dizer, portanto, que tanto as questões quanto as soluções propostas no âmbito dos debates da saúde indígena dialogaram diretamente com pontos estratégicos da Reforma Sanitária. Tal diálogo nos indica que havia uma circulação dos atores indigenistas nos espaços da Reforma Sanitária, com compartilhamento de ideias, valores e referenciais teóricos.

Essa articulação com o Movimento da Reforma Sanitária expressou-se também na participação ativa de indigenistas e indígenas na VIII CNS, que, nesse momento, articularam com as lideranças da Reforma Sanitária a organização de uma conferência temática sobre saúde indígena. Assim, entre 26 e 29 de novembro de 1986, ocorreu a I CNPSI, em Brasília, que foi organizada pela Secretaria de Programas Especiais do Ministério da Saúde e contou com a participação de Sérgio Arouca, presidente da VIII CNS, na mesa de abertura. Essa conferência teve como objetivo discutir as bases para uma nova política de saúde indígena que contemplasse as especificidades desses povos e ampliasse a participação indígena.

Para essa conferência, foi solicitado aos diversos atores indigenistas ligados à saúde que apresentassem propostas para a formulação da nova política de saúde. A edição especial ‘Saúde do Índio’ da revista ‘Saúde em Debate’ (jan. 1988) reuniu os textos elaborados para os debates da I CNPSI. Os dois textos iniciais dessa revista, de autoria da UNI e do Cimi, segundo o

editorial da revista, procuram destacar a voz das entidades indígena e indigenista sobre a política de saúde direcionada aos povos indígenas.

O texto da UNI se inicia com uma contextualização da questão indígena, da sua diversidade e do histórico das relações de contato e com o Estado, de modo que se afirmam alguns pontos que coincidem com suas reivindicações no processo constituinte:

O direito à saúde passa necessariamente pelo reconhecimento da cidadania plena dos povos indígenas e por medidas que assegurem: a posse de suas terras; o respeito à sua organização político-cultural; o acesso às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde²⁰⁽⁸⁾.

Pontua-se que “é dever do Estado assegurar efetivamente”²⁰⁽⁸⁾ esses direitos. Dadas as especificidades dos povos indígenas, propõe-se a criação de uma secretaria vinculada ao Ministério da Saúde, mantendo a participação das lideranças indígenas na organização, planejamento e gestão das ações de saúde. Como princípios para a organização dos serviços, são destacados: a participação das populações indígenas; o respeito às práticas tradicionais em saúde das populações indígenas; a importância da educação em saúde; a ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS); a incorporação dos agentes indígenas na atenção à saúde; e o “estímulo à formação de pessoal em saúde, nas próprias comunidades indígenas”²⁰⁽⁹⁾.

O documento do Cimi destaca a posse da terra como “elemento primário e essencial para se atingir qualquer respeito à condição dessas comunidades, como povos que são”²¹⁽¹⁰⁾, reforçando o discurso empreendido pelo órgão desde a década de 1970. O texto segue apresentando um breve panorama da situação de saúde das populações indígenas do País no período e responsabilizando o Estado pelas falhas na prestação da assistência aos índios.

A última parte apresenta seis propostas de ‘reformulação do Sistema Nacional de Saúde’,

como a necessidade de garantia e integridade das terras indígenas; o respeito à identidade étnico-cultural e medicina nativa; a responsabilidade do Estado com participação ativa dos povos indígenas; e a criação de uma Secretaria Técnica Federal Indígena, que deveria estar vinculada ao Conselho Nacional de Saúde²¹.

Em linhas gerais, o relatório final da I Conferência²² contempla as proposições da UNI e do Cimi em torno da formulação de um novo modelo de atenção à saúde indígena, em relação à proposta da criação de uma agência/secretaria de saúde indígena ligada diretamente ao Ministério da Saúde, à centralidade da questão da terra, do respeito às especificidades socioculturais dos povos indígenas e à maior participação indígena.

A edição especial ‘Saúde do Índio’ da revista ‘Saúde em Debate’ (jan. 1988) evidencia a falta de proposições da Funai nos debates da I CNPSI para a nova política de saúde indígena. Os discursos sobre a construção de uma nova política de saúde direcionada aos povos indígenas geraram paralelamente um debate sobre a mudança no modelo institucional da política indigenista da saúde. Os documentos do Cimi e da UNI apontam diversas críticas à atuação do órgão indigenista. Em decorrência disso, no início da década de 1990, ocorreu uma clara disputa e tensionamento no campo da saúde indígena, em um embate entre Ministério da Saúde e Funai pela responsabilidade pela execução das ações de saúde direcionadas aos povos indígenas⁵.

Esse conjunto de textos produzidos ao longo da década de 1980, tanto resultantes dos eventos organizados pela Funai quanto as contribuições para a I CNPSI publicadas na revista ‘Saúde em Debate’, evidencia que diversos atores vinham produzindo análises e proposições acerca das ações de saúde direcionadas aos povos indígenas. Esse acúmulo irá fundamentar os debates e as formulações da nova política de saúde indígena no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira, sendo que nos interessa analisar suas convergências e divergências.

Os diálogos entre discursos indigenistas e a Reforma Sanitária

Observamos que os discursos produzidos no âmbito dos debates indigenistas anteriores a I CNPSI dialogam com os debates da Reforma Sanitária sobre a crítica ao modelo de atenção então vigente. Os documentos produzidos para essa mesma conferência apontam para uma proposição de um novo modelo alinhado aos princípios construídos na VIII CNS. Ambos os setores, indigenistas e sanitaristas, deslocaram “a ênfase da questão da saúde-doença para a determinação social desses processos e práticas de saúde”²³⁽¹⁷⁾. A convergência dos diagnósticos apontava para a necessidade de superação da forma de condução das políticas públicas marcadas fundamentalmente por valores autoritários, medicalizantes, privatistas, iatrogênicos e ineficientes. Esse diálogo acontecia em função da participação dos atores indígenas e indigenistas nos espaços de debate da Reforma Sanitária, e uma solidariedade e sensibilidade dos sanitaristas para as pautas indígenas.

O relatório da I CNPSI evidencia as aproximações do discurso indigenista com os valores e diretrizes da Reforma Sanitária. Destacase, nesse sentido, a referência aos marcos da APS a partir da compreensão da “saúde como um completo bem-estar físico, mental e social”²²⁽⁶⁰⁾; a participação dos indígenas no processo de formulação e execução da política de saúde; a proposição da organização dos serviços a partir do nível local baseado na estratégia da APS; e a articulação com os demais níveis do sistema nacional. O conceito ampliado de saúde é uma abertura importante para inclusão das especificidades indígenas no âmbito da saúde, pois

a saúde indígena das nações indígenas é determinada num espaço e tempo histórico e na particularidade do seu contato com a sociedade nacional, pela forma de ocupação do seu território e adjacências²²⁽⁶⁰⁾.

Vemos nesse documento que, no contexto da discussão da nova política de saúde indígena, havia convergências entre as perspectivas da Reforma Sanitária e da ‘nova política indigenista’. O discurso de Arouca, na mesa de abertura da I CNPSI, foi emblemático desse diálogo e aproximações. Em sua fala, Arouca retomou alguns dos argumentos centrais presentes no discurso da VIII CNS, reafirmando a necessária vinculação entre avanços sociais e democratização do País. Se na abertura da VIII CNS Arouca reforçou que o ponto de partida para a melhoria das condições de saúde da população seria a superação do ‘modelo econômico concentrador de renda e um modelo político autoritário’, na I CNPSI, ele ressaltou que “a política de saúde no país começa na política econômica e na política social, que são resultantes da política de afirmação de um povo”²⁴⁽¹⁻²⁾. Avança no sentido específico da questão indígena afirmando que “a questão da cidadania envolve o respeito à história e à cultura de cada grupo dentro de nossa sociedade”²⁴⁽²⁾ e que “na democracia que queremos é fundamental tratar de questões como a dos índios com toda a dimensão social, técnica e científica”²⁴⁽²⁾. Arouca insistia na tríade democracia/política social/política econômica como única forma possível de se avançar na construção do País; não obstante, temas como reforma agrária e demarcação de terras indígenas fizeram parte do léxico político desse momento histórico.

Na edição especial ‘Saúde do Índio’ do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), de 1988, existe um texto de autoria de Armando Negri Filho que procura apontar os caminhos para a operacionalização de um novo sistema de saúde indígena, e diz:

a Reforma Sanitária prevê a divisão do país em Distritos Sanitários regionais. Como poderiam ser estabelecidos esses distritos em regiões habitadas por populações indígenas?²⁵⁽¹⁹⁾.

Naquele momento, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária apresentava o “distrito

sanitário como unidade operacional básica do Sistema Nacional de Saúde”²⁶⁽¹⁸⁾. É interessante notar que a distritalização vai se manter como a proposição organizativa do subsistema, mas não do SUS, que adota a municipalização.

Em 1989, foi realizado em Brasília o VI Simpósio sobre Política Nacional de Saúde para debater a construção da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual foi incluído o tema ‘Sistema de Saúde Indígena’ com a seguinte consideração:

Propõe-se: que seja especificada na lei orgânica do Sistema Único de Saúde: o direito dos grupos indígenas a uma atenção integral à saúde, diferenciada em função dos vários aspectos, que determinam ou condicionam sua situação sanitária, bem como o reconhecimento e garantia de organização e de sistemas de saúde próprios de cada grupo²⁷⁽¹⁸⁹⁻¹⁹⁰⁾.

No entanto, tal especificação não ocorreu na primeira versão aprovada da Lei nº 8.080/90, e, por isso, foi enviado um projeto de lei, em julho de 1994, pelo então deputado Sergio Arouca, propondo a criação do Subsistema de Saúde Indígena no SUS. Essa lei só foi sancionada em definitivo em setembro de 1999, ficando conhecida como Lei Arouca (Lei nº 9.836/99).

É importante, no entanto, marcar uma diferença entre as propostas do movimento sanitarista e os indígenas e indigenistas no que diz respeito à condução das políticas de saúde. Uma vez que os sanitaristas defendiam a municipalização na implantação do SUS, essa não era a alternativa aventada para a condução da saúde indígena, pelo movimento indígena e indigenistas. A responsabilidade pelas questões indígenas constitui-se historicamente como jurisdição federal devido aos conflitos de interesse, principalmente por terras, com poderes locais e regionais. No contexto dos debates constituintes dos direitos indígenas, mantém-se a defesa da competência da União para as políticas indigenistas. Os documentos do Cimi e da UNI apontavam que a nova política de saúde indígena deveria ser gerida diretamente pelo

Ministério da Saúde, demanda que será somente conquistada em 2010, com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai).

A IX CNS, em 1992, apontava a municipalização como caminho técnico-político para implantação do SUS, descentralizando a execução das ações e fortalecendo a participação política²⁸. Entretanto, historicamente, o movimento indígena e indigenista foi contrário à municipalização por questões de conflitos locais por terra, entre outros. Dessa forma, um grupo de lideranças indígenas e indigenistas marca presença na IX CNS e aprova em seu relatório final a proposta de que:

É necessário garantir no SUS ação integral à saúde dos povos indígenas de forma diferenciada, em função das especificidades étnico-culturais e da situação [incompreensível] com garantia de seus sistemas tradicionais de saúde, por meio da criação de distritos sanitários especiais indígenas, diretamente ligados ao Ministério da Saúde e administrados por Conselhos Indígenas de Saúde²⁹⁽²⁸⁾.

No entanto, mesmo a alternativa ‘discordante’ dos indígenas e indigenistas encontra respaldos na Reforma Sanitária. A distritalização é uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde que surgiu no Brasil no final da década 1980, por influência dos debates internacionais sobre Sistemas Locais de Saúde (Silos), desenvolvidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)²⁸. Tal proposta ganhou acolhida no Brasil em função das aproximações com os valores do Movimento da Reforma Sanitária, que preconizava regionalização das ações, maior participação dos atores locais, uma concepção ampliada de saúde e a reorganização das práticas de saúde²⁸.

Essa proposição tem como conceito-chave a dimensão territorial entendida como processo social²⁸, que transcende a delimitação física e, dessa forma, dialoga com a pauta indígena de defesa dos territórios indígenas, e na sua concepção de terra como relações sociais, culturais e de memória. Dessa forma, a distritalização serviu de contraproposta à municipalização, pois

era um modelo que respeitava os territórios indígenas, cujos limites e características não se definem por divisões administrativas de municípios ou estados, e fortalecia a manutenção da responsabilidade da União na execução das ações de saúde.

Considerações finais

A criação do SUS foi a maior conquista do Movimento da Reforma Sanitária. Mesmo tendo tido importantes derrotas, como a questão do financiamento, os valores presentes no SUS impuseram a necessidade de estruturação de um novo modelo de atenção baseado nos princípios/valores de universalidade, igualdade, integralidade e participação da sociedade. Tais princípios embasaram igualmente a concepção da política de saúde indígena que vinha sendo discutida, como destacamos por meio da análise dos documentos do Cimi e da UNI e, principalmente, no relatório final da I CNPSI.

A leitura de tais documentos nos permite apontar um acúmulo, ao longo da década de 1980, de uma intensa produção discursiva, por diversos atores, sobre a saúde indígena e com suficientes confluências com o movimento sanitarista para justificar a criação e a inclusão do subsistema de saúde indígena na lei orgânica do SUS. Destacamos as consonâncias com a concepção ampliada da saúde, organização a partir da atenção primária, o fortalecimento da participação social e a distritalização. As concepções presentes na política de saúde indígena, expressas na Lei nº 9.836/99, produto dos debates entre diferentes atores, estão em consonância com os termos da Reforma Sanitária e do SUS. A participação ativa de indígenas e indigenistas nos eventos da Reforma Sanitária, como a VIII e a IX CNS, e, por outro lado, o envolvimento estratégico de Sergio Arouca nos debates da saúde indígena, na mesa de abertura da I CNPSI e apresentando a lei para criação do subsistema como deputado federal, foram fundamentais na consecução do atual modelo de atenção à saúde indígena.

Apesar das distâncias abissais que separavam as realidades materiais e simbólicas de indígenas e não indígenas, os atores do Movimento da Reforma Sanitária (com destaque para a atuação de Sergio Arouca) foram capazes de se sensibilizar e incorporar as demandas do movimento indígena e indigenista sobre as especificidades dos povos indígenas na sua inclusão no sistema nacional de saúde. Todo esse processo conformou o que estamos chamando de 'longa' Reforma Sanitária indígena.

No entanto, os diferentes interesses e perspectivas sobre os direitos dos povos indígenas e as políticas de saúde continuam em debate e disputa, dessa forma, seria ingênuo aceitar que essa longa reforma teria terminado. No atual contexto, os povos indígenas têm seus direitos constitucionais ameaçados, seus territórios invadidos e as políticas públicas específicas revisadas. Assim, desconsiderando toda a trajetória de construção da saúde indígena no SUS, no início de 2019, o Ministério da Saúde propôs a extinção da Sesai e a municipalização de parte do subsistema, com o argumento de que este seria 'paralelo ao SUS'³⁰. Esse processo foi revertido pela atuação política do movimento indígena, mas a VI Conferência Nacional de Saúde Indígena foi adiada, e as instâncias do controle social indígena estão fragilizadas.

É fundamental, neste momento, mantermo-nos atentos ao processo de (des)construção da política de saúde para os povos indígenas. A mobilização vista nas décadas anteriores logrou importantes vitórias para a construção de nossa sociedade, que inclui a defesa dos direitos dos povos indígenas. Resta-nos apostar que seremos capazes de reviver aquele espírito solidário e democrático para não apenas mantermos as conquistas passadas, mas sermos capazes de exigir mais.

Colaboradores

Pontes ALM (0000-0001-9162-5345)* contribuiu para a concepção e planejamento da

pesquisa, análise e interpretação dos dados; para a elaboração do rascunho e revisão crítica; e aprovação da versão final do manuscrito. Machado FRS (0000-0002-5028-8888)* contribuiu para a análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e aprovação da versão final do manuscrito. Santos RV (0000-0001-5071-443X)* contribuiu para a concepção

e planejamento da pesquisa, análise e a interpretação dos dados e aprovação da versão final do manuscrito. Brito CAG (0000-0003-2978-3072)* contribuiu para concepção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e participação na versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF; 1987. 430 p. [acesso em 2019 out 7]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf.
2. Comissão Nacional da Verdade. Violações de direitos humanos de povos indígenas. [acesso em 2019 out 1]. Disponível em: <http://cnv.memoriasreveladas.gov.br/images/pdf/relatorio/Volume%202%20-%20Texto%205.pdf>.
3. Brasil. Câmara dos Deputados. Discurso proferido na sessão de 5 de outubro de 1988, publicado no DANC de 5 de outubro de 1988 [internet]. [acesso em 2019 out 7]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/plenario/discursos/escrevendo-historia/25-anos-da-constituicao-de-1988/constituente-1987-1988/pdf/Ulysses%20Guimaraes%20-%20DISCURSO%20%20REVISADO.pdf>.
4. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [acesso em 2020 fev 16]. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_26.06.2019/art_231.asp.
5. Cardoso AM, Santos RV, Garnelo L, et al. Políticas públicas de Saúde para os povos indígenas. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadoras. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 911-932.
6. Garnelo L, Macedo G, Brandão LC. Os povos indígenas e a construção das políticas públicas no Brasil. Brasília, DF: OPAS; 2003.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Garnelo L. O SUS e a saúde indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. In: Teixeira CC, Garnelo L, organizadoras. Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 107-142.
8. Rezende M, Baptista TWF. A análise da política proposta por Ball. In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 273-283.
9. Brito CAG, Lima N T. Antropologia e Medicina: a saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956). In: Teixeira CC, Garnelo L, organizadoras. Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 59-84.
10. Brito CAG. Medicina e antropologia: atenção à saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956). 2011. [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2011. 115 p.
11. Paz MC. Noel Nutels: a política indigenista e a assistência à saúde no Brasil Central (1943-1973). [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1994.
12. Costa DC. Política Indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. Cad. Saúde Pública. 1987; 4(3):338-401.
13. Selau MG. A política indigenista governamental: aspectos ideológicos e administrativos da ação médico-sanitária entre as populações indígenas brasileiras (1967 a 1988). Relatório de Pesquisa. Brasília, DF: FUNAI; 1992.
14. Teixeira MCS. Igreja Católica e ação indigenista na Amazônia contemporânea: o CIMI (1972-2000) [dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas, 2008. 135 p.
15. Deparis SR. União das Nações Indígenas (UNI): contribuição o movimento indígena no Brasil (1980-1988). [dissertação]. Dourados: Universidade Federal da Grande Dourados, 2007. 126 p.
16. Fundação Nacional do Índio; Escola Paulista de Medicina. Relatório sobre Encontro sobre problemas indígenas na área de saúde. Brasília, DF: FUNAI; 1984.
17. Fundação Nacional do Índio. Relatório do Encontro de Saúde Indígena. Brasília, DF: FUNAI; 1985.
18. Fundação Nacional do Índio. Relatório do Simpósio: Alternativas sobre saúde indígena. Rio de Janeiro: FUNAI; 1985.
19. Cunha OCD. Memo nº 06/DAI. De Assessor de Saúde – DAI ao Sr. Diretor da DAI. Em 04 de fevereiro de 1985. Brasília, DF: FUNAI; 1985.
20. União das Nações Indígenas. Os povos Indígenas e o direito à Saúde. Saúde debate. 1988; (esp):8-9.
21. Conselho Indigenista Missionário. Saúde: especificidades do direito dos povos indígenas no contexto das conclusões da 8ª. Conferência Nacional de Saúde. Saúde debate. 1988; (esp):10-11.
22. Brasil. Encontro aponta soluções para a proteção da saúde do índio. Saúde debate. 1988; (esp):60.
23. Fleury S. Reforma Sanitária: múltiplas leituras, diálogos e controvérsias. In: Fleury S, organizadora. Teoria da Reforma Sanitária: Diálogos Críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 15-30.
24. Arouca S. Discurso de Sérgio Arouca. Presidente da 8ª. Conferência Nacional de Saúde (do Índio). Brasília, DF: MS; 1986. (mimeo).
25. Negri Filho A. A saúde dos povos indígenas - a questão do sistema de saúde – propostas operacionais. Saúde debate. 1988; (esp):19-20.
26. Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Documentos III. Rio de Janeiro: ENSP; 1987.
27. Brasil. Câmara dos Deputados. Comissão de Saúde,

- Previdência e Assistência Social. Anais do 6º Simpósio sobre política nacional de saúde: Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 1989.
28. Mendes EV. O processo social de distritalização da saúde. In: Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco; 1999. p. 93-158.
29. Brasília. Relatório Final. 9ª. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1993. [acesso em 2020 fev 16]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/9_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf.
30. Folha de São Paulo [internet]. Governo federal avalia repassar saúde indígena a estados e municípios. [acesso em 2019 jun 1]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/02/governo-federal-avalia-repassar-saude-indigena-a-estados-e-municipios.shtml>.

Recebido em 02/06/2019

Aprovado em 04/09/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: pesquisa financiada pelo Wellcome Trust (nº 203486/Z/16/Z)

Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades – uma (não) agenda?

Collective health, coloniality, and subalternities – an (absent) agenda?

Leandro Augusto Pires Gonçalves¹, Roberta Gondim de Oliveira², Ana Giselle dos Santos Gadelha², Thamires Monteiro de Medeiros³

DOI: 10.1590/0103-11042019S812

RESUMO Neste ensaio, partimos da constatação que as instituições que compõem o campo da saúde coletiva encontram-se tensas pela entrada de ‘outros’ corpos nos seus cenários. Corpos ‘outros’ que questionam a organização institucional e a matriz que orienta o pensamento nesse campo de conhecimento. Em seguida, apresentamos as bases que sustentam essas instituições: a colonialidade, como uma matriz predatória que persiste e se reatualiza na contemporaneidade; e a modernidade, como um programa de pensamento que separa, determina e institui uma hierarquia civilizacional. Tais bases expressam-se no racismo e sexismo que estruturam o Estado nacional brasileiro e atravessam a ciência que fazemos e a saúde pública, com cujas práticas nos articulamos. Ponderamos que a saúde coletiva não escapa desse caráter estrutural brasileiro; para isso, discutiremos alguns problemas fundamentais do campo, que este tem demonstrado dificuldade de ver/reconhecer. Por fim, propomos às instituições que produzem a saúde coletiva cinco apostas que devem ser feitas para reconhecer e acolher esses corpos ‘outros’ que agora chegam ao ensino superior e têm urgência de contrapor discursos e práticas que historicamente os subalternizam e invisibilizam.

PALAVRAS-CHAVE Racismo. Saúde pública. Colonialismo. Colonialidade. Subalternidade. Necropolítica.

ABSTRACT *In this essay we consider that the field of Collective Health in Brazil has been composed by new social actors in the last few years. From this statement, we propose that this change in composition has produced tensions in the Collective Health institutions, because this ‘new actors’ have questioned the matrix of thoughts that sustains this field of knowledge. Subsequently, we present the bases that support our institutions: coloniality, as a predatory matrix which re-updates itself in contemporaneity; and modernity, as a program of thought which separates, determines, and constitutes a civilizational hierarchy. We show that these bases express themselves through the racism and sexism that structures the Brazilian State, and consequently, composes science and public health and its practices. Considering that the field of Collective Health does not escape from this structural Brazilian character, we discuss some problems that such field has had difficulty to recognize. Finally, we point to the Collective Health institutions five proposals which contribute towards the reception of these ‘new actors’ in the field, as well as the discussions that they have brought up, which has been historically subordinate and unseen.*

KEYWORDS *Racism. Public Health. Colonialism. Coloniality. Subalternity. Necropolitics.*

¹Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Niterói (RJ), Brasil.
leandroap@id.uff.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia – Macaé (RJ), Brasil.



Para situar

Falar em agenda na atual conjuntura soa pretensioso. E é. Pensar e projetar sobre o amanhã no mundo, no Brasil, em um movimento político como o da Reforma Sanitária e em um campo de produção de conhecimento como a saúde coletiva requer mais que resistir às forças predatórias que agora estão em evidência na cena política e institucional. É preciso disposição para a luta. Não lutaremos sem ter o que perseguir. Portanto, construir projetos e agendas que tenham a solidariedade e a luta contra a subalternização como pressupostos é tarefa importante, visto que não faltam por aí as que se fundam no indivíduo, na competição e na propriedade.

Ter a solidariedade e a não subalternização como pressupostos não nos traz garantias. Ambos são valores e práticas. Não se apagam as marcas de privilégio e de opressão pela mera disposição solidária, pois requer que estas sejam evidenciadas; com isso, nós também nos revelamos em nossas formas de estar no mundo e na maneira como o traduzimos. Se tais marcas estiverem em evidência, o caminhar para a solidariedade e a não subalternização será conflituoso. Qualquer projeto ou agenda que mire relações entre humanos mais simétricas e solidárias, e destes com o mundo, terá o conflito como prática e ética.

Hoje, as marcas de privilégio e opressão estão evidentes entre nós. Isso assusta, faz desesperar e traz desesperança. Ao mesmo tempo, é a hora de agir. Como lidar com tal paradoxo?

Se dizemos que as marcas de privilégio e opressão estão evidentes, usaremos o campo da saúde coletiva para as ilustrar. Nele, participamos e podemos dizer do que vivemos e sentimos. Vivemos e sentimos um campo, suas instituições, em tensão e conflito crescentes. Nelas, corpos que antes estavam em tarefas de ‘serviço’ começaram a entrar como estudantes dispostos a fazer docência e pesquisa. Corpos que têm se organizado em coletivos que já não são como as organizações estudantis de outros tempos. Esses corpos e coletivos têm

denunciado e questionado com firmeza as dinâmicas de privilegiamento e opressão que as instituições de ensino superior reproduzem – dentre as quais as instituições do campo da saúde coletiva não escapam.

Consideramos que quatro fatores articulados provocaram a entrada desses corpos nos espaços acadêmicos da saúde coletiva e revelam o campo como não podíamos ter feito até aqui: o fortalecimento à participação de todas as profissões da saúde – a saúde coletiva é cada vez menos médico-centrada e tem, ainda, uma graduação própria; a expansão e a difusão do ensino universitário pelo País, fruto do Reuni (Reestruturação e Expansão das Universidades Federais); a expansão e a difusão pelo território nacional das pós-graduações, fruto das políticas de ciência e tecnologia; e a instituição das ações afirmativas nas instituições de nível superior, na graduação e na pós-graduação. Tais fatores articulados e coetâneos proporcionaram que corpos nunca admitidos, apenas na condição de exceção, entrassem em quantidade no ensino superior. Corpos femininos, negros, indígenas, não genderizados e periféricos entram em instituições que se referenciam como produtoras e validadoras do conhecimento humano interrogando-as sobre que humanidade vinha se levando em conta até aqui.

Já dissemos que as marcas de privilégio e opressão estão hoje mais evidentes. Este ensaio, além de sugerir a necessária produção de uma agenda para o campo, é um exercício de apresentação e registro de tais marcas. Ele é fruto da produção coletiva, da experiência de quatro corpos inseridos na saúde coletiva, corpos muito diferentes entre si: somos quatro autores que temos diferentes vínculos institucionais e diferentes trajetórias; somos duas mulheres negras, uma nortista e outra nordestina, e uma mulher e um homem brancos sudestinos, cariocas e suburbanos. Podemos dizer: o que trazemos aqui é um exercício produzido a oito mãos, não necessariamente sem conflito, e que não expressa as nossas ‘vozes’ como um coro harmônico. A síntese

que trazemos foi o exercício de falar sobre, suportar e tornar a inquietação colonial que nos constitui em algo produtivo. Consideramos que torná-lo visível é fundamental para que tratemos da reparação e da recuperação política e afetiva que suscita.

Nas próximas páginas, diremos sobre as estruturas que garantem, até aqui, a produção de marcas que privilegiam e oprimem determinados corpos. São estruturas éticas, políticas, cognitivas e materiais que fundam nossas instituições brasileiras. Apesar de marcarmos corpos no nível local – em realidades concretas, representam estruturas que emanam de longe, de outros territórios que o Brasil, e dão forma a uma rede de relações e instituições que se dispõem ao ‘global’.

Como falaremos de instituições da saúde coletiva e de produções de marcas nesses lugares, argumentamos que a colonialidade dá o tom racista e sexista, garantido no período moderno, que também compõem a base de sustentação da ciência que fazemos e as maneiras como atuamos técnica e politicamente. É duro e parece precipitado quando lemos esse argumento assim escrito em uma frase, especialmente em um campo que se apresenta interdisciplinar e plural, mas veremos como essas estruturas produzem a saúde coletiva e como esta tem privilegiado certos corpos e sido pouco sensível a certos temas.

Sobre as nossas bases: a colonialidade

O Brasil deixou de ser colônia, oficialmente, em 1808, quando tornou-se sede do império português. Isto não quer dizer que tenhamos superado os nossos primeiros 300 anos de colonização. O termo colonialidade se refere a uma matriz ética, política, cognitiva e material predatória sobre a qual se erguem diferentes formas institucionais ao longo do tempo. A colonialidade não depende da existência de colônias: ela se reatualiza permanentemente, produzindo novos arranjos institucionais e

formas de expropriar, dividir, subalternizar e invisibilizar grupos, incorporando e intensificando graus de opressão¹.

Enquanto matriz, a colonialidade se instaura no projeto colonial europeu. Por isso, precisamos dizer, mesmo que brevemente, algo sobre os eventos coloniais que se deram a partir do final do século XV. Foi o momento em que os modos de viver, ver e produzir europeus foram projetados para outros territórios enquanto norma, constituindo a relação metrópole-colônia. Tal projeção partia do entendimento dos territórios das colônias como espaços do ‘não ser’², dos ‘não humanos’ e da não propriedade e, portanto, da total exploração e liberdade. Os próprios ‘conquistadores’ foram os avalizadores da sua permissão e possibilidades.

Entre as ‘descobertas’ das ‘grandes navegações’ e o século XVIII, instalou-se a projeção europeia nos territórios coloniais. Foi o tempo de inventariar o espaço, os povos, os recursos naturais e operar a sua expropriação³. Houve também, e fundamentalmente, o sequestro e trânsito de povos de outros territórios para povoar as colônias e para serem explorados como propriedade dos colonizadores, como na escravidão. Foi o tempo de instalar aqui as bases de representação, aqueles ‘humanos’ e grupos que seguiriam tornando o ‘novo mundo’ a extensão da Europa – os brancos, e, com alguma possibilidade maior ou menor, os ‘criollo’ aderidos à metrópole, a depender da colônia⁴.

O século XVIII, aquele considerado como o ‘das Luzes’, trouxe novidades, perturbação e aprofundamento ao projeto colonial. A consolidação dos Estados-nação europeus desde o século XVII, as revoluções americana, francesa, a haitiana – uma revolução protagonizada por escravos de origem no continente africano, combatida pelas outras nações, especialmente a França⁵ – e a industrial⁶, ainda que com diferentes impactos e repercussões, ofereceram novos contornos as relações entre metrópole e colônia: não apenas extensão de Estados-nação europeus,

as colônias passaram a buscar o próprio *status* de Estado-nação. Essa reivindicação produziu o surgimento de inúmeros Estados-nacionais nas Américas no final do século XVIII e início do XIX, o que, entretanto, não representou menor subjugação⁴. Ao contrário, houve o alinhamento de tais Estados a uma economia capitalista mundializada, na qual a estrutura estatal, nacional, industrial e extrativa de matérias primas seria a tônica⁷. Ainda que não fossem mais formalmente colônias, a colonialidade como matriz seguia preservada: os Estados que antes foram metrópoles seguiram sendo o ‘norte’ para os Estados nacionais que antes foram colônias.

Entre os povos colonizados, como no Haiti, houve aqueles que lutaram e apontaram a ruptura com o padrão de exploração colonial. Essas lutas têm sido permanentemente invisibilizadas nas histórias oficiais das nações. Um exemplo brasileiro disso é o sumiço das *jihads* malês, na Salvador do início do século XIX, do imaginário nacional até tempo recente^{8,9}. A colonialidade se expressa fundamentalmente no exercício permanente de se fazer esquecer para permanecer e explorar. Entre os Estados nascidos no século XIX, a nação brasileira se constrói sobre esta matriz. Nossas instituições estão atravessadas por expressões dela.

A operação do pensamento: modernidade, razão e a formalização das diferenças

Como dito, o ‘século das luzes’ ofereceu novas e ‘eficientes’ ferramentas de pensamento para o aprofundamento da exploração e expropriação de territórios antes coloniais. Foi nesse período que filósofos como Immanuel Kant (1724 – 1804) e Friedrich Hegel (1770-1831) muito contribuíram para dar forma ao que chamamos de modernidade. Como define Denise Ferreira da Silva¹⁰, a modernidade trata-se de um programa de pensamento construído e aperfeiçoado desde o século XVI

que tem na virada dos séculos XVIII e XIX o seu apogeu. Um programa de pensamento que se baseia nas noções de ‘separabilidade, determinabilidade e sequencialidade’¹⁰, noções que seguem operando desde os nossos pressupostos éticos, políticos, econômicos e epistemológicos contemporâneos.

Kant estabeleceu que ‘tudo o que pode ser conhecido sobre as coisas do mundo está compreendido pelas formas (espaço e tempo) da intuição e as categorias do Entendimento (quantidade, qualidade, relação, modalidade)’¹⁰⁽⁶⁰⁾.

Assim, tudo o que esteja fora do espaço, definido por critérios geométricos, do tempo, definido por critérios cronológicos, e das categorias do entendimento estão fora, não participam daquilo que é humano e universal, visto que não são acessíveis ao próprio humano; esta é a noção de ‘separabilidade’. Como consequência disso, o conhecimento humano resultaria

[...] da capacidade do entendimento de produzir constructos formais, que ele pode usar para determinar (isto é, decidir) a verdadeira natureza das impressões sensíveis compreendidas pelas formas da intuição¹⁰⁽⁶⁰⁾.

Esta é a noção de ‘determinabilidade’¹⁰. Com Kant, o homem – aqui usamos homem de maneira proposital – europeu, moderno e universal passa a ser capaz de definir o que está fora, excluído da perspectiva humana, e classificar o que está dentro conforme categorias formais e, portanto, verificáveis.

Hegel¹⁰, um pouco mais à frente no tempo, operou a entrada do espírito nesse programa de pensamento tão formal, como formulado por Kant. Para ser efetivamente universal, o programa – ou sistema, como é comum usar – deve incorporar uma dimensão de sentido. Um sistema de pensamento humanista deveria ser capaz de oferecer respostas às questões fundamentais da existência, a

saber: ‘quem somos?’, ‘de onde viemos?’, ‘para onde vamos?’. Para isso, na sua ‘Fenomenologia do Espírito’¹⁰, Hegel “descreve o Espírito como movimento no tempo, um processo de autodesenvolvimento, e a História como a trajetória do Espírito”¹⁰⁽⁶⁰⁾; esta é a ‘sequencialidade’¹⁰. Com esse aperfeiçoamento hegeliano, que inclui a transformação por meio do movimento histórico e dialético, o homem moderno e europeu passou a ser capaz de dizer o que é e não é humano, a classificar as coisas humanas e a atribuir um padrão de evolução às coisas humanas, sem a interferência divina. Este sistema de pensamento passou a dar legitimidade a toda estrutura institucional a qual estamos acostumados, no plano ético, epistemológico, jurídico, político e econômico. Justificará desde os Estados-nação, e a sua secularização, até a escravidão; desde a indústria até as *plantations*; desde o que é público até o que é privado.

Tal programa moderno e iluminista, curiosamente, foi formulado no centro geográfico da Europa, onde hoje é a Alemanha¹¹. O mesmo território onde se deram as tratativas que resultaram na ‘paz de Vestfália’, evento considerado pelos historiadores e cientistas sociais como o marco para a emergência e consolidação dos Estados-nacionais europeus no século XVII¹². Para Silva¹⁰, é esse programa que serviu como pressuposto para a concretização da Europa, de seus Estados-nacionais, povos e corpos como medida de todas as coisas, pois haveria

[...] uma conformação temporal da diferença cultural como realização de momentos distintos do desenvolvimento do Espírito, cujo ápice seria representado pelas configurações sociais europeias pós-iluministas¹⁰⁽⁶⁰⁾.

Isso é o que significa sermos um Estado nacional moderno de origem colonial. Agora veremos como essa organização institucional e de pensamento tem operado sobre os nossos corpos.

As clivagens que somos: raça, sexo/gênero e outras marcas em produção

O programa moderno e exclusivo europeu produziu clivagens importantes sobre os corpos e territórios aonde aportou. Intelectuais contemporâneos¹³⁻¹⁵ apontam as marcas sociais produzidas desde o período colonial que seguem se reproduzindo em diferença e exclusão de corpos, povos e territórios. Maria Lugones¹⁴ apresenta a noção de ‘colonialidade de gênero’, afirmando que a clivagem fundamental, produzida no evento colonial, é a que se estabelece entre humanos e não humanos, sobre a qual se opera a clivagem de gênero:

[...] uma distinção dicotômica, hierárquica entre humano e não humano foi imposta sobre os/as colonizados/as a serviço do homem ocidental. Ela veio acompanhada por outras distinções hierárquicas dicotômicas, incluindo aquela entre homens e mulheres. Essa distinção tornou-se a marca do humano e a marca da civilização. Só os civilizados são homens ou mulheres. Os povos indígenas das Américas e os/as africanos/as escravizados/as eram classificados/as como espécies não humanas – como animais, incontrolavelmente sexuais e selvagens¹⁴⁽⁹³⁶⁾.

Nessa produção de distinção e dicotomias pelo homem europeu – que é o humano padrão no imaginário colonial e moderno –, outro desdobramento é a classificação social das populações do mundo mediante a noção de raça. Raça, uma categoria política, difundiu-se nas teias das relações entre metrópoles e colônias produzindo a classificação daqueles que não eram vistos como humanos. Tal noção é o eixo que orienta as formas de sociabilidade e de subjetivação, os modos de estar no mundo, e é expressão do domínio colonial, da racionalidade e do poder europeus. Raça, portanto,

[...] sustenta-se na imposição de uma classificação racial/étnica da população do mundo

como pedra angular do referido padrão de poder e opera em diversos planos, [tanto] materiais e [como] subjetivos¹⁽⁸⁴⁾.

É nesse movimento que se entende raça como um derivativo do racismo, enquanto produção discursiva e material, e não o contrário¹⁶.

O racismo enquanto expressão da colonialidade e substrato da ‘racialização’ instaura um padrão de sociabilidade e das subjetividades, estabelecendo novo universo de relações. A construção de identidade pela negativa da humanidade, pela subalternização e invisibilização de sujeitos, encobre, limita e extermina formas de estar no mundo². Esse universo, material e intersubjetivo, elabora, formaliza e institucionaliza modos de ordenação social e, no caso de interesse deste ensaio, a produção de conhecimentos que fornecem as bases de controle, medição e ordenação de vidas humanas, que objetificam corpos.

A ciência que temos

Demos visibilidade a algumas clivagens que consideramos estruturantes da ‘nacionalidade brasileira’, como o sexismo e o racismo^{17,18}. Além dessas, há outras mais sutis também operadas no cotidiano institucional, que, às vezes, ganham a legitimidade por estarem imbuídas de um sentido prático e necessário: educar e cuidar por exemplo. A biomedicina, que especialmente nos diz respeito e estrutura epistemologicamente nosso campo e áreas atuação, é parte constitutiva da ciência ocidental moderna¹⁹, que se beneficiou, e parte dela segue se beneficiando, de experimentações de base colonial. A biomedicina é indissociável da conformação da ciência e do Estado moderno europeus, seja através produção de saberes, da manutenção da força de trabalho e do processo de colonização (expropriação de sujeitos, culturas e territórios)²⁰. A hegemonia da razão moderna sobre as demais epistemologias se dá pela emergência de uma concepção a-histórica do processo de construção do conhecimento

científico e do apagamento e subalternização das demais formas de conhecimento – o epistemicídio – que inferioriza ou mesmo destrói demais formas de saberes em nome do processo de dominação e da produção de verdades²¹.

Reconhecemos a relevância do papel das tecnologias biomédicas e sua tradução em dispositivos de saúde pública. Entretanto, esse reconhecimento não impede o alerta sobre os efeitos de sua ‘portabilidade’ para territórios outros e transposição no tratamento de corpos como objetos, sendo matriz de controle sobre populações. Além disso, a sua eficácia está atrelada a todo o conjunto garantido pela cosmologia moderna, que formaliza instrumentos para a sua própria legitimação.

Concluindo esta sessão, retomamos a saúde coletiva para situá-la. Trata-se de um campo de produção de conhecimento sobre a saúde, que tem a ciência moderna como forma de conhecer e forte articulação com os dispositivos de saúde pública. Esse campo é constituído por instituições de ensino superior que são parte do Estado brasileiro, que é forjado à luz do modelo colonial da modernidade eurocêntrica, ou seja, que tem a colonialidade como matriz. É um campo em que questionamentos sobre o caráter extrativista das instituições estatais, e de seus agentes, emergem eventualmente²². Contudo, veremos que esse campo desconsidera muitas questões fundamentais, haja vista sua situação e ferramentas de leitura do mundo.

Alguns problemas de hoje que a saúde coletiva tem dificuldades de reconhecer

O alagoano J.S, 21, infelizmente tinha contra si dois fatores. Era jovem e negro. Em seu estado isso significa que ele tinha as mesmas chances de ser assassinado do que se morasse em El Salvador, um dos países mais violentos do mundo com uma taxa de homicídio de 60 mortos por 100.000 habitantes. Terminou

baleado caído na calçada no bairro Chã da Jaqueira, periferia de Maceió. Destino diferente teve P. H. Z., 27. Apesar da pouca idade, o conterrâneo de Silva foi aprovado em concurso para ser diplomata pelo Itamaraty. Assim como Silva, ele é alagoano. Mas com uma diferença: a cor de sua pele é branca. Para um homem branco em Alagoas, as chances de ser morto são baixíssimas, as mesmas dos Estados Unidos: 5,3 homicídios por 100.000 habitantes. A Organização Mundial de Saúde considera epidêmicas taxas acima de 10²³.

Desde a década de 1960, o Brasil tem passado por intensas mudanças, muitas delas lideradas pelo governo ditatorial civil-militar (1964-1985) nos seus planos econômicos e sociais²⁴. São mudanças importantes que visam manter a Ordem e o Progresso, como sempre; ou seja, mudanças para manter-se tudo como sempre foi quanto ao estamento social. Naquela década, o País iniciava um processo avassalador de urbanização, intensificado especialmente no período de exceção política. Era um tempo em que a dicotomia entre um Brasil urbano e outro rural ainda fazia sentido, em que a fome se localizava especialmente na área rural²⁵ – ainda que Carolina Maria de Jesus²⁶ já tivesse registrado a miséria e a fome urbana em seus diários.

Hoje, o País tem uma teia urbana e agrícola que cobre praticamente todo o território; cerca de 80% da nossa população vive em cidades, e as metrópoles urbanas tornaram-se o espaço de acolhimento e ‘gestão’ da miséria. Milton Santos²⁵ nos apontou esses fenômenos no início da década de 1990, os quais se intensificaram e radicalizaram desde a contribuição do geógrafo. Hoje, o território brasileiro está em boa parte informatizado, por isso atualizado permanentemente na escala geopolítica ‘global’ (ou seja, do capital); nossas cidades tornaram-se corporativas; nossos campos, industriais; e a capacidade extrativa sobre o nosso território tornou-se praticamente total. Não é à toa que a Amazônia se torna hoje como o centro de interesse do mundo, por ser floresta que é barreira a tal capacidade extrativa²⁷.

Ainda que a forma, a intensidade e a massividade sejam diferenciadas, quando dizemos que o Brasil permanece em Ordem e Progresso é porque os nossos problemas estruturais são os mesmos de séculos: racismo e sexismo estruturais, com a produção genocida sistemática sobre aquela população considerada fora do padrão de humanidade ou cidadania^{17,18,28,29}. Nosso estado mata como sempre, tanto como nunca. Não houve constituição cidadã que tenha mudado esse estado de coisas. O ‘Atlas da violência 2018’²⁹ deu visibilidade e tom enfático à tragédia nacional: cerca de 60 mil mortes violentas em 2016, cerca de 500 mil mortes na última década. Tais números de guerra tornam-se ainda mais cruéis se levarmos em consideração detalhes tão fundamentais quanto profundamente ancorados na colonialidade:

Outra questão que já abordamos em outras edições do Atlas da Violência é a desigualdade das mortes violentas por raça/cor, que ‘veio se acentuando nos últimos dez anos’ (grifos nossos), quando a taxa de homicídios de indivíduos não negros diminuiu 6,8%, ao passo que a taxa de vitimização da população negra aumentou 23,1%. Assim, em 2016, enquanto se observou uma taxa de homicídio para a população negra de 40,2, o mesmo indicador para o resto da população foi de 16, o que implica dizer que 71,5% das pessoas que são assassinadas a cada ano no país são pretas ou pardas²⁹⁽⁴⁾.

Diante de tamanha contundência, propomos a aproximação entre Milton Santos²⁵ e Achille Mbembe³⁰ para refletirmos sobre as atualizações da colonialidade no Brasil. Apostamos nesse diálogo para falarmos das nossas metrópoles, ou melhor, necrópoles. As nossas ‘cidades corporativas’²⁵ tratam de maneira corporativa a pobreza: produzem verdadeiras zonas de exclusão, de morte, em que a exceção política e legal é a própria ordem: as zonas do ‘não ser’^{2,31}.

Por ‘cidades corporativas’, Milton Santos²⁵ entende aquelas cujo processo de urbanização é empreendido por meio dos interesses das grandes empresas transnacionais, oligopólios que procuram dar a direção e o tom das instituições no atual capitalismo de face monopolista e financeira. Tendo a ‘ideologia do crescimento’ como força motriz, tal comando se exerce por intermédio da modernização urbana que se dá por uma operação racional e tecnológica que garante resultados contraditórios e concomitantes: geram-se riquezas de modo extraordinário, cada vez mais concentradas, produz-se pobreza, cada vez mais difundida, enquanto surgem novas classes médias. Classes médias que são

[...] indispensáveis à operação do sistema, na cidade e no campo, onde se instalam como nervo e instrumento da circulação e como alavanca de uma produção e de um consumo hegemônicos, isto é, comandado pelas corporações²⁵⁽¹⁰⁴⁾.

Essas cidades são receptáculos

[...] das consequências de uma expansão capitalista devorante dos recursos públicos, uma vez que estes são orientados para os investimentos econômicos, em detrimento dos gastos sociais²⁵⁽⁹⁵⁾.

As metrópoles assim produzidas na contemporaneidade ocupam superfícies imensas que, contraditoriamente, contêm verdadeiros vazios; sua organização tem o modelo rodoviário como forma de transporte, permanente carência infraestrutural e lógica especulativa sobre terras e propriedades imobiliárias, o que provoca

extroversão e periferização da população, gerando, graças às dimensões da pobreza e ao seu componente geográfico, um modelo específico de centro-periferia²⁵⁽⁹⁵⁾.

Cidades atravessadas por uma lógica especulativa, nelas

criam-se sítios sociais uma vez que o funcionamento da sociedade urbana transforma seletivamente os lugares, afeiçoando-os às suas exigências funcionais²⁵⁽⁹⁶⁾.

Desse modo, certos pontos mais acessíveis e com maiores recursos tecnológicos e estruturais são valorizados; neles se instalam as dinâmicas atividades econômicas e residem as pessoas com recursos financeiros e que têm capacidade de consumo. Cria-se algo como duas cidades no território urbano: uma ‘cidade econômica’²⁵, que procura sugar todos os recursos coletivos, e outra ‘cidade social’²⁵, que se organiza como o espólio da primeira. Essa dinâmica territorial e predatória produz formas de sociabilidade que se caracterizam por interesses exclusivos de grupos, seja no seu exercício ativo, pelos que são privilegiados pela dinâmica, seja no exercício da resistência pelos que mais sofrem com ela.

Nas palavras do geógrafo brasileiro:

[...] a cidade atual presta-se a recriação desse tipo de segmentação, com a emergência de grupos mais ou menos organizados, lutando de maneira difusa ou com o apoio de *lobbies* mais ou menos agressivos e mais ou menos aparelhados, através de discursos, marketing, alianças duráveis ou colusões ocasionais, estratégias e táticas pela prevalência de suas reivindicações setoriais. São interesses de classes de categorias profissionais, de bairros, de tipos de proprietários, como os donos de automóveis, mas também de grupos étnicos, de gênero ou de comportamento sexual que buscam a construção de sua identidade, mas também o discurso de suas reclamações particulares e a melhor prática para sua militância, destinada a obter, no plano jurídico ou material, compensações e vantagens²⁵⁽¹⁰⁹⁾.

Quanto aos vazios urbanos indicados por Milton Santos, Achille Mbembe³⁰ contribui para o entendimento desses territórios de exclusão com a noção de ‘necropolítica’, que reinterpreta a noção de biopolítica³² não

apenas nas vertentes de controle, do ‘fazer viver’ ou do ‘deixar morrer’. Mbembe traz ao debate a política da morte impetrada pelo Estado, em diferentes registros como o social e o biológico, tanto no quadro colonial moderno como também em sua face contemporânea³³. A importância da noção de necropolítica reside na denúncia e inteligibilidade em relação ao modelo político de exceção, do Estado de guerra, que normaliza o terror e o ‘assassínio direto’. Mbembe aporta a necropolítica em três registros, assim propostos:

Primero, referirme a aquellos contextos en que lo que comúnmente tomamos como el estado de excepción se ha vuelto lo normal, o al menos ya no es la excepción. La excepción se ha vuelto lo normal [...]. Segundo, lo usaba para referirme a aquellas figuras de la soberanía cuyo proyecto central es la instrumentalización generalizada de la existencia humana, y la destrucción material de los cuerpos y poblaciones humanas juzgados como desechables o superfluos. Y también lo usé para referirme, como el tercer elemento, a aquellas figuras de la soberanía en las cuales el poder, o el gobierno, se refieren o apelan de manera continua a la emergencia, y a una noción ficcionalizada o fantasmática del enemigo³⁰⁽¹³⁵⁻¹³⁶⁾.

O filósofo camaronês fala sobre as formas em que o Estado de exceção opera no registro de guerra, convertendo-a em “base normativa do direito de matar”, construindo uma ideia “ficcional de inimigo”³⁰⁽²¹⁾. Usando exemplos atuais, como da guerra do Afeganistão após o ‘11 de setembro’, ressalta que a emergência do terror moderno tem como primeiras experimentações ‘biopolíticas’ a escravidão e o colonialismo, tendo na demarcação racial, na diferenciação biológica e ‘cultural’, referências para a negação do reconhecimento da ‘humanidade’ do ‘outro’. Refere-se às ‘ocupações coloniais tardias’, como o caso palestino, em que no processo de apropriação territorial os ‘dispositivos infra estruturais’ desempenham papel estratégico de biopoder no modo do

necropoder: destruição de casas; cerceamento do acesso à água, iluminação e estradas; utilização de aparatos de guerra (tanques, helicópteros e drones).

Tal como a estratégia de ‘guerra às drogas’ posta em marcha nas favelas do Rio de Janeiro: ‘incursão policial’, ‘guerra às drogas’, ‘bala perdida’, ‘traficantes de drogas’ são alguns dos termos utilizados como parte na construção de uma narrativa que procura naturalizar o regime de exceção operante na cidade do Rio de Janeiro. A política de segurança pública, por meio da narrativa ficcional do ‘combate ao tráfico de drogas’, seleciona o *locus* de sua ação: as favelas, locais em que os dispositivos necropolíticos operam de forma similar ao território palestino. Tiroteios são cotidianizados e domesticados, assim como as mortes provocadas. As favelas, que são espaços urbanos com a maior concentração de pessoas negras, tornaram-se os inimigos ficcionais do restante da cidade, sendo seu extermínio justificado para que se garanta a segurança daqueles que vivem fora desses territórios. Essas mortes são legitimadas e inseridas no registro da emergência e da exceção.

Talvez demais entorpecidos pela verve cidadanizadora da Constituição de 88, especialmente no seu capítulo da Saúde – que previa o direito social e universal à Saúde –, tenhamos tido dificuldade de perceber que, nas últimas cinco décadas, o Estado brasileiro produziu formas muito sofisticadas de operar a exceção jurídica em territórios e corpos marcados, mantendo grandes contingentes populacionais à margem dos direitos fundamentais contidos na nossa Carta Magna.

O genocídio que a saúde coletiva não percebe

O racismo é uma ferida que não se cura soando, é preciso tocar nela profundamente.

E isto dói. Sempre houve dor pro sujeito negro. Não pode ser mortal o desconforto e a dor no sujeito branco. Mas a branquitude é um ‘tumor’ que deve ser socialmente extraído, junto com o racismo. Não haverá fim do racismo sem o fim da branquitude. Aviso, mesmo não achando necessário: fim da branquitude não tem nada a ver com fim das pessoas brancas. Tá dito. A branquitude é um tumor no corpo social porque, entre outras razões, no seu predomínio por séculos e séculos, a branquitude (sobretudo os produtores brancos de saber) perderam a noção de privilégios que sempre possuíram ou sabem que estes privilégios perceptivelmente existem mas insistem em dissimula-lo, negando sua existência total³⁴.

É importante relacionarmos a alta incidência de mortes de jovens negros nas favelas³⁵ à noção de necropolítica e do racismo; relacionarmos, também, a pouca atenção que damos, na área da saúde, inclusa a saúde coletiva, à saúde da mulher negra, como denunciado por Jurema Werneck³⁶. Ao fazermos esse movimento, queremos trazer à tona questões historicamente invisibilizadas, como os debates protagonizados pelo Movimento Negro e o Movimento de Mulheres Negras^{37,38}. Nestes, lutou-se pela implementação de políticas de ações afirmativas, o que gerou intenso debate público sobre o mito da democracia racial, a pedra fundamental do racismo à brasileira^{17,39}. À época, no início dos anos 2000, em que se discutia sobre a criação do Estatuto da Igualdade Racial, a mídia impressa assim como diversos intelectuais – um grupo deles publicou um ‘Manifesto Contra as Cotas’⁴⁰ – denunciaram a perigosa divisão racial que estaria sendo provocada no Brasil⁴¹. Na arena da Saúde, previamente a publicação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra⁴², publicação garantida pelos esforços de militantes e acadêmicos do Movimento Negro^{35,43}, também houve tensões relacionadas com essa discussão. Ferreira⁴⁴

indica, em seu estudo, os discursos contrários à adoção de políticas de ações afirmativas na saúde, entre os quais se notabiliza o artigo ‘O SUS é racista?’⁴⁵, uma denúncia, feita por autores brancos, da suposta racialização da luta pela saúde no Brasil.

Em um outro sentido, como estratégia de fomentar pesquisas que discutam o racismo e incentivem a inclusão do recorte racial no campo da saúde coletiva, foi proposta a criação, em 2003, do Grupo de Trabalho Racismo e Saúde da Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva)⁴⁶. Entretanto, este GT foi formalizado apenas em 2017⁴⁷, informação que nos leva a questionar: que conjuntura provocou que um GT voltado a discutir racismo levasse 14 anos para ser oficializado? Nesse tempo, os currículos de formação em saúde têm incluído ou reforçado a invisibilidade de narrativas de (re)existência de comunidades indígenas, quilombolas, negras, LGBTQI+? O quanto houve de esforço, avanço e aprofundamento de debate no campo da saúde coletiva no que diz respeito às pesquisas que reflitam sobre as condições de vida de populações historicamente vulnerabilizadas, como a população negra? Reconhecendo a influência desse campo para a construção de políticas e contornos de ações do SUS, retomamos o questionamento de Faustino⁴⁸⁽⁹⁷⁾: “até que ponto o SUS tem utilizado os dados de saúde desagregados por raça/cor para criar ações, definir políticas e prioridades para a promoção da equidade?”. Para além de análises dessa natureza, de base categoriais, também são pouco frequentes estudos que se dediquem a desvelar dinâmicas pelas quais o racismo opera e que resultam em desfechos desfavoráveis às pessoas negras.

As tensões e os conflitos gerados em torno da questão racial podem nos apontar a um estranhamento da realidade social brasileira: como, em um país com dados alarmantes quanto às desigualdades raciais, nega-se o racismo estrutural e nega-se a necessidade de reparação? Negam-se e

naturalizam-se as desigualdades raciais, que, apesar de escancaradas na cotidianidade das relações sociais, tornam-se ‘invisíveis’; tão invisíveis quanto a racialidade branca. Os povos brancos forjaram a noção de raça, mas nunca a aplicaram a si mesmos, dado que a própria noção se fez para marcar o corpo do outro, para sequestrar humanidade do outro. Assim, o branco não é raça, mas a norma, o corpo universal³⁴. O mundo ordenado pelo privilégio branco é a normalidade, de tal forma que os privilégios não são sequer percebidos como tal. Nessa configuração, os grupos brancos que pautam a negação de medidas de reparação aos povos racializados usam ideais de universalidade e de direitos iguais; usam, para se justificar, frases do tipo: ‘independente de cor, somos todos humanos’.

Esta é a postura cínica da branquitude: argumentam que ações de reparação aos povos oprimidos historicamente seria equivalente a produção de desigualdades e privilégios, como se essa produção já não estivesse sido historicamente estruturada pela própria branquitude.

O que será do amanhã?

[...] ao invés de fazer a usual pergunta moral: ‘Eu sou racista?’ e esperar uma resposta confortável, o sujeito branco deveria perguntar-se: ‘Como eu posso dismantelar meu próprio racismo?’ e então esta pergunta por si só já inicia este processo⁴⁹⁽¹⁸⁰⁾.

Vimos, até aqui, o que as instituições e formas de pensar excluem e deixam de ver no Brasil, enquanto um Estado nacional moderno de origem colonial. Vimos corpos e territórios serem marcados, divididos, subalternizados, vulnerabilizados, destruídos... vimos a atualização disso e como é permanente em nossos dias. Vimos que a saúde e o campo da saúde coletiva, sendo parte desse Estado, não escapam desses

traços nacionais, contribuindo para a invisibilização de estruturas que o sustentam.

Veremos, para concluir, que essas mesmas instituições, produzidas por humanos, são enfrentadas, se veem – com muito custo – e produzem formas de lidar com essa dinâmica moderna predatória e exclusiva, cujo tom intencionalmente enfatizamos aqui, justamente por ser o tom que prevalece. Noções como a de Democracia, Direitos Humanos e Ações Afirmativas emergem da luta contra a ação desse Estado racista e patriarcal e entram por ele, sendo assimiladas pelo próprio, tensionando-o. Há luta política; e o Estado cria formas de acomodá-la. Nesse processo de acomodação, dá-se visibilidade ao que foi excluído, e o grau de tensão torna-se crescente. Corpos que antes estavam excluídos não trazem apenas o seu corpo biológico para a arena política: trazem experiência, saberes, memória. Ao trazerem, colocam em xeque o próprio Estado, suas instituições e os corpos que se privilegiam da sua estrutura.

Como superar essa matriz exclusiva que sustenta os Estados nacionais modernos? Como seria um mundo sem essas estruturas institucionais? Quais instituições produziríamos e colocaríamos no seu lugar? Essas são perguntas que estão longe da nossa imaginação, quanto mais da nossa realidade política. Entendemos, contudo, que são perguntas que merecem ser perseguidas.

Quanto ao campo da saúde coletiva, como pode contribuir para perseguirmos as perguntas acima? Um caminho que sugerimos é: abertura e disposição a nos vermos, nos entendermos como corpos marcados e atravessados por dinâmicas estruturantes que beneficiam uns e excluem outros; e buscarmos a solidariedade. Retomando a introdução deste artigo, será um caminho tenso, doloroso e sem garantias. Mesmo entre os que estão dispostos a esse caminho, haverá aqueles que resistirão a se ver e a renunciar os privilégios. São décadas de saúde coletiva e séculos de Brasil em depuração, não será fácil...

Abaixo, trazemos cinco propostas para as nossas instituições:

1. Apostar na política de cotas, ampliando a sua sensibilidade as marcas sociais e dinamicamente produzidas nos corpos e territórios pelo nosso Estado nacional. Com isso, teremos, frequentando a saúde coletiva, corpos políticos mais sensíveis aos problemas fundamentais da Saúde e do Brasil. Assim, poderemos contribuir para dar visibilidade a esses problemas, algo que, como campo de produção de conhecimento, devemos fazer.

2. Fazermos da política de cotas Ações efetivamente Afirmativas: não basta reservar vaga, mas permitir que os corpos políticos subalternizados possam concorrer às vagas, o que requer pensar as formas de acesso às nossas instituições. Depois que entram, esses corpos precisam permanecer nas nossas instituições. Para isso, eles devem poder frequentá-las e gozarem do que oferecem; portanto, precisam que necessidades básicas, como alimentação, moradia, o ir e o vir, estejam garantidas. Nossas instituições precisam estar mais que atentas a isso: precisam agir dentro das possibilidades para que a permanência e usufruto das suas estruturas aconteçam para todos os corpos que as frequentam, usando recursos de modo desigual para construir a igualdade de possibilidades. Não seria isso ‘equidade’?

3. Produzidos o acesso e a permanência, é a hora de acolher o que esses corpos subalternizados ‘falam’, o que trazem de experiência e saber. Uma das operações mais nefastas e ‘naturais’ que a ciência moderna promove é desejar-se neutra, objetiva e formal, em seus conceitos e categorias. A vida deve ficar do lado de fora. Sabemos que isso é uma retórica a serviço do poder da ciência ocidental, e mesmo pessoas que fizeram ciência moderníssima por muitos anos, no ocidente, estão aí para corroborar o nosso argumento^{50,51}. Construindo o olhar, os instrumentos e as

formas do pensamento do cientista estão a vida, o território e o tempo em que vive, a sua própria experiência atravessada por muitas outras⁵². Colocar a experiência de vida como ponto de partida é a tarefa básica para quem quer conhecer. Experiências de vida diferentes levarão a caminhos diferentes, e precisamos nos organizar institucionalmente para percorrê-los.

4. Para percorrermos caminhos diferentes, precisaremos de ferramentas diferentes. Escrever a partir da vivência, do corpo, da experiência e da ancestralidade é trazer ao campo a produção de conhecimento situado⁴⁹, gerar brechas para o subalterno falar⁵³ e possibilidades de moverem-se as estruturas⁵⁴. É preciso ter espaço para ‘escrever’⁵⁵, como sugere Conceição Evaristo. O que pode ser feito por meio da escrita e de outras formas. Se temos tanta facilidade de incorporar gráficos, curvas, tabelas, por que não incorporamos outras formas de imagens? Para produzir conhecimento, é preciso ser sempre por escrito? E essa escrita precisa ser sempre formal, conceitual, categorial? Precisamos incluir corpos e ferramentas para expressar o que se sabe e se quer compartilhar. Nesse sentido, são necessários recursos analíticos que nos ajudem a superar a fragmentação da experiência e a segmentação das pautas políticas em uma contemporaneidade corporativa. Um exemplo de recurso analítico para nos fazer caminhar nesse sentido é a perspectiva interseccional⁵⁶, que procura dar inteligibilidade às marcas de diferenciação nos corpos de modo articulado e dinâmico.

5. Para compartilharmos e dar visibilidade a tudo isto que queremos ver acontecer na saúde coletiva, é importante criar outras formas de difundir conhecimento além das revistas científicas e livros acadêmicos. Seguindo esse argumento, não podemos ser reféns da indústria publicacionista global que nos impõe formas e métricas de reconhecimento do que produzimos. Esse ponto

é muito difícil de ser enfrentado, visto que estamos cercados por todos os lados, e as próprias instituições que fomentam o que fazemos as impõem como garantia. Somos lidos por essas formas e métricas. Porém, não podemos desistir de pensar e produzir em outros meios, especialmente naqueles de acesso aberto.

À luta!

Colaboradores

Gonçalves LAP (0000-0002-6795-8374)*, Oliveira RG (0000-0001-8408-6427)*, Gadelha AGS (0000-0001-7767-4642)*, Medeiros TM (0000-0002-7679-0390)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

- Quijano A. Colonialidade do poder e classificação social. In: Santos BS, Meneses MP, organizadores. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez; 2010 p. 84-130.
- Fanon F. *Pele Negra, Máscaras Brancas*. Salvador: Edufba; 2008
- Galeano E. *As veias abertas da América Latina*. Porto Alegre: L&PM; 2016.
- Quijano A. “Raza”, “etnia” y “nación” en Mariátegui: cuestiones abiertas. In: Quijano A. *Cuestiones y horizonte: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*. Buenos Aires: Clacso; 2014. p. 757-777.
- Ferrer A. A sociedade escravista cubana e a Revolução Haitiana. *Almanack*. 2012; (3):37-53.
- Hobsbawn EJ. *A era das revoluções*. 9. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
- Wallerstein I. A reestruturação capitalista e o sistema mundial. *Perspectivas*. 1997-1998; (20-21):249-267.
- Gonçalves AM. *Um defeito de cor*. Rio de Janeiro: Record; 2006.
- Reis JJ. *Rebelião escrava no Brasil: a história do levante dos malês na Bahia em 1835*. São Paulo: Companhia das Letras; 2003.
- Silva DF. Oficina de imaginação política. “Sobre diferença sem separabilidade” [internet]. Portal issuu. 2016 set. [acesso em 2019 maio 31]. Disponível em: https://issuu.com/amilcarpacker/docs/denise_ferreira_da_silva_
- Mignolo WD. Colonialidade: o lado mais escuro da modernidade. *Rev. bras. Ci. Soc.* 2017; 32(94):e329402.
- Fiori JLC. “Dialética da guerra e da paz: hierarquia, conflito e ética internacional” [internet]. Portal Instituto de Economia – UFRJ, 2017 [acesso em 2019 maio 31]. Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/images/1--artigo_guerra_e_etica_internacional_2_95b92.pdf.
- Anzaldúa G. La conciencia de La Mestiza: rumo a uma nova consciência. *Rev. Estud. Fem.* 2005; 13(3):704-719.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

14. Lugones M. Rumo a um feminismo descolonial. *Rev. Estud. Fem.* 2014; 22(3):935-952.
15. McClintock A. “Pós-colonialismo e o anjo do progresso”. In: McClintock A. *Couro Imperial: raça, gênero e sexualidade no embate colonial*. Campinas: Unicamp; 2010. p.15-42.
16. Hall S. “Raça, o significante flutuante” [internet]. 1995. [acesso em 2019 set 15]. Disponível em: <http://revistazcultural.pacc.ufrj.br/raca-o-significante-flutuante%EF%80%AA/>.
17. Gonzalez L. Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira. In: *Rev. Ciênc. Soc. Hoje*. 1984; 223-244.
18. Silva DF. À brasileira: racialidade e a escrita de um desejo destrutivo. *Rev. Estud. Fem.* 2006; 14(1):61-83.
19. Camargo Jr KR. A biomedicina. *Physis*. 1997; 7(1):45-68.
20. Borghi CMSO, Oliveira RM, Sevalho G. Determinação ou Determinantes Sociais da Saúde: texto e contexto na América Latina. *Trab. educ. saúde*. 2018; 16(3):869-897.
21. Santos BS, Meneses MP, Nunes JA. “Introdução: para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo”. In: Santos BS, organizador. *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Porto: Afrontamento, 2004.
22. Birman J. A *Physis* da Saúde Coletiva. *Physis*. 2005; 15(supl):11-16.
23. Alessi G. No Brasil, dois países: para negros, assassinatos crescem 23%. Para brancos, caem 6,8%. 2018 [internet]. Portal EL PAÍS jun. 17. [acesso em 2019 maio 31]. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2018/06/05/politica/1528201240_021277.html.
24. Arantes PE. 1964, o ano que não terminou. In: Teles E, Safatle V, organizadores. *O que resta da ditadura: a exceção brasileira*. São Paulo: Boitempo; 2010. p. 205-236.
25. Santos M. *A Urbanização Brasileira*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 1993.
26. Jesus CM. *Quarto de despejo: diário de uma favelada*. São Paulo: Francisco Alves; 1960.
27. Brum E. A Amazônia é o centro do mundo. Portal EL PAÍS [internet]. 2019. Ago 9. [acesso em 2019 set 9]. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/08/09/opinion/1565386635_311270.html.
28. Nascimento A. *O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1978.
29. Cerqueira D, Lima RS, Bueno S, et al. *Atlas da Violência 2018*. Rio de Janeiro: Ipea; FBSP; 2018.
30. Mbembe A. Necropolítica, una revisión crítica. In: Chávez H, Ježík E. *Estética y Violencia: necropolítica, militarización y vidas lloradas*, Museo Universitario Arte Contemporáneo. Cidade do México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2012. p. 130-139.
31. Silva DF. Ninguém: direito, racialidade e violência. *Meritum*. 2014; 9(1):67-117.
32. Foucault M. *Nascimento da Biopolítica: curso dado no College de France 1978-1979*. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
33. Lima F. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. *Arq. Brasil. Psicol.* 2019; 70(esp):20-33.
34. Coletivo Mariachi. O fim do racismo será impossível sem o fim da branquitude, por Ronilso Pacheco [internet]. Portal Youtube 2017. [acesso em 2019 jun 2]. Disponível em: <https://m.facebook.com/coletivomariachi/photos/a.291536030986255/910059259133926/?type=3>.
35. Gomes NL, Laborne AAP. Pedagogia da crueldade: racismo e extermínio da juventude negra. *Educ. rev.* 2018; 24(e197406):1527-1536.
36. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude soc.* 2016; 25(3):535-549.
37. Carneiro S. A batalha de Durban. *Estud. Fem.* 2002; 10(1):209-214.

38. Gomes NL. O Movimento Negro educador – saberes construídos nas lutas por emancipação. Petrópolis: Vozes; 2017.
39. Munanga K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: Brandão AAP, organizador. Programa de Educação Sobre o Negro na Sociedade Brasileira. Niterói: EdUFF; 2000. p. 15-34.
40. Congresso em Foco. A íntegra do manifesto contra as cotas raciais. Portal UOL, 2006. [acesso em 2019 set 15]. Disponível em: <https://congressoemfoco.uol.com.br/especial/noticias/a-integra-do-manifesto-contras-cotas-raciais/>.
41. Feres Júnior J, Daflon VT. A nata e as cotas raciais: genealogia de um argumento público. Opin. Publica. 2015; 21(2):238-267.
42. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
43. Brasil AS, Trad LAB. O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o Estado brasileiro. In: Batista LE, Wernek J, Lopes F, et al, organizadores. Saúde da População Negra. Brasília, DF: ABPN, 2012. p. 62-91.
44. Ferreira JN. Promoção da igualdade racial em saúde: a constituição de uma política de saúde para a população negra [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016. 133 p.
45. Maio MC, Monteiro S, Rodrigues PHA. O SUS é racista? In: Fry P, Maggie Y, Maio MC, et al, organizadores. Divisões perigosas: políticas raciais no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2007. p. 235-40.
46. Reis V. Conheça os três novos Grupos Temáticos da Abrasco [internet]. 2017. [acesso em 2019 maio 28]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/conheca-os-tres-novos-grupos-tematicos-da-abrasco/29191/>.
47. Batista LE. Porque a ABRASCO criou um GT Racismo e Saúde? Ensaios & Diálogos em Saúde Coletiva. 2017 [acesso em 2019 maio 28]; (4):49-50. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/10/PDF_racismo_ensaios_4.pdf.
48. Faustino DM. A equidade racial nas políticas de saúde. In: Batista LE, Wernek J, Lopes F, et al., organizadores. Saúde da População Negra. Brasília, DF: ABPN, 2012. p. 62-114.
49. Grada K. A Máscara. Cadernos de Literatura em Tradução. (16):171-180, 2016.
50. Fleck L. Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2010.
51. Gould SJ. A falsa medida do Homem. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
52. Haraway D. Situated knowledges: the science question in feminism and the privilege of partial perspective. Feminist Studies. 1988; 14(3):575-599.
53. Spivak GC. Pode o subalterno falar? Belo Horizonte: UFMG, 2010.
54. Davis A. Mulheres, raça e classe. São Paulo: Boitempo, 2016.
55. Evaristo C. Minha escrita é contaminada pela condição de mulher negra. Nexo. 2017. [acesso em 2020 fev 21]. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/entrevista/2017/05/26/Concei%C3%A7%C3%A3o-Evaristo-%E2%80%98minha-escrita-%C3%A9-contaminada-pela-condi%C3%A7%C3%A3o-de-mulher-negra%E2%80%99>.
56. Akotirene C. O que é interseccionalidade? Belo Horizonte: Letramento; 2018. (Feminismos Plurais).

Recebido em 03/06/2019

Aprovado em 31/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

O que pode o Sistema Único de Saúde em tempos de necropolítica neoliberal?

What can the Unified Health System do in times of neoliberal necropolitics?

Rafael Agostini¹, Adriana Miranda de Castro¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S813

RESUMO Na redemocratização do Brasil, ‘nós, o povo’, comprometidos com a cidadania a materializamos na Constituição Federal de 1988. A Constituição Cidadã, refletindo a sinergia entre trabalhadores da saúde e necessidades da população, garantiu o direito universal e igualitário à saúde. A partir daí, há ataques crescentes do capital ao projeto ético-político que funda o Sistema Único de Saúde (SUS); bem como aumenta, entre alguns grupos da sociedade, uma percepção estigmatizante sobre SUS. Com os investimentos da racionalidade necropolítica neoliberal em ser *corpus* teórico central da organização da sociedade e do Estado, assiste-se à expansão da precariedade com ataques às políticas de seguridade social e de inclusão da diversidade. Tal agenda se expressa no SUS, principalmente, pelo congelamento dos investimentos sociais e pela destinação de recursos a ações que contrariam a autonomia dos sujeitos. Considerando os ataques hodiernos ao SUS e ao Estado de Bem-estar Social, pergunta-se: como resistir? A aposta é que se (re)tome o diálogo entre ‘nós, o povo’ para construir um movimento radical em defesa de ‘uma vida possível de ser vivida’ para todos. O SUS tem e terá um papel estratégico, pois continua sendo reconhecido como fundamental na garantia da vida e da equidade.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Capitalismo. Política.

ABSTRACT *In the redemocratization process of Brazil, ‘we, the people’ committed to the citizenship that led to the promulgation of the 1988 Federal Constitution. The ‘Citizen Constitution’, mirroring the synergy between health workers and the population’s needs, granting health as a right directly related to the notions of universality, integrality, and equity. We have been struggling with severe attacks of the Capital against the ethical-political agenda that founds the Unified Health System (SUS) and the stigmatized perception that a part of society has of it. With the attempt of the neoliberal necropolitical rationality to become the theoretical corpus of society and State, we’ve been witnessing the increase of precarity through the dismantling of social security and to minorities policies. The impact on the SUS took place through a decrease in financing and allocation of resources to actions against the autonomy of the subjects. Considering these attacks against the SUS and the Welfare State, we ask: how to resist? Our bet is: to retake the conversation among ‘we, the people’, in order to build a radical movement towards ‘a life possible to be lived’ for everyone. The SUS has and will continue to have a strategic role, as it continues to be recognized as fundamental in guaranteeing the right to live and equity.*

KEYWORDS *Unified Health System. Capitalism. Politics.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
rafael.agostini.vbg@gmail.com



*A vida é uma causa em si mesma.
É a causa de todas as causas.*
Pepe Mujica.

Introdução

A Constituição brasileira de 1988 é efeito e materialização de uma história nacional de lutas políticas pela garantia de direitos. Após anos de ditadura e com um cenário externo marcado pela rápida transformação dos mecanismos de funcionamento do capitalismo, nossa sociedade tomou como compromisso assegurar direitos sociais, políticos e econômicos. No centro de nossas preocupações, a garantia da liberdade e da vida para todos os brasileiros em sua diversidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é parte do acúmulo de batalhas pela redemocratização e por políticas sociais inclusivas¹, que se concretizaram na promulgação do texto constitucional. Partindo da afirmação “a saúde é direito de todos e dever do Estado”², assumiu-se a necessidade de formular, implementar e fiscalizar políticas e redes de serviços que orientassem e operacionalizassem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos brasileiros.

Fundado na universalidade e na integralidade, o sistema de saúde brasileiro adotou como princípios organizativos a regionalização e a hierarquização, a descentralização e o comando único, e a participação e o controle social. Nesse sentido, o ‘dever do Estado’ faz-se de forma tripartite e no diálogo com a sociedade posto que, legalmente, é imprescindível a concertação entre os entes federados e conselhos de saúde.

Desde a Constituição e da Lei nº 8.080/90, o SUS experimenta as consequências de disputas e tensionamentos políticos que atravessam nossa sociedade, que se concretizam em uma série de emendas à Constituição, leis, decretos, portarias e normas nem sempre favorecedora do projeto ético-político que o sustenta.

No entanto, no mesmo período, assistimos e trabalhamos pelo fortalecimento e pela

expansão do nosso sistema público de saúde, tendo especial sucesso na capilarização, financiamento e qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS), no controle de doenças infecto-contagiosas, na cobertura vacinal, na redução da mortalidade materna e infantil, na segurança alimentar, no controle do tabagismo e nas políticas de saúde mental e HIV/Aids (Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)³⁻⁹.

A despeito de impasses e de gargalos na garantia do acesso universal e integral à saúde, vimos persistir a defesa da saúde pública como cláusula pétrea de nosso contrato social desde a redemocratização até o golpe de 2016.

A modulação do capital que emerge a partir da década de 1980, crescentemente globalizada, multipolar e financeiro-especulativa¹⁰, produz, em 2008, uma das suas maiores crises cíclicas, que significou empobrecimento para a maioria das populações e fator de enriquecimento para alguns. No Brasil, os efeitos deletérios da crise foram inicialmente contidos por investimentos, políticas públicas não regressivas e grandes eventos. Porém, logo se fizeram sentir com o agravamento da especulação neoliberal e com a orquestração de elementos que propiciariam uma crise política.

Sob o argumento do ajuste econômico e do combate à corrupção, os antagonismos entre projetos civilizatórios e entre diferentes grupos sociais – classes sociais, diria nosso amigo barbudo¹¹ – se explicitaram e são fomentados. Viu-se (re)emergir um conjunto de discursos e práticas autoritárias e conservadoras, cuja novidade é a articulação entre necropolítica¹² e neoliberalismo¹⁰ e seu *modus operandi* digital e em rede¹³.

Nesse cenário sombrio, que gestou, por exemplo, o congelamento dos recursos da saúde e educação por 20 anos a despeito das análises sobre nossa polarização epidemiológica¹⁴ e transição demográfica¹⁵, nos interessa pensar na (re)construção do Brasil. Assim, se ainda carregamos as chagas da escravização dos povos africanos, do genocídio dos povos tradicionais e dos projetos eugênicos que

trouxeram europeus para ‘embraquecermos’, também experimentamos a potência transformadora de políticas públicas socialmente referenciadas como a inclusão plural dos jovens nas universidades, da participação social na construção do SUS, da reversão das tendências de aumento da população vivendo abaixo da linha de pobreza.

É nesse cenário e almejando outros horizontes que nos perguntamos: o que pode o SUS? O que pode o sistema de saúde público brasileiro ante a necropolítica¹², que se quer projeto ético-político hegemônico e fundante do Estado pós-2016?

A Reforma Sanitária e seu projeto ético-político

Se uma constituição é efeito de tensões, contradições e acordos possíveis em dado momento histórico de uma sociedade, podemos dizer que, em 1988, após longo inverno, fizemos uma aposta pelo Estado de bem-estar social à europeia¹⁶. Embora haja questões político-epistemológicas em afirmar ‘nós, o povo’, como lembra Butler¹⁷, parece adequado dizer que a promulgação da Constituição brasileira² envolveu uma série de atos – discursivos ou não –, em que ‘nós’ nos comprometíamos e reivindicávamos o direito a “uma vida possível de ser vivida”¹⁷⁽¹⁶⁷⁾ para todos.

Nesse sentido, a criação do SUS foi efeito de um processo de acúmulo de saberes e práticas que aconteceram, por um lado, à margem do discurso hegemônico e, por outro, na ocupação de espaços na máquina estatal por grupos vinculados ao pensamento progressista¹⁸.

Articulavam-se movimentos sociais pela redemocratização do País, pela anistia, pelo enfrentamento da desigualdade social e redução da extrema pobreza e pelo fortalecimento da sociedade civil em torno do imperativo ético de defesa da vida, em que igualdade e equidade¹⁹ convergiam para a concretização da saúde como direito social^{16,20}.

Sob o significativo ‘movimento sanitário’, reuniram-se experiências plurais de oposição

ao *status quo*, que guardavam diferentes pontos de inserção na cena política, nos diversos campos de conhecimento envolvidos na produção da saúde e nos jogos de poder que atravessavam a disputa pelo sentido da saúde no País.

Em um cenário mundial de hegemonia neoliberal e questionamento da capacidade econômica e da competência gerencial do Estado em oferecer bens e serviços à população, o movimento da Reforma Sanitária – a despeito de suas contradições internas – e a atuação de parlamentares do campo da saúde na Câmara dos Deputados, a partir de 1976-1978, garantiram o processo institucionalização do SUS^{18,20}.

Ancorada no aumento de adoecimentos e mortes, na impossibilidade de acesso de inúmeros brasileiros à atenção à saúde, na expansão das reflexões teóricas comprometidas com propostas concretas para melhoria da qualidade de vida das classes trabalhadoras e na experiência de implementação de projetos municipais de gestão da saúde alinhados à garantia da saúde pública de qualidade, a concretização do SUS integrava um projeto ético-político e civilizatório. Tal projeto toma a saúde como direito garantido por políticas sociais e econômicas, integra saúde à seguridade social e afirma a defesa da cidadania a partir de direitos sociais universais e inalienáveis^{2,21}.

Entretanto, há uma distância considerável entre o que foi registrado nos textos constitucional e infraconstitucionais para a operação do SUS e como ela de fato se deu e se dá na experiência dos cidadãos.

Em que pesem os discursos em defesa do SUS, na maior parte da chamada ‘Nova República’, assistiu-se à implementação de ações que facilitaram a privatização e a mercantilização e, concomitantemente, operacionalizaram a política de saúde pública sob a lógica da contenção de gastos e da seleção das demandas populacionais a serem atendidas²⁰.

A partir da perspectiva neoliberal e, muitas vezes, sob influência dos interesses corporativistas, vimos a implementação da política de saúde ser alvo de estratégias de contenção de

gastos, de contingenciamento e, finalmente, de congelamento dos valores pelos próximos 20 anos. Sob o discurso de ‘crise econômica’, de equilíbrio das contas públicas e de austeridade, o SUS é tomado como despesa a ser racionalizada. Negando-o, inclusive, como área produtiva de grande impacto na economia brasileira^{20,21}.

Em um mundo que instiga a competitividade e a produção de sujeitos empresários de si¹⁰, a queda de braço entre um projeto ético-político marcado pela defesa da igualdade, universalidade e equidade e um *modus operandi* neoliberal, individualista e privatista tem sido intensamente midiaticizada.

Hegemonicamente, a narrativa dos grandes meios de comunicação diz da falta de gestão, infraestrutura, tecnologia, insumos, profissionais, transparência, honestidade. Assim, o SUS emerge, na maioria das vezes, como exemplo paradigmático da falência do Estado na oferta de bens e serviços. Tal narrativa, associada à pressão do mercado privado de saúde, tem produzido e espalhado no imaginário da sociedade brasileira a certeza da precariedade do sistema público, de que buscá-lo é falta de opção e de que um atendimento público de qualidade é ‘sorte’²².

Nesse cenário, o estigma em relação ao SUS e a ser usuário da saúde pública – como se todos não o fôssemos! – que pode ser associado às classes médias²² se espalha e ocupa, por exemplo, a agenda dos trabalhadores e seus sindicatos. Como presenciamos, por exemplo, durante assembleia de greve dos trabalhadores da construção civil nas obras para a copa do mundo de futebol no Rio de Janeiro, em que havia grande indignação porque um trabalhador vítima de um acidente foi levado à emergência do SUS e se reivindicava plano de saúde coletivo para operários e suas famílias.

Reigada e Romano²² verificaram que, mesmo diante das experiências positivas de cuidado à saúde, persiste a desconfiança em relação à política pública de saúde. As autoras apontam que, por um lado, há desconhecimento sobre a organização e funcionamento do SUS; por outro, em uma sociedade de consumo,

tende a prevalecer a lógica em que os direitos são compreendidos a partir da relação de prestador-consumidor. Investe-se, pois, no esvaziamento do conceito de cidadania²¹.

Poderíamos analisar o tensionamento constante entre os sistemas público e privado de saúde que coexistem no Brasil e o papel tático da mídia nos jogos de verdade que nos atravessam com múltiplas lentes. Porém, interessa-nos justamente pensar a relação do SUS com ‘nós, o povo’¹⁷.

Butler¹⁷ afirma que a expressão ‘nós, o povo’ é imanente à constituição daqueles que assim se designam em um espaço público, real ou virtual, que lhes dá suporte à existência, ao aparecimento. O significante implica um conjunto plural de corpos, os quais estão diferentemente expostos à precariedade e são, concomitantemente, alvos e agentes de disputas políticas.

A demarcação ‘nós, o povo’ não assegura harmonia, uniformidade de interesses nem convivência pacífica. Porém, não impede que pensemos na construção de propostas convergentes, que nos reúnam no estabelecimento de uma ética da convivência, marcada pela igualdade e pela minimização da precariedade¹⁷.

Entendemos que o projeto ético-político de nação do movimento da Reforma Sanitária, inscrito na Constituição de 1988 e vivo no cotidiano do SUS pelo País, é uma dessas propostas convergentes. Entretanto, cabe perguntar: perdemos a capacidade de reunir ‘nós, o povo’ entorno dessa proposta? Como resistir na defesa da vida e da saúde pública em tempos de necropolítica neoliberal?

Necropolítica neoliberal e efeitos no Brasil

Partindo das reflexões foucaultianas sobre o biopoder, o filósofo Mbembe¹² se pergunta se essa noção é suficiente para pensar as maneiras contemporâneas de funcionamento do poder, “em que o político, por meio da guerra, da resistência ou da luta contra o terror, faz do assassinato do inimigo seu objetivo

primeiro”¹²⁽⁶⁾. Além disso, ilumina os processos que recorrem ao Estado de exceção e à noção ficcional de inimigo como base normativa do direito de matar. Em sua reflexão quanto ao lugar da vida, da morte e dos corpos humanos nos regimes de poder contemporâneos, o autor desloca a proposta foucaultiana partindo da análise dos cenários coloniais e neocoloniais e introduz a ideia de necropolítica.

O conceito de necropolítica como paradigma da divisão entre segmentos sociais, que regulamenta – e regulariza – o poder de gestão da vida, vai ditar quem pode viver e quem deve morrer para garantir o funcionamento da máquina de guerra capitalística. Para tanto, produz o esvaziamento do *status* político dos sujeitos e sua redução a um emaranhado bioquímico inumano, buscando assegurar a legalidade de toda sorte de genocídios, por ação bélico-militar ou por abandono.

A máquina de guerra capitalística, no contemporâneo, age para perpetuar os ciclos de exploração da grande maioria por alguns poucos na (re)composição das operações necropolíticas e neoliberais²³.

Valverde²³ busca evidenciar como a agenda neoliberal instaura políticas de morte. A autora analisa que as frações das classes dirigentes não têm mais no aparato policial a única estratégia de eliminar quem não interessa ao sistema capitalista. Os sujeitos que não produzem, não consomem ou representam perigo a arquitetura da desigualdade do capitalismo são alvo de uma ‘violência discreta’, que os deixa morrer silenciosamente a partir de uma agenda de austeridade radical e exclusão. Atingindo todos os trabalhadores, essa agenda é especialmente cruel com aqueles que vivem às margens, onde vulnerabilidade e precariedade¹⁷ ganham força.

Segundo Valverde²³, essa estratégia é exitosa na medida em que o sistema neoliberal fomenta que os minimamente incluídos desconfiem, como regra, dos excluídos, não se identifiquem com o seu sofrimento nem se solidarizem com eles. Alimenta-se, a ideia de que os excluídos são essencialmente

diferentes, e não confiáveis, potencialmente desagradáveis e perturbadores, pois ‘ameaçam’ a ordem pretensamente perfeita do *socius*. Destarte, os trabalhadores são ludibriados – pela imprensa hegemônica e por um complexo e sofisticado arsenal cultural – a endossar a classe dirigente para quem os excluídos são imundos, com maus hábitos e responsáveis por seu próprio sofrimento.

Na leitura de Butler¹⁷ a produção desse outro como inimigo articula-se ao uso que o neoliberalismo faz da noção de responsabilidade. Articulada ao individualismo competitivo e à autossuficiência como valor moral, a responsabilidade pressiona o sujeito a buscar incessantemente aquilo que estruturalmente o sistema o impedirá de conseguir. Assim, se estabelece a precariedade como condição real para uns e ameaça constante e contínua para todos. Dispensável ou potencialmente dispensável, o sujeito experimenta a ansiedade de maximizar seu próprio valor de mercado e ‘matar seus inimigos’.

Mbembe¹²⁽²⁷⁾, noutra perspectiva, lembra que não se pode analisar a articulação terror/Estado desde a modernidade sem abordar a escravidão – “uma das primeiras manifestações da experimentação biopolítica”. A escravidão distinguia claramente quem era e quem não era gente e, no caso brasileiro, como aponta Souza²⁴, foi a instituição que moldou nossa forma de organização social e continua viva nos afetos e na mentalidade da população brasileira, notadamente da classe dominante e de frações das classes médias.

A promulgação da Lei Áurea, como se fosse benesse concedida aos povos escravizados, evidentemente não teve o condão de transformar ‘propriedades’ em gente da noite para o dia. Ao contrário, parece ter perpetuado um imaginário de que há populações inteiras ‘indignas’ e ‘fracassadas’, que merecem: a morte, a partir da ‘segurança pública’, ou a filantropia, na perspectiva de uma saúde para ‘quem não pode pagar’.

Fazendo dialogar Mbembe¹² e Ribeiro²⁵, encontramos no Brasil uma classe dominante infecunda, composta por descendente de

senhores de escravos, que trazem na alma o pendor de quem compra um ser humano e busca tirar, sob o chicote, aquilo que ele pode dar, da forma mais descartável possível, como carvão que se queima para produzir e obter lucro. Numa postura perversa e pervertida – necropolítica –, fazem do País uma verdadeira máquina destinada a moer gente, como aponta Darcy Ribeiro²⁵.

No Brasil, em certa medida, a necropolítica sempre foi patrocinada por diversas frações desta classe dominante e sua genealogia se confunde com a história do País. Entretanto, diversos mecanismos de contingenciamento de suas operações foram conquistados, por exemplo: a institucionalização da participação e controle social na elaboração e gestão de políticas públicas, a implementação de políticas de redistribuição de renda e de mecanismos de garantia de equidade e representatividade – como as cotas para populações negras e indígenas acessarem o ensino superior.

Ocorre que, desde o golpe político-jurídico-midiático²⁶ de 2016, parece que nossos acordos de garantia de cidadania²¹ se esgarçaram, foram colocados sob suspeita na sociedade e sob ataque do próprio aparelho do Estado. Investiu-se na ruptura dos nossos pactos constitucionais e na construção de uma ‘ponte para o século XIX’²⁷. Um exemplo foi a implementação da contrarreforma trabalhista, que trouxe de volta a precariedade das condições de trabalho e a desresponsabilização patronal²⁸.

Tal cenário parece se agravar no período pós-eleitoral de 2018, levando-nos a perguntar em que medida o projeto necropolítico não passou de inspiração a corpus teórico central da organização da máquina de guerra estatal. Por um lado, vemos o acirramento dos ataques à seguridade social, à educação e à diversidade que foram escamoteados na campanha e agora surgem em campo aberto. Por outro, assistimos à ação ostensiva – e assassina – das forças de segurança pública nos territórios periféricos e a invisibilização das mortes de lideranças de direitos humanos e ambientais.

De saída, o governo eleito recuperou a antirreforma da previdência rechaçada pelos

brasileiros no pós-golpe e a transformou em sua principal bandeira. A proposta original do governo estabelece uma idade mínima de 65 anos para homens e 62 para as mulheres, amplia para 40 anos o tempo de contribuição para a aposentadoria integral e legaliza pagamentos menores que um salário mínimo. Ademais, decreta o fim da aposentadoria especial para professores do ensino básico e pequenos produtores rurais e aumenta para 70 anos a idade mínima para que idosos em condição de miserabilidade acessem o Benefício de Prestação Continuada (BPC)²⁹.

O texto encaminhado cria dificuldades e, em boa parte dos casos, inviabiliza o acesso à aposentadoria. Diante da dificuldade de inserção ininterrupta no mercado formal por períodos tão longos, das altas taxas de desemprego – que chegam a 20% em certas regiões – e da baixa expectativa de vida em alguns estados da federação, se for aprovada a nova legislação condena à morte os trabalhadores mais pobres antes que possam se aposentar^{30,31}.

O cerceamento aos benefícios por morte, o fim da multa sob o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e do seu recolhimento para aposentados que seguem em atividade laborativa e a proibição de exigir judicialmente medicamentos de alto custo, tal como se encontra na proposta enviada ao parlamento, constroem economicamente os que dependem da seguridade social para sobreviver.

Além disso, representantes do governo federal vêm declarando que as Normas Reguladoras de condições de segurança e saúde no trabalho serão reduzidas em pelo menos 90%³². Os trabalhadores que serão submetidos a condições insalubres e inseguras de trabalho decerto não serão magistrados, parlamentares ou militares de alta patente, nuançando a segmentação que nos fala Mbembe¹² e fixando quem merece trabalho decente e quem deve se contentar às circunstâncias ditas possíveis³³.

Outra medida – talvez, a mais obviamente vinculada à guerra e ao terror – que fala do despudor da ação necropolítica no Brasil é a mudança, por decreto, na legislação sobre

posse e porte de armas. Embora saibamos que o Estatuto do Desarmamento não tem sido capaz de fazer regredir o número de homicídios por armas de fogo, é notório que conteve a corrida armamentista³⁴ e derrubou em mais de 250% a taxa de crescimento dos mortos, salvando mais de 100 mil vidas, especialmente entre os jovens³⁵. A despeito das informações existentes e da violência já vivenciada no País, o governo federal insiste em liberar armas de fogo para cidadãos civis. Para todos? Será?

Na primeira versão do decreto³⁶, a aquisição e o registro de armas para posse em domicílio ou estabelecimentos comerciais foi consideravelmente facilitada para vários grupos. Na segunda³⁷, o porte foi garantido a todos os políticos, do presidente aos mais de 57 mil vereadores brasileiros. Por ele, se permite andar armado em espaços públicos a jornalistas, oficiais de justiça, advogados, conselheiros tutelares, agentes reguladores de trânsito e caminhoneiros, totalizando quase 20 categorias profissionais.

Latifundiários, por sua vez, passaram a ter permissão de utilizar armas não apenas dentro de casa, mas em toda a extensão da sua propriedade. A importação de armas e munições é liberada para civis e se aumenta o número de projéteis que podem ser adquiridos - na primeira versão do texto chegou-se a incluir fuzis entre as armas que poderiam ser compradas pelo cidadão comum. Além disso, é previsto o acesso a clubes de tiro para menores de idade com autorização dos pais.

Por fim, a importância da preservação do meio ambiente para a manutenção e qualidade da vida é sistematicamente ignorada. À liberação indiscriminada de quase duas centenas de agrotóxicos, ignorando seus efeitos trágicos para a saúde³⁸, se soma a redução significativa do número de multas aplicadas pelo Ibama e a intenção de romper parcerias com organizações da sociedade civil atuantes na proteção ambiental. As críticas ao acordo de Paris sobre mudanças climáticas culminaram no cancelamento - por parte do Brasil - do encontro regional da Organização das Nações

Unidas (ONU) sobre mudanças climáticas e na recusa em sediar a Conferência das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas em 2025.

Se no âmbito das linhas de determinação social da saúde, exemplificadas acima, os impactos na morbimortalidade e na qualidade de vida da população podem ser intensos, ao focarmos especificamente a organização do setor sanitário a situação não é menos preocupante. Pensando no projeto ético-político que funda o SUS, gostaríamos de apontar como analisadores da situação três campos: a Estratégia Saúde da Família (ESF) e as políticas de saúde mental e HIV/Aids.

A ESF, no Brasil, se mostrou indispensável para o alcance de uma cobertura universal do SUS e era, antes da crise, responsável prioritária pelos cuidados em saúde de mais da metade da população brasileira, alcançando em números absolutos mais de 110 milhões de pessoas. A sua maior expressão em regiões de maior vulnerabilidade vem evidenciando o compromisso prioritário com a redução das iniquidades. Ainda que os resultados não possam ser isolados, um exemplo do êxito da ESF é que as internações por causas sensíveis à APS reduziram-se consideravelmente no período de 2001-2016, passando de 120 para 66 por 10 mil habitantes³⁹.

Todavia, Rasella e colaboradores⁴⁰ apontam os malefícios das medidas de austeridade como a EC-95 e a consequente redução da cobertura da ESF com os recuos no Programa Mais Médicos. A projeção é de que a taxa de mortalidade prematura, aquela que acontece antes dos 70 anos, pode aumentar até 8,6% até 2030, o que significa quase 50 mil mortes que poderiam ser evitadas. O número, como apontam os pesquisadores, provavelmente está subestimado já que óbitos que não são classificados como sensíveis à APS, mas sobre os quais a ESF teria alguma incidência, não estão contabilizados.

Noutro artigo⁴¹, os pesquisadores afirmam que a garantia dos níveis de investimento significaria salvar a vida de quase 20 mil crianças de até cinco anos e evitar a internação de mais

de 120 mil delas, em comparação com um cenário em que programas de proteção social têm sua cobertura significativamente reduzida pela política de cortes de longo prazo. Evidentemente os impactos serão mais significativos nos municípios mais pobres, atingirão de forma mais cruel às populações mais vulneráveis e incidirão sobre o aumento das desigualdades.

O imbricamento proposto pelo movimento de Reforma Sanitária entre uma concepção ampla de saúde e a radicalização da democracia é notório em todo o SUS, mas especialmente em áreas como a saúde mental e o HIV/Aids, que convocam posicionamentos ético-políticos de distintos atores sociais e proporcionam não apenas desafios importantes, mas enormes inovações no âmbito da atenção à saúde. É justamente por isso, não por acaso, onde acontecem os primeiros ataques.

No caso da saúde mental, a ‘nova política’ já nasce velha e recupera a institucionalização do usuário, o uso de eletrochoque no SUS e as internações de crianças em hospitais psiquiátricos⁴². Especificamente no caso dos problemas causados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, o texto define a abstinência como única estratégia e institui o financiamento público massivo para comunidades terapêuticas, privilegiando o asilamento. Verifica-se, pois, uma vitória do mercado de internações com a negação dos usuários como sujeitos de direito e a ‘permissão’ estatal para sua institucionalização compulsória e à revelia do seu desejo.

Quanto ao HIV/Aids, categorias reconhecidamente implicadas no sucesso de estratégias de prevenção e fundamentais à garantia de direitos e à promoção da saúde de populações mais vulneráveis⁴³ como ‘gênero’, ‘diversidade sexual’, ‘direitos sexuais e reprodutivos’ e ‘redução de danos’ vêm sendo questionadas. Partindo de uma racionalidade que apela a valores moral-religiosos, investe-se em privatizar o debate, retirando-o do âmbito da garantia de direitos pelo Estado e lançando-o ao ‘foro íntimo’ das famílias. A reboque dos ‘novos’ tempos, materiais sobre estratégias

de prevenção e exercício mais saudável da sexualidade voltados às pessoas transexuais e aos adolescentes foram censurados. Recentemente, o desaparecimento do programa brasileiro de HIV/Aids na estrutura formal do Ministério da Saúde é sinal de alerta para a ruptura com a garantia de estratégias de educação, prevenção e, até mesmo, de acesso à medicação antirretroviral em todas as situações de exposição ao vírus – já questionado por atores da arena pública.

Então, o que pode o SUS?

Diversos países, além do Brasil, têm sistemas públicos de saúde, mas o maior e ‘mais desenvolvido’ entre estes, a Inglaterra, tem apenas 130 mil km² de extensão e uma população que não alcança 65 milhões de pessoas – números próximos aos do estado de São Paulo. No caso brasileiro, por sua vez, falamos de quase 220 milhões de habitantes de diversos pertencimentos étnicos, socioculturais e econômicos espalhados em mais de 8 milhões de km². Garantir, nesse contexto, um sistema público, gratuito e de qualidade é um desafio grande e inédito.

A saúde ainda é apontada pelo povo brasileiro, em pesquisas de opinião, como uma das áreas que devem ser priorizadas pelas políticas públicas^{44,45}. Nas mesmas pesquisas, o SUS aparece como alvo de críticas e são revelados gargalos graves. Apesar disso – e da narrativa construída por setores da mídia hegemônica – os resultados também indicam que grande parte da população utiliza o SUS, defende que ele se mantenha como modelo de acesso universal e, inclusive, acredita ser necessário maior aporte de recursos.

Entretanto, num projeto necropolítico neoliberal, parece que já não é preciso qualquer pudor em atacar políticas, instituições e serviços públicos, em especial quando seu principal efeito na sociedade vincula-se à redução das desigualdades sociais e à garantia de direitos e, sobretudo, de equidade. Assim, tornou-se comum no noticiário encontrar o desmonte

de ações para acesso à renda mínima, à educação – sobretudo, embora não só, universitária – à demarcação de terras indígenas entre outras. Bem como a veiculação explícita de propostas de fim da gratuidade do ensino público e do próprio SUS.

À primeira vista, tais movimentos de privatização total, parecem não causar qualquer indignação uma vez que às grandes corporações midiáticas não interessa a veiculação do dissenso nem de discursos contrários à mercantilização. Contudo, isso não se sustenta quando ouvimos as expectativas da população.

Entrevistas nas portas das unidades de saúde, na casa das pessoas que esperam cirurgias há anos ou nas filas de vacinação em épocas de ‘crise’ como da febre amarela, a maioria da população anseia por um SUS que funcione, não que acabe. Dentre os trabalhadores, a solução dos problemas que percebem e experimentam no sistema de saúde passa por mais e melhor investimento em saúde pública – nunca por menos. Conforme pesquisa realizada pelo Datafolha em 2018, a saúde continua como prioridade política nº 1 para 39% dos entrevistados e 88% deles defendem que o SUS permaneça gratuito, integral e universal⁴⁶.

Num cenário em que a população em geral e, especificamente, as mais vulneráveis vivem sob o impacto de uma série de violências por ação e/ou omissão dos vários setores/atores sociais não é desprezível que o SUS, em que pese às violências que nele também ocorrem⁴⁷⁻⁵⁰, ainda seja desejado e valorizado.

Considerando os usuários diretos dos serviços de saúde percebemos que se há uma fatia da população que estigmatiza o SUS, notadamente as classes médias urbanas²², também há grupos que reconhecem sua importância. Noutra direção, há aqueles que, mesmo não recorrendo à clínica realizada no SUS, reconhecem sua importância em campos como vigilância sanitária, controle de zoonoses, vigilância ambiental, produção de insumos, inovação tecnológica e formação de profissionais. Assim, é difícil dizer que o sistema público de saúde brasileiro não esteja presente na vida da maioria de ‘nós, o povo’¹⁷.

Entendemos que essa presença na vida de quase 100% dos brasileiros e o valor que lhe é dado por muitos de nós oferecem uma grande potência ao SUS. No entanto, é urgente que trabalhemos na recomposição das relações de pertencimento entre políticas públicas, bem público e cidadãos. É importante que retomemos as bases do projeto ético-político que nos permitiu chegar até aqui, mesmo que aos trancos e barrancos. É fundamental que saíamos às ruas – físicas ou virtuais –, para explicitar nosso compromisso com a vida, nossas dificuldades e convocar a sociedade para um processo de reflexão e construção coletiva menos aprisionado nos arranjos organizacionais já estabelecidos e, muitas vezes, enfraquecidos.

Campos^{51,52} tem alertado da necessidade de nos movermos em direção a outros modos de fazer/defender a saúde pública a fim de não perdermos a potência de nosso projeto ético-político. Por um lado, o autor nos convoca a deslocarmos nossas práticas de ações que tentam manipular desejos, valores e sensações dos sujeitos e seus corpos em função de necessidades das normas estabelecidas pela epidemiologia ou pela política administrativa. Por outro, explicita que não teremos saída senão deixarmos de lado uma postura de lamentação e/ou denúncias das injustiças e adotarmos uma postura ativa que, partindo de nossas contradições, (re)construa propostas concretas e efetivas frente à racionalidade neoliberal.

Nessa direção, Campos⁵¹⁽²⁵⁾ defende um compromisso intransigente com o “agir paidéia”, que desenvolve integralmente as pessoas ao “assegurar capacidade de compreensão e de decisão aos vários setores envolvidos em um projeto”⁵¹⁽²⁵⁾, estabelecendo outros padrões relacionais entre elas e as envolvendo na defesa da própria saúde. A intenção de operar o projeto ético-político do SUS e do País num “agir paidéia”⁵¹⁽²⁵⁾ faz mais sentido do que nunca frente ao aumento e à circulação de discursos de ódio, que tentam classificar determinadas vidas como passíveis de serem ceifadas.

Em que pese o nosso compromisso com a diversidade, a busca constante de diálogo na ESF com os territórios e uma série de políticas arrojadas de saúde – nacional e localmente – para garantia de direitos a segmentos populacionais específicos – como pessoas LGBT, povos indígenas, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua ou em privação de liberdade – sabemos que há muito por se fazer na direção de um “agir paideia”⁵¹⁽²⁵⁾. Precisamos operar os princípios ético-políticos do SUS num movimento de defesa crescente e radical das singularidades expressas nos corpos, afetos e modos de estar no mundo em todos os espaços da vida e podemos fazê-lo por nossa capilaridade, abertura ao diálogo com as necessidades de saúde e quantidade de trabalhadores espalhados no País.

Quando aborda o enfrentamento da lógica necropolítica neoliberal, Valverde²³ propõe como antídoto estratégias que mobilizem o desejo de compartilhar e construir iniciativas comuns, que agreguem grupos e ideias plurais, investindo em reunir o que o poder do capital quer dividir. A autora salienta que para tanto é preciso vincular discursos e práticas de forma crítica e criativa a uma empatia radical, a qual tende a emergir mais potente quanto mais articulada aos espaços onde a exclusão/opressão vive.

Sinergicamente, Butler¹⁷⁽¹⁶⁴⁾ afirma que a vulnerabilidade é uma característica de nossa experiência. Somos seres que dependemos dos outros e “de um mundo sustentado e sustentável”. Tal marca da nossa experiência, que se dá, objetiva e subjetivamente, de forma diferenciada a depender do lugar que ocupamos no eixo espaço-temporal, é o que podemos mobilizar coletivamente para reexistir e resistir à necropolítica.

No diálogo com Campos^{51,52}, Valverde²³ e Butler¹⁷, mirando o acúmulo de experiências potentes de melhoria da qualidade de vida desenvolvidas na e a partir da saúde pública brasileira e buscando estratégias solidárias e não violentas para consolidar as palavras do

poeta “apesar de você, amanhã há de ser outro dia”⁵³, afirmamos que o SUS pode muito.

Frente ao avanço da necropolítica neoliberal, que agora, mais do que nunca, parece contagiar as máquinas do Estado, entendemos que há que se radicalizar o projeto ético-político que possibilitou existir um SUS e (re)construí-lo como um projeto civilizatório.

Defendemos que é partindo da realidade concreta, plural e contraditória de nossos saberes, práticas, trabalhadores e usuários que podemos disputar corações e mentes para resgatar um projeto nacional de desenvolvimento fundado na equidade. Olhando para trás, para essa história de pouco mais de trinta anos, e tudo que fizemos acontecer no Brasil – país marcado por opressões, desigualdades e autoritarismos –, ousamos afirmar que é possível reaquecer nossos espaços de participação social, de articulação intersetorial, de mobilização popular a fim de reagir às investidas necropolíticas neoliberais.

Considerações finais

A defesa de narrativas machistas, racistas, LGBTfóbicas e xenófobas vêm sendo (re) reproduzida, em maior ou menor escala, há muitos anos. Contudo, a partir do início da campanha eleitoral de 2018 relatos desse tipo de intolerância nas redes sociais se espalharam com especial vigor. Os discursos de ódio e sua produção de relações de inimizade¹² buscam constranger a política como meio de resolução de conflitos. A ‘novidade’ no contemporâneo parece ser a magnitude que alcançam com suporte das tecnologias digitais de comunicação. Bem como sua proliferação a partir de ocupantes de cargos no governo federal, que entoam seu saudosismo do passado mais sombrio da história nacional e naturalizam os índices vergonhosos de mortes anuais associadas à violência contra mulher, à LGBTfobia e ao genocídio da juventude negra, demarcando que nossas vidas – algumas delas! – são descartáveis.

A tese que defendemos neste texto é de que o SUS é um dos mais efetivos contravenenos à necropolítica no Brasil. O SUS constitui-se elemento político e tático para enfrentar as pautas autoritárias e conservadoras nos costumes, irresponsáveis nas questões ambientais, anticientíficas na produção de conhecimento, anti-seculares na condução do Estado e genocidas na gestão da vida.

Sistema universal de saúde num país com mais de 200 milhões de habitantes, o SUS traz em sua biografia um sopro vanguardista e vem nos dando – a ‘nós, o povo’ – demonstrações teóricas e práticas de sua importância para pensar a política como espaço democrático de participação e concertação. Apesar da conjuntura, segue investindo na discordância como possibilidade de reflexão e no tensionamento como parte da articulação e pactuação de políticas públicas comprometidas com a defesa inegociável da vida e de todos os modos de viver. Por sua capacidade de se agigantar, expandir, acomodar e incluir, o SUS tem um papel estratégico para recuperar o presente, mas também para escrever um nosso futuro.

Apesar da escalada necropolítica que analisamos – e mesmo diante das justas críticas da sociedade às falhas do sistema –, os mais radicais detratores do papel social do Estado

não são capazes de encontrar apoio na arena pública para propor abertamente o seu fim, sendo necessário que recorram a sucessivas cortinas de fumaça para atacar o SUS.

Como diz Gandhi, cada vez que se dá um passo adiante a ordem existente é perturbada,

quando uma sociedade inteira avança, esse atropelo se faz em uma escala muito maior; e cada coisa que transtornar os interesses criados que quiser suprimir – tudo! – se transforma em um obstáculo⁵⁴.

Nosso sistema de saúde e seus princípios transtornaram e transtornam os interesses do neoliberalismo. Por isso mesmo, o SUS segue potente para superarmos os atuais obstáculos e disputarmos corações e mentes na defesa de um projeto nacional de desenvolvimento popular, soberano e solidário.

Colaboradores

Agostini R (0000-0001-8071-9362)* e Castro AM (0000-0003-1190-5828)* contribuíram igualmente para a concepção, planejamento, análise, elaboração e aprovação final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Melo EA. O que pode o Mais Médicos? *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(9):2672-2674.
- Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. [acesso em 2020 fev 21]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil. Uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006 Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília, DF: Ipea; 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
- Sanches D, Contarato A, Oliveira W. Cobertura de vacina contra sarampo voltou ao patamar dos anos 2000; número de internações pela doença saltou de 33 casos para 135 em três anos [internet]. [acesso em 2019 ago 13]. Disponível em: <http://dapp.fgv.br/doencas-imunopreviniveis-uma-analise-das-estatisticas-oficiais-de-saude-para-enfermidades-com-prevencao/>.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2020 fev 7]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude-brasil-2017-analise-situacao-saude-desafios-objetivos-desenvolvimento-sustentavel.pdf>.
- Silva SP. A trajetória histórica da segurança alimentar e nutricional na agenda política nacional: projetos, descontinuidades e consolidação. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, DF: Ipea; 2014.
- Pinto HS. A Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil (Parte I): A Modernização do Estado e os Avanços na Superação da Fome [internet]. Brasília, DF: Núcleo de Estudos e Pesquisas. [acesso em 2019 set 19]. Disponível em: www.senado.leg.br/estudos.
- Dardot P, Laval C. A nova razão do mundo. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo; 2016.
- Marx K. O capital. Rio de Janeiro: LTC; 1982.
- Mbembe A. Necropolítica, biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: n-1 edições; 2018.
- Rodrigues C. Capitalismo informacional, redes sociais e dispositivos móveis: hipóteses de articulação. *Galáxia.* 2010; (20):70-83.
- Araújo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* [internet]. 2012 [acesso em 2019 set 9]; 21(4):533-538. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002&lng=pt.
- Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde* [internet]. 2012 [acesso em 2019 set 9]; 21(4):529-532. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt.
- Ocké-Reis CO. SUS: o desafio de ser único. In: Santos NR, Amarante PDC, organizadores. Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2011, p. 101-114.

17. Butler J. *Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2018.
18. Escorel S. *Reviravolta na Saúde, origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
19. Escorel S. *Equidade em Saúde*. Dicionário da Educação Profissional em Saúde [internet]. [acesso em 2019 set 17]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equasau.html>.
20. Campos GWS. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec; 2006.
21. Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella, L, Escorel S, Lobato LVC, et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008, p. 23-64.
22. Reigada CLL, Romano VF. O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média. *Physis*. 2018 [acesso em 2019 set 17]; 28(3):e280316. Disponível em: <https://scielosp.org/article/physis/2018.v28n3/e280316/>.
23. Valverde C. De la necropolítica neoliberal, a la empatía radical. *Violencia discreta, cuerpos excluidos y repolitización*. Madrid: Icaria; 2015.
24. Souza J. *A Elite do atraso: da Escravidão à lava jato*. São Paulo: Leya; 2017.
25. Ribeiro D. *O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil*. São Paulo: Global; 2015.
26. Dias AFL. A democracia como vítima do golpe tragicômico de 2016 no Brasil. *Argumentos*. 2018 [acesso em 2019 set 17]; 10(19):62-72. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/argumentos/article/view/32018/72329>.
27. Hoefel MGL, Severo DO, Pordeus AR. Reforma Trabalhista no Brasil e a Saúde do Trabalhador: uma ponte para o século XIX. *Tempus*. 2018; 12(1):59-71.
28. Costa BS, Costa SS, Cintra CLD. Os possíveis impactos da reforma da legislação trabalhista na saúde do trabalhador. *Rev Bras Med Trab*. 2018; 16(1):109-17.
29. Brasil. Proposta de Emenda à Constituição 06 de 2019 [internet]. 2019. [acesso em 2019 maio 5]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1712459&filename=PEC+6/2019.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Tábuas Completas de Mortalidade*, 2018. [acesso em 2019 maio 5]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2018.pdf.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Contínua (PNAD-C)*, 2019. [acesso em 2019 maio 5]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?=&t=downloads>.
32. UOL. Bolsonaro diz que governo vai “desburocratizar” normas de saúde e segurança no trabalho [internet]. [acesso em 2019 maio 14]. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/reuters/2019/05/13/bolsonaro-diz-que-governo-vai-desburocratizar-normas-de-saude-e-seguranca-do-trabalho.htm>.
33. Organização Internacional do Trabalho. *Uma década de promoção do trabalho decente no Brasil: uma estratégia de ação baseada no diálogo social*. Geneva: OIT; 2015.
34. Cerqueira D, Lima RS, Bueno S, et al. *Atlas da violência 2018*. Rio de Janeiro: IPEA; 2018.
35. Waiselfisz JJ. *Mapa da Violência 2016*. Brasília, DF: Flacso; 2016.
36. Brasil. Decreto nº 9.685, de 15 de janeiro de 2019 [internet]. *Diário Oficial da União*. 2019 Jan 15. [acesso em 2019 maio 5]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9685.htm.
37. Brasil. Decreto nº 9.785, de 7 de maio de 2019 [internet]. *Diário Oficial da União*. 2019 Maio 7. [acesso em 2019 maio 15]. Disponível em: <http://www.pla>

- nalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9785.htm.
38. Fundação Oswaldo Cruz. Nota técnica. Análise do Projeto de Lei nº 6299/2012 [internet]. [acesso em 2019 ago 15]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nota_tecnica_pl_agratotoxicos.pdf.
 39. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das interações por condições sensíveis à atenção básica. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):1903-1913.
 40. Rassela D, Hone T, Souza LE, et al. Mortality associated with alternative primary healthcare policies: a nationwide microsimulation modelling study in Brazil. *BMC Med*. 2019 [acesso em 2020 fev 8]; 17:82. Disponível em: <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-019-1316-7>.
 41. Rassela D, Basu S, Hone T, et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLoS Med*. 2018 [acesso em 2020 fev 8]; 15(5):e1002570. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002570>.
 42. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Nota técnica nº 11/2019. [acesso em 2019 maio 7]. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>.
 43. Organização das Nações Unidas. A ONU e a resposta à Aids no Brasil. Brasília, DF: ONU; 2008.
 44. Conselho Federal de Medicina. Opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área de saúde [internet]. 2014. [acesso em 2019 maio 5]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentao-integra-datafolha203.pdf>.
 45. Conselho Federal de Medicina. Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área de saúde. 2018. [acesso em 2019 maio 5]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/datafolha_sus_cfm2018.pdf.
 46. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 77% dos brasileiros aprovam o atendimento do SUS. 2018. [acesso em 2019 set 9]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/77-dos-brasileiros-aprovam-o-atendimento-do-sus/>.
 47. Villela W, Monteiro S. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco; Brasília, DF: UNFPA; 2005.
 48. Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, et al. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde Soc*. 2007; 16(2):146-155.
 49. Santos ALM. O estado da arte sobre as barreiras no acesso à saúde para travestis e transexuais. [trabalho de conclusão de curso em medicina]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2016. 51 p.
 50. Guimarães RCP. Estigma e Diversidade Sexual nos Discursos dos(as) profissionais do SUS: Desafios para a saúde da população LGBT [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2018. 176 p.
 51. Campos GWS. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
 52. Campos GWS. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec; 2006.
 53. Hollanda CB. *Apesar de você*. 1978. [acesso em 2019 maio 20]. Disponível em: <https://analisedeletras.com.br/chico-buarque/apesar-de-voce/>.
 54. Quaresma I. Sustentação Oral no plenário do STF. [acesso em 2019 maio 20]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HR3PPnKhS8k>.

Recebido em 02/06/2019
Aprovado em 11/08/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

O saber-corpo e a busca pela descolonização da saúde coletiva

The body-knowledge and the search for the decolonization of public health

Flavia de Assis Souza¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S814

RESUMO Pensar o campo da saúde coletiva a partir do corpo que circula nas instituições acadêmicas e nos serviços de saúde proporciona um olhar privilegiado sobre as questões que permeiam tanto a produção do conhecimento quanto os diversos tipos de violências perpetradas pelo sistema. Este ensaio, portanto aponta que o caminho da descolonização da saúde coletiva se mostra como alternativa para que as desigualdades em saúde sejam finalmente desveladas e superadas no âmbito do desenho das políticas de saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS).

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Colonialismo. Saúde coletiva.

ABSTRACT *Thinking about the field of collective health from the perspective of the body that circulates in academic institutions and health services provides us with a privileged look at the issues that permeate both the production of knowledge and the various types of violence perpetrated by the system. Therefore, this essay points out that the path of decolonization of public health is an alternative for health inequalities to finally be unveiled and overcome within the Unified Health System (SUS).*

KEYWORDS *Unified Health System. Colonialism. Public health.*

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
flavia.assis26@yahoo.com.br



Refletindo a partir do Saber-corpo

Meu corpo é o meu território.
(Sandra Benites).

A epígrafe que inicia o presente ensaio chegou como um disparo aos meus ouvidos. Em uma mesa composta por um Babalorixá, um cineasta negro, uma jovem negra e uma mulher indígena, frases como essa têm o poder de nos arrebatam. Esse cenário foi organizado pelo professor Renato Nogueira e tratou-se de uma jornada sobre infâncias, raças e etnias e suas interseções, que aconteceu na Universidade Federal Rural no Rio de Janeiro, em julho do corrente ano, no *campus* de Nova Iguaçu. Descrevo o cenário em detalhes porque é muito potente o diálogo produzido por personagens tão distintos, mas que em certa medida se conectam. E esse encontro aconteceu em uma localidade fora daquilo que podemos chamar de ‘eixo geopolítico de produção de conhecimento’. Em outras palavras, essa discussão acontece em um local em que tipicamente esse tipo de debate ocorre muito raramente.

Fiquei durante alguns dias pensando sobre a frase dita por Sandra Benites naquela mesa porque era algo sobre o qual eu mesma já estava refletindo e escrevendo em minha tese de doutorado e é uma temática que me acompanhou durante toda minha trajetória dentro do campo da saúde coletiva. Sandra é uma mulher pertencente à etnia Guarani, antropóloga e educadora, que trabalhou durante muitos anos com educação infantil em aldeias indígenas. Em suma, a sua fala potente enfatizava a importância do não apagamento dos corpos do sujeito indígena no espaço escolar. Para Sandra, os educadores deveriam ouvir os alunos indígenas de modo a construir em conjunto um saber que respeitasse a cultura e a cosmovisão daqueles sujeitos que deveriam ser envolvidos no processo educacional. Todavia, a antropóloga nos chamava a atenção para o embranquecimento que se impunha aos

povos indígenas desde a colonização e que por conta disso a educação brasileira se mantinha colonizadora.

Da mesma maneira, o meu corpo de mulher negra, mãe, nascida na Baixada fluminense, filha de empregada doméstica, durante muitos anos foi desqualificado como um corpo ‘apto’ a produzir conhecimento dentro da academia. O caráter racista e sexista intrínseco à saúde coletiva fica muito evidente quando uma estudante do doutorado entra no curso com o desejo de estudar um tema a partir do seu corpo marcado pelas diversas estruturas de opressão e esse desejo é violentamente rechaçado. Ocupar o espaço que foi construído pelo homem branco, sendo uma mulher negra, somente lhe é oferecido duas opções: ou você embranquece e se encaixa no modelo de produção de conhecimento instituído ou você desiste do curso. Nós mulheres negras, não temos muitas escolhas em um ambiente extremamente elitista, racista e sexista.

Por conseguinte, fazendo um paralelo com a importante fala de Sandra, também sigo o entendimento de que o corpo precisa ser ouvido, não somente no que tange ao desenho de políticas públicas, mas também na produção de conhecimento. Isso implica entendermos que é no corpo do indivíduo que está inscrito toda a sua ancestralidade, seu modo de ser, as marcas de diversas estruturas de opressão que lhe atravessa, assim como a sua maneira de entender o mundo. É a partir disso que faço algumas reflexões sobre o que aqui estou chamando de saber-corpo e sua contribuição na produção de conhecimento para o campo da saúde coletiva.

Sabemos que o modelo de produção do conhecimento científico moderno ocidental adota o paradigma cartesiano que centra a produção legítima do conhecimento na mente do homem. Ademais, aqui o sentido da palavra que utilizo para a palavra ‘homem’ não é o de humanidade, mas sim, daquilo que entendemos como ‘macho’. Contudo, é importante nos atentarmos para o fato de que esse conhecimento centrado na mente do macho também

não é de qualquer macho, mas é o conhecimento centrado na mente do macho branco ocidental. Isto é, o conhecimento percebido como legítimo é o produzido a partir da mente do macho-branco-europeu. Com isso, a filosofia e a sociologia ocidental, ao separar o corpo da mente apagaram o sujeito de enunciação e a localização de onde está se produzindo o conhecimento. Com o apagamento do corpo transmite-se a falsa ideia de que o conhecimento científico está isento das subjetividades e da localização desse sujeito nas hierarquias de poder, é a dita imparcialidade da ciência. No entanto, na verdade, essa falsa imparcialidade está impregnada de valores e crenças que são construídas a partir de um ponto de vista. Como afirma Donna Haraway¹,

as hierarquias de classe, sexuais, de gênero, espirituais, linguísticas, geográficas e raciais desse mundo patriarcal-capitalista-colonial-moderno são inescapáveis.

Na minha perspectiva, o saber-corpo também pode ser traduzido como o conhecimento produzido a partir da experiência porque coaduna com a ideia de se localizar e de falar a partir das marcas, do espírito e da ancestralidade (inscrita no corpo). Entretanto, acrescento que o saber-corpo não implica abandonar a mente como *locus* de produção de saberes, mas, trata-se de agregar a este, o corpo e o espírito, formando uma tríade interconectada. Por isso, minha proposta é de tomarmos o corpo de volta ao processo de produção de saberes na academia, o que considero como um necessário ato de rebeldia contra a ciência moderna colonizadora.

Somente dessa maneira, acredito que cosmologias outras, fora da racionalidade patriarcal-branca-europeia, serão entendidas como saberes legítimos. Os autores e autoras negras da diáspora africana e do sul global, têm nos chamado a atenção para o saber ancorado na experiência de homens e mulheres negras.

Dessa forma, bell hooks² aponta para a dificuldade de falar de questões pelas quais o

seu corpo encontra-se distanciado. Ao relatar sua experiência como aluna na graduação a autora ressalta que preferia ter estudado o pensamento crítico afro-americano com um professor negro progressista do que com a professora branca com quem fez o curso. É certo que com o professor negro progressista a experiência do corpo negro traria para a sala de aula tanto o saber experimental quanto o saber analítico, o que tornaria o aprendizado da citada disciplina mais enriquecedora. Assim hooks²⁽¹²³⁻¹²⁴⁾ assinala que

esse ponto de vista [do corpo negro] não pode ser adquirido por meio dos livros, tampouco pela observação distanciada e pelo estudo de uma determinada realidade.

A autora acrescenta: “para mim esse ponto de vista privilegiado não nasce da ‘autoridade da experiência’, mas sim, da paixão da experiência, da paixão da lembrança”²⁽¹²³⁻¹²⁴⁾. O que podemos constatar no dia a dia do ‘fazer ciência’ na academia é que o distanciamento do corpo da realidade a ser descrita ou teorizada incorre na formulação de reflexões e opiniões muitas vezes preconceituosas ou distorcidas de determinada realidade.

Ainda refletindo sobre o que bell hooks² chama de ‘paixão da experiência’ a conotação dessa expressão criada pela a autora nos ajuda a pensar o quanto é importante, digamos, ‘colocarmos o corpo para jogo’. A autora traz para a discussão outro nível de entendimento sobre a produção de saberes. À vista disso, hooks² traz a dimensão do sofrimento inscrito no corpo de quem fala como um componente primordial para a construção do conhecimento. Nas palavras da autora:

[a paixão da experiência] é um modo de conhecer que muitas vezes se expressa por meio do corpo, o que ele conhece, o que foi profundamente inscrito nele pela experiência. Essa complexidade da experiência dificilmente poderá ser declarada e definida à distância. É uma posição privilegiada, embora não seja a

única nem, muitas vezes, a mais importante a partir da qual o conhecimento é possível²⁽¹²⁴⁾.

Diante do exposto até aqui podemos concluir que o conhecimento produzido a partir da experiência, como reivindicado pelas autoras negras, traz de volta o corpo (como *locus* privilegiado da produção do conhecimento) para o interior da torre de marfim... a academia.

Em nome do conhecimento imparcial ou da verdade científica diversas vezes corpos brancos teorizando sobre realidades vividas por corpos negros distorcem ou produzem as tais 'zonas cinzentas'. A zona cinzenta é aquilo que fica invisibilizado e que somente é possível de enxergar por meio da paixão da experiência de bell hooks².

É o que acontece no meu curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Não temos professor negro lecionando em nenhuma das três subáreas que compõem o curso. A pós é composta pelas áreas de epidemiologia, política, planejamento e administração em saúde e pelo Departamento de Ciências Humanas. Duas questões se impõem diante dessa constatação. A primeira é: por que que os corpos negros não ocupam o espaço legitimado de produção de conhecimento em um programa de pós-graduação tão importante? E a segunda é a que já mencionei, por conta dos corpos brancos que dominam esse espaço o debate racial na saúde está ausente ou quando se apresenta é em um formato de 'recorte' e não como ponto central do debate, além de perspectivas muito distanciadas da realidade. Acrescentaria ainda mais um ponto que é a problemática que se instaura, em termos de desenho de políticas públicas, quando o corpo que está pensando as políticas de saúde é o corpo branco cis-heterossexual.

Em vista dos argumentos apresentados, parto do princípio de que o corpo é fonte de produção de saberes, pois carrega a ancestralidade, a visão de mundo e as marcas de inúmeras estruturas de opressão que se incidem sobre ele. O presente ensaio visibiliza o debate sobre três questões interligadas. A primeira é

sobre a criação de corpos ideais arquitetada pelo homem branco desde os tempos coloniais, em outras palavras, como corpos brancos cis-heterossexuais se transformaram na norma, ou no corpo 'ideal'. O segundo aspecto discutido é o que nos adverte quem tem legitimidade de produzir conhecimento e quem não tem. Já a terceira questão a ser discutida é sobre os corpos considerados fora da norma. Reflito o quanto a existência de um constructo de corpo 'ideal' influencia nas políticas e práticas de saúde coletiva. Em resumo, como esses corpos fora da norma são tratados no Sistema Único de Saúde (SUS)?

O saber-corpo negro deslegitimado na Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Por que tamanha dificuldade de inserirmos o debate racial no interior do campo da saúde coletiva? Por que temos problemas em reconhecer corpos fora da norma no desenho de políticas de saúde e no seu atendimento no âmbito dos serviços? Essas perguntas nos remetem a tentarmos compreender o movimento da normatização e do apagamento dos corpos característico não somente no campo da saúde, mas, também da ciência. Ressalto que este ensaio não se propõe a chegar em respostas fechadas a respeito das questões levantadas, mas, sim, suscitar um debate até então ignorado pelo campo da saúde coletiva.

Assim, chamo a atenção para o fato de que existe uma ideologia racial que foi introjetada na sociedade brasileira pelo projeto colonial moderno e que cristalizou no nosso 'inconsciente coletivo' dois elementos fundamentais, a normatização do corpo e a noção de raça superior e inferior.

Como afirma Grosfoguel³ os primeiros colonizadores que chegaram em terras *brasilis* trouxeram consigo uma enredada estrutura de poder ampla e vasta que provocou mudanças

profundas na estrutura social que aqui existia. Segundo o autor, desembarcou dos navios portugueses o homem heterossexual/branco/patriarcal/cristão/militar/capitalista/europeu.

Lélia Gonzalez⁴ sublinha que no século XIX o racismo constituía a ciência da superioridade euro-cristã (branca e patriarcal), na medida em que se estruturava o modelo ariano de explicação que viria a ser não só o referencial das classificações triádicas do evolucionismo positivista das nascentes ciências do homem, como ainda hoje direciona o olhar da produção acadêmica ocidental.

O importante com toda essa história é entendermos que essa estrutura de poder – estabelecida pelo colonialismo – que aqui instaurou-se levou à formação patriarcal, racista, sexista e heteronormativa da sociedade brasileira. Isto é, o corpo branco cis-heterossexual foi normatizado.

Em termos institucionais, de maneira a sustentar e a reproduzir a estrutura patriarcal, racista, sexista e heteronormativa da nossa sociedade, entendo que as universidades tiveram papel essencial. De acordo com José Jorge Carvalho⁵ a condição de criação mesma das nossas universidades foi colonizada. Nossa elite branca trouxe uma elite acadêmica europeia branca para fundar uma universidade estritamente nos moldes das universidades ocidentais modernas. O modelo institucional foi o humboltiano, com a separação entre a faculdade e o instituto de pesquisa, obedecendo à mesma divisão de saberes da matriz europeia e inscrevendo nossa academia como uma variante da chamada civilização ocidental.

José Jorge⁵ assinala que o mito racista e xenófobo, resultado dos imperialismos, colonialismos e da escravidão atlântica foi transplantado para o Brasil na criação das nossas universidades. A nossa primeira universidade somente foi inaugurada na segunda década do século XX, a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) criada por meio de uma missão francesa, instalando assim a nossa elite branca acadêmica como uma continuação da elite acadêmica europeia. O autor afirma que

não sobra observar que nossa colonização mental foi ainda mais completa porque o espaço social no qual as universidades se instalaram era inteiramente branco, o que facilitou a identificação dos nossos acadêmicos com os seus pares (brancos) europeus⁵⁽⁸⁵⁾.

Tendo em vista a hegemonia de corpos brancos dentro das universidades brasileiras, a saúde coletiva resiste firmemente em entender que o racismo é o elemento fundacional do Estado moderno brasileiro. A Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelo menos no meu curso, continua a ignorar que no início do século XX a política eugenista implementada no Brasil andava de mãos dadas com o sanitarismo. Em sua dissertação de mestrado Vanderlei Sebastião⁶ ressalta que a política eugenista introduzida no Brasil durante os anos de 1910 foi rapidamente difundida como símbolo de modernidade cultural, vista como uma ferramenta fundamental para auxiliar o processo de reforma da saúde pública e de regeneração racial da população. O autor ainda enfatiza a importante participação do principal teórico eugenista brasileiro, o médico Renato Kehl. Nas palavras de Sebastião⁶⁽¹⁶⁾:

[...] apesar de Kehl ter participado do movimento sanitarista e defendido por vários anos um programa eugênico mais 'suave', ao estilo da 'eugenia preventiva', no final dos anos 1920 suas ideias foram profundamente reconfiguradas, o que o aproximou dos pressupostos mais radicais oriundos da 'eugenia negativa' alemã, norte-americana e inglesa.

Por isso ressalto a importância de trazermos o debate racial para dentro do campo da saúde. Reconhecer que a ideia de um corpo ideal foi construída pelo colonialismo e que a universidade sustenta esse ideal é imprescindível para que avancemos na direção de uma academia mais inclusiva e de um sistema de saúde que acolha todos os tipos de corpos que por ali circulem. Com relação à problemática do não reconhecimento de corpos fora da norma no

ambiente dos serviços de saúde, abordarei sobre isso na próxima seção.

A partir daqui evoco uma narrativa que esmiúça, expõe e teoriza sobre parte da minha trajetória acadêmica, pois, acredito que minha história pessoal explicita o processo de deslegitimação sobre determinado saber-corpo, sobretudo aqueles fora do ideal de corpo produzido nas sociedades colonizadas.

Trago novamente bell hooks⁷ para essa conversa porque as intelectuais negras têm nos ensinado o quanto é rica a produção de saberes a partir daquilo que a professora Ângela Figueiredo⁸ denomina de ‘teorização do cotidiano’. O texto de bell hooks⁷ me fez lembrar a angústia que senti ao defrontar-me com a possibilidade de desenvolver uma pesquisa de tese sobre maternidade a partir da minha própria experiência como mãe. Ao olhar para minha trajetória como estudante de doutorado, percebi que desde o primeiro momento tentei me furtar de desenvolver um trabalho que incluísse aspectos subjetivos em seu desenvolvimento. O campo da saúde coletiva sempre demonstrou, a meu ver, forte resistência a produções com a fala ‘em primeira pessoa’, privilegiando um apagamento da subjetividade autoral e do seu lugar no mundo.

Durante algum tempo vivi a ambiguidade, pois, ao mesmo tempo que trazia o desejo de escrever algo a partir de minhas reflexões, ou mais autoral, a todo momento era tolhida pelos próprios sentimentos esculpidos na lógica profundamente positivista eurocentrado do campo de conhecimento no qual estou inserida. A minha autorrecusa quanto à possibilidade de desenvolver uma escrita reflexiva, decerto, que era o reflexo de anos de castração intelectual. Por isso, entendi muito bem o drama descrito por bell hooks⁷⁽⁴⁷²⁾ quando afirma que:

[...] escrevendo ensaios que incluem reflexões confessionais senti-me, a princípio, insegura a respeito de se eles falariam a um público além de mim mesma e meus amigos. Quando publiquei minha primeira coletânea de ensaios Talking Back (Retrucando), surpreendi-me

com as muitas cartas que recebi de negras, discutindo o ensaio, sobre as dificuldades que enfrentei como estudante universitária.

Trouxe comigo essa mesma dúvida a respeito da aceitação do meu trabalho como algo com expressão acadêmica e não meramente um texto que agradaria apenas aos meus companheiros fiduciários daquilo que denomino de epistemologia da resistência. Diante disso, também havia o temor de produzir um estudo com a ideia de repensar o positivismo científico intrínseco à saúde coletiva, mas que ao tentar fazer isso acabasse reproduzindo as mesmas bases científicas que eu mesma estava criticando.

Por conseguinte, refleti sobre o quanto colegas (sobretudo as mulheres negras) da pós-graduação poderiam estar vivendo o mesmo dilema. Ainda discutindo com base no trabalho de hooks⁷, a autora relata a dificuldade das mulheres negras de se inserirem no campo acadêmico. Um dos motivos que mais chamam a atenção no texto é o fato de que mulheres negras desde muito novas são convencidas a não se enxergarem como potenciais formuladoras de saberes. Essas mulheres recebem um tipo de socialização sexista e racista, em que são condicionadas a entender que devem estar sempre prontas para servir a alguém e não para a reflexão.

Outra questão importante, apontada pela autora, é o fato de a escrita das mulheres negras ser muito discriminada. Por conta de se basearem amplamente em suas experiências pessoais, os trabalhos produzidos pelas autoras negras ainda são colocados à prova ou postos em dúvida pela academia. Segundo hooks⁷, isso faz com que essas escritoras assumam o posicionamento do anti-intelectualismo.

À questão do descrédito relacionado com o trabalho produzido pelas intelectuais negras, Patricia Hill Collins⁹ nos ensina que, uma vez que os homens brancos controlam as estruturas de validação do conhecimento ocidental, seus interesses permeiam temas, paradigmas e epistemologias do trabalho acadêmico tradicional. Dessa forma, as experiências das

mulheres negras africanas, americanas, latino-americanas ou mulheres negras da diáspora têm sido desqualificadas ou até mesmo excluídas daquilo que os acadêmicos chamam de ‘conhecimento’.

Por isso, compreendi o porquê de minha inquietação ao confrontar-me com a possibilidade de produzir um saber que, dentro dos parâmetros da ciência positivista eurocentrada, não se encaixava como ‘conhecimento científico’. Encontrei nos textos de intelectuais negras como bell hooks, Patricia Hill Collins, Lélia Gonzalez, Sueli Carneiro explicações sobre o silenciamento e apagamento dos saberes das mulheres negras que historicamente foram rechaçadas dos espaços de produção do conhecimento. Precisamos ter em mente que são os homens brancos que dominam o campo do conhecimento, por isso, colocam a ciência a serviço de seus próprios interesses, como apontado por Patricia Hill Collins⁹. Aliás, é importante sempre nos lembrarmos que esses interesses são aqueles ligados à perpetuação do próprio sistema eurocêntrico-branco-racista-classista que sustenta a academia. Ou seja, é a imposição de uma geopolítica do conhecimento que estabelece as relações entre o centro e a periferia do sistema mundo na produção dos saberes. Então, dito de outra maneira, trata-se de quem tem a permissão de produzir o conhecimento e de quem não tem.

Por isso, dentro da geopolítica do conhecimento ou desse sistema eurocêntrico-branco-racista-classista, as mulheres negras têm encarado historicamente a realidade de ter o seu ‘fazer ciência’ subjugado ou não reconhecido. Durante os dois primeiros anos da pós-graduação tive que lidar com essa realidade. Ao me posicionar quanto ao encaminhamento teórico da minha pesquisa (totalmente ancorado no feminismo negro) deparei-me com um tipo de violência que, até então ignorava: o epistemicídio. Como toda violência praticada por alguém que temos grande apreço e admiração, o epistemicídio se torna difícil de ser detectado por quem é a vítima. O processo de apagamento se dá de maneira muito insidiosa,

dissimulada, envolvida por palavras jocosas e até mesmo ‘afetuosas’. O mais assustador é que a deslegitimação e a desqualificação é praticada periodicamente, então, a vítima acaba acreditando que de fato aquele meio compartilhado por pessoas ‘altamente qualificadas’ não lhe pertence.

Sueli Carneiro¹⁰⁽⁹⁷⁾ define muito bem como se processa o epistemicídio e seus efeitos. Segundo a autora,

O epistemicídio é, para além da anulação e desqualificação do conhecimento dos povos subjugados, um processo persistente de produção da indigência cultural: pela negação ao acesso à educação, sobretudo de qualidade; pela produção da inferiorização intelectual; pelos diferentes mecanismos de deslegitimação do negro como portador e produtor de conhecimento e de rebaixamento da capacidade cognitiva pela carência material e/ou pelo comprometimento da autoestima pelos processos de discriminação correntes no processo educativo.

Assim, a interiorização de uma ideia cuidadosamente construída pelo cânone da ciência branca europeia, ou seja, de que o conhecimento só é válido se for produzido apoiado em parâmetros (brancos) e regras predeterminadas, desmotiva quem não se enquadra nesse perfil. Algumas de nós, intelectuais negras, ao nos utilizarmos de outras cosmologias para entendermos/lermos o mundo, somos imediatamente desqualificadas e banidas do campo acadêmico por não nos encaixarmos nos parâmetros instituídos pela ciência branca. É preciso ressaltar que em nome de sua autopreservação o cânone branco ocidental assume esse posicionamento sob a justificativa de garantir uma suposta imparcialidade e objetividade nos resultados a serem obtidos pelos estudos produzidos na academia.

Desse modo, narro sobre minha própria experiência como mulher, mãe, preta, periférica e acadêmica. A intenção é de alguma maneira visibilizar a violência provocada pela

branquitude acadêmica em corpos tão marcados quanto o meu; os corpos fora da norma.

O meu corpo atravessado por tantos marcadores da diferença me coloca no lugar do *infans*, como nos alerta Lélia Gonzalez¹¹. Ao descrever a localização dos negros na sociedade brasileira – o lugar do subalterno, a autora assinala que, devido a esse lugar, o povo negro é constantemente infantilizado. A autora assinala que *infans* significa aquele que não tem fala própria, é a criança que se fala na terceira pessoa, porque é falada pelos adultos. Então, para a academia eurocentrada-patriarcal-branca, o meu corpo de mulher negra, periférica e vinda das classes subalternizadas é entendido como aquele incapaz de produzir conhecimento por si; e, por isso, a produção de saberes deve ser referendada por aqueles que são reconhecidos como detentores do legítimo saber, ou, o homem branco. Ou aqueles que desempenham a função de reprodutores da lógica colonizadora.

Dentro dessa academia racista o corpo preto é o corpo fora da norma, pois, como já dito, esse espaço foi pensado e criado pelos e para os corpos brancos. Então, diante da insubmissão do meu corpo preto fui destinada a ser castigada e a sofrer as dores da violência epistêmica. Ainda durante o período pré-qualificação me lembro que demorei muitos dias para escrever aquilo que seria as primeiras páginas do meu projeto de tese. Ao fim de longas semanas consegui o resultado de 84 páginas escritas do projeto de qualificação. Enviei as 84 laudas assim que terminei de escrever ao orientador, entretanto, ele somente leu após três meses. E, logo após a leitura ele desconsiderou a maior parte do que eu havia escrito. Ou seja, passei noites a fio escrevendo para no fim nada do que havia escrito fosse aproveitado; e a justificativa para tal ato era que a minha formação de base havia sido deficitária e que eu precisaria estudar mais. Sem falar nas ocasiões em que expressava minha opinião durante a aula ou no grupo de orientação e tinha minha fala imediatamente desqualificada e diminuída. Nenhuma autora negra que lia e usava para

escrever meus textos era considerada boa pelo ‘deus da orientação’. Esse mesmo deus se utilizava de seu lugar de poder e autoridade para humilhar e deixar muito claro que o meu corpo preto não tinha legitimidade para produzir por si mesmo nada que pudesse ser considerado como conhecimento. O conhecimento que eu deveria produzir era sempre orientado e tutelado, sempre em direção à Europa.

A academia, mais especificamente, a pós-graduação, tem sido um espaço de adoecimento coletivo, sobretudo para o povo negro. Adoecemos quando, ainda no processo seletivo, nos são impostas inúmeras barreiras que impedem o nosso acesso. Adoecemos quando queremos realizar um trabalho de pesquisa de acordo com nossas experiências e somos tolhidos. Adoecemos quando temos que embranquecer para sermos aceitos.

O mito da neutralidade científica subjacente à saúde coletiva: entrave para políticas emancipatórias

Donna Haraway¹ discute a questão da “objetividade”/imparcialidade para a ciência e como estes se tornam conceitos totalmente vazios de sentido quando estamos falando da pesquisa feminista. A autora menciona que as feministas têm empreendido muito esforço em criticar o termo e em explicar o seu significado para as suas pesquisas. Para a autora “o saber é policiado por filósofos que codificam as leis canônicas do conhecimento” e na opinião de Haraway¹, são eles, um grupo pequeno de cientistas masculinistas que têm o poder de ditar as regras da pesquisa acadêmica.

A pretensa imparcialidade ou objetividade do cânone científico, de acordo com a autora, não é nada menos do que uma visão parcializada do fenômeno, é a visão do dominador ou a perspectiva do homem branco europeu. É a imparcialidade do sujeito que se entende como universal. Ou seja, para que a visão de

mundo do homem branco europeu se torne hegemônica, cria-se o mito de que o conhecimento somente é possível de ser construído a partir da objetividade científica e, para isso, nega-se o lugar de fala dos indivíduos pesquisados, ou lhe é negada a prerrogativa de sujeito potencialmente capaz de produzir conhecimento. Por outro lado, ao darmos voz e ouvidos aos silenciados, como reivindicado por Donna Haraway¹, há a manifestação de um conhecimento capaz de evidenciar “situações extraordinárias”, isto é, que nos leva ao conhecimento não regular, ou àquele que está fora do estabelecido pelo cânone científico. Em outras palavras, segundo a autora,

precisamos também buscar a perspectiva daqueles pontos de vista, que nunca podem ser conhecidos de antemão, que prometam alguma coisa extraordinária, isto é, conhecimento potente para construção de mundos menos organizados por eixos de dominação¹.

É interessante também a defesa que a autora faz da versão corporificada da objetividade. Esta é uma perspectiva contrária àquela verdade científica sem corpo e dita imparcial. Donna Haraway¹ defende a “objetividade corporificada”. Ou seja, esta é uma perspectiva que leva em consideração os corpos marcados, com seus saberes (que são localizados), culturas e trajetórias.

A autora insiste na importância de localizar os saberes, em que políticas e epistemologias de alocação, posicionamento e situação nas quais parcialidade e não universalidade é a condição de ser ouvido. A defesa é por uma visão do saber-corpo, que não é neutro, nem distanciado de sua realidade, ao contrário, está organicamente imbricado nessa realidade.

Toda a reflexão trazida por Donna Haraway¹ nos fornece instrumentos para entendermos que o saber além de localizado é corporificado. Desse modo, mais uma vez, advogo por uma ciência pensada a partir do corpo. É preciso compreender que o corpo é marcado e atravessado por marcadores sociais da diferença

como gênero, raça, classe, sexualidade, território, nacionalidade etc. Esse corpo é capaz de elaborar sua própria epistemologia e de se localizar dentro da hierarquia social, assim como identificar relações de poder. Portanto, cabe a nós pesquisadoras(es) abandonarmos a ideia de objetificá-lo como se ele fosse coisa, e assim, silenciá-lo. Por conseguinte, uma alternativa é a epistemologia feminista negra decolonial, pois tem nos ensinado a fazer ciência baseada nas experiências do saber-corpo.

A partir dessas premissas, ao direcionar a reflexão do saber-corpo para a saúde coletiva, é perceptível que o campo caminhou no sentido de criticar a visão objetificada do corpo, no que tange ao campo de pesquisa. O esquadrinhamento e o retalhamento do corpo praticado pela medicina com o objetivo de transformá-lo em objeto, de modo a entender e controlar o seu funcionamento, já foram criticados por Foucault¹² em seu trabalho: ‘O nascimento da clínica’. Esse texto é tido como obrigatório nos cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, e é utilizado para marcar a crítica do campo à medicina que durante séculos objetificou o corpo.

A discussão sobre biopolítica vai aparecer na obra de Foucault no final da década de 1970, em ‘Segurança, território, população’ e em ‘Nascimento da biopolítica’¹³. A biopolítica, em outras palavras, significa a utilização de técnicas de biopoderes com vistas ao controle de populações. O discurso médico ancorado em um saber científico como instrumento de biopoder atuará diretamente nas subjetividades dos indivíduos, alterando seus valores sobre os modos de viver. Desse modo, a biopolítica se ocupará em gerir a saúde, a alimentação, a natalidade, a sexualidade, impondo assim o disciplinamento dos corpos. Para Daniel Fernandes e Gabriela Resmini¹⁴⁽¹⁾:

[biopolítica] Ela representa uma ‘grande medicina social’ que se aplica a população a fim de controlar a vida: a vida faz parte do campo do poder. O pensamento medicalizado utiliza meios de correção que não são meios de punição, mas meios de transformação dos

indivíduos, e toda uma tecnologia do comportamento do ser humano está ligada a eles. Permite aplicar a sociedade uma distinção entre o normal e o patológico e impor um sistema de normalização dos comportamentos e das existências, dos trabalhos e dos afetos.

Baseada nas obras citadas a saúde coletiva faz a crítica sobre a normatização dos corpos, entretanto, sem racializá-los; além de não discutirmos o quanto, nós planejadores de políticas de saúde, também temos pensado saúde a partir do corpo normatizado. A normatização dos corpos e seu apagamento produzem efeitos no que concerne às práticas de saúde na medida em que estabelece também a ideia de um corpo universal. Este significa que são ignorados os inúmeros atravessamentos que marcam os corpos dos indivíduos. Marcadores como gênero, raça, classe, geração, sexualidade, ancestralidade entre outros, não são evidenciados na ideia de corpo construída pela branquitude colonizadora, ou seja, o corpo universal é essencialmente branco e cis-heteronormativo.

Por isso, ao pensar em escrever este ensaio, além do desejo de discutir os efeitos do apagamento do meu corpo como *locus* de produção de conhecimento, fui também muito motivada pela reflexão sobre a possibilidade de existência dos corpos lidos como ‘estranhos’. A modernidade colonial foi bem-sucedida em impor a criação de um ‘Outro’, ou, aquele que é estranho à norma do corpo branco cis-heterossexual. É importante deixar claro que desde então a violência é exercida sobre esses corpos, que, por sua vez, não enxergam a possibilidade de existência fora desse signo. Assim, esse corpo que não é reconhecido pelo conjunto da sociedade, pois está fora da norma, ao circular pelo sistema de saúde sofre o estigma da violência. Seja a violência física como a obstétrica, preponderante sobre os corpos das mulheres negras, seja a violência psíquica perpetrada pelos próprios trabalhadores da saúde diante de outros corpos tidos como fora da norma (população LGBTQI+).

Na minha perspectiva, o movimento de Reforma Sanitária, por ter sido idealizado e liderado, em sua grande maioria, por homens brancos oriundos da classe média, que predominantemente eram médicos do sistema, ou professores de universidades pode ter influenciado um espelhamento da branquitude e da heteronormatividade na construção do SUS. Dessa maneira, o movimento de Reforma Sanitária não discutiu o direito à saúde a partir da perspectiva de saberes e corpos colonizados racializados, e, por esse motivo, utilizou-se da ideia do corpo universal. O indicativo disso é o fato de que o Programa Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) somente foi criado no ano de 2009. O reconhecimento de que havia (e ainda há) uma desigualdade brutal quanto ao acesso e à discriminação nas práticas de saúde para com o povo negro somente aconteceu após 21 anos de instituição do SUS. No entanto, é importante ressaltar que o reconhecimento da iniquidade no setor saúde ocorre somente no âmbito legal, pois poucas mudanças são observadas no cotidiano dos serviços no que se refere ao combate à discriminação racial.

Jurema Werneck¹⁵ em seu artigo ‘Racismo institucional e saúde da população negra’ demonstra a ausência de estudos sobre a saúde da mulher no campo da saúde coletiva. Em uma pesquisa preliminar a autora revela que a pesquisa com o descritor ‘saúde da mulher negra’ obteve apenas seis artigos. Assim, Werneck levanta o questionamento sobre o porquê dessa ausência/insuficiência de pesquisas que versem sobre a temática racial na saúde. A autora ressalta que não há como sabermos ao certo a origem dessa problemática, mas levanta algumas hipóteses, tais como: desinteresse, falta de estímulo ou existência de restrições explícitas nas instituições de pesquisas, barreiras interpostas pelos conselhos editoriais dos diferentes periódicos, ou a combinação de todos esses elementos. Todavia, o que de mais importante concluímos com o apontamento da autora é que essa ausência de artigos da citada temática significa a não consolidação da saúde

da população negra e da saúde da mulher negra como campos de pesquisa, o que está relacionado com o baixo grau de penetração nas instituições de pesquisa dos debates sobre o racismo, seus impactos na saúde e suas formas de enfrentamento.

O artigo de Jurema Werneck¹⁵ dialoga sobremaneira com o presente ensaio, pois, assim como a autora, identifiquei a ausência do debate racial no interior da Pós-Graduação em Saúde Coletiva e conseqüentemente, o apagamento do corpo negro. Outrossim, esse apagamento ocorreu inclusive no movimento de Reforma sanitária que teve início no final da década de 1970. Werneck corrobora meu posicionamento de que o debate racial esteve ausente no movimento que instituiu o SUS. A autora sublinha que o movimento negro, sobretudo o de mulheres negras esteve presente nos processos de Reforma Sanitária e de instituição do SUS. A autora ressalta que a presença do movimento negro contribuiu para a concepção de um sistema universal de saúde com integralidade, equidade e participação social, mas não foi suficiente para inserir no novo sistema mecanismos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas impostas pelo racismo.

Em síntese, entender a garantia do direito à saúde a partir da universalidade, como afirma Deivison Faustino¹⁶ “entendida nos marcos liberais”, a meu ver, trouxe em seu bojo a garantia de políticas pensadas a partir de um corpo igualmente universal.

Logo, ao pensarmos saúde a partir de corpos universais – que é o corpo não marcado pelas diferenças – observamos que há o impacto, tanto no acesso quanto na prática de saúde em si, o que configura um enorme entrave para a consolidação das diretrizes do SUS. Como nos alerta Melo e Gonçalves¹⁷,

apesar de termos, no âmbito federal, um número significativo de propostas de ações que se fundam na atenção simultânea a discriminações diversas, no mundo concreto das políticas públicas os sujeitos continuam a ser pensados universalmente.

Isso significa dizer que mulheres negras ainda são as maiores vítimas de violência obstétrica, ou, que corpos LGBTQI+ ainda são tratados com grande estranhamento por parte dos profissionais que atendem nos serviços de saúde. Sem falar quando o indivíduo se encontra em uma encruzilhada de múltiplos marcadores sociais da diferença, colocando-o em uma posição de extrema vulnerabilidade. Nessa situação seu atendimento necessitaria de um olhar cuidadoso, por parte dos profissionais de saúde, sobre os efeitos desses múltiplos marcadores. Como afirmam Melo e Gonçalves¹⁷⁽¹⁶⁹⁻¹⁷⁰⁾:

Ainda que no âmbito das políticas governamentais universais haja uma tendência para o reconhecimento de singularidades identitárias – como raça, gênero e geração –, estas em geral não são apreendidas de maneira interseccionada, uma vez que as ações e projetos raramente se destinam a combater, simultaneamente, múltiplas diferenças e desigualdades, concomitantes a formas diversas de discriminação e exclusão sociais.

Pensem no questionamento dos autores sobre como desenhar políticas no âmbito do SUS de modo que essas visem atender o sujeito, atravessado por múltiplos marcadores sociais da diferença. A meu ver, a questão se coloca como um tema no qual os pensadores do campo da saúde coletiva devem debruçar-se. De acordo com um exemplo de Melo e Gonçalves¹⁷:

imaginemos o caso de como seria o atendimento numa consulta ao ginecologista a uma mulher lésbica. Sabemos que os profissionais da saúde não estão habilitados para realizar o atendimento a pessoas fora do modelo de ‘corpo ideal’ (branco e cis-heterossexual).

Ou seja, essas mulheres passam pelo constrangimento de ter de responder perguntas sobre gravidez, uso de contraceptivos, aborto e até sobre possíveis dores durante a penetração.

Rumo à descolonização

O trabalho de Melo e Gonçalves¹⁷ é fundamental, pois nos alerta para o fato da necessidade de abandonarmos o ideal do corpo universal. Defendo então a necessidade de uma virada decolonial no pensamento sanitário brasileiro, no que tange ao desenho de políticas de saúde, para que possamos superar as desigualdades arraigadas nesse sistema. Fica claro no texto que a saída apontada pelos autores é por meio de uma perspectiva interseccionada desse sujeito.

A interseccionalidade configura-se como uma perspectiva que pensa o sujeito a partir das múltiplas opressões sofridas. Significa olhá-lo a partir da articulação de múltiplos marcadores sociais da diferença e apreender ‘a diferença que faz diferença’ diante de um cenário de múltiplas opressões. Apesar da interseccionalidade configurar-se como um proficiente método ou episteme de abordagem sobre determinado problema, no caso de construção de políticas públicas, seria necessária uma abordagem mais ampliada.

Houria Bouteldja¹⁸ ressalta que ao adotarmos a perspectiva interseccionada para pensarmos agenda política instala-se uma problemática. Por conta do elevado grau de abstração da perspectiva interseccional, é quase impossível determinar uma agenda única para reivindicações políticas. Além disso, a definição de um sujeito revolucionário em uma perspectiva interseccional, ou no qual se constituirá o projeto de transformação social, representará a figura daquele indivíduo que é o mais oprimido dos oprimidos. Além disso, de acordo com a autora, como são minoria, dependeriam daqueles que estão fora do grupo, mas que se solidarizam com a causa, pois, de maneira contrária, não seria suficientemente capaz de provocar tensionamento político.

Ademais, a análise de Houria Bouteldja¹⁸ nos aponta para a alternativa de que seria mais produtora nos organizarmos ao redor do sujeito colonizado racializado no sentido de produzirmos transformações sociais mais profundas. Segundo a autora,

Aquilo que eu gostaria de dizer a todas e

todos vocês é que a partir da questão da raça, assumindo tal hierarquia, o pensamento decolonial propõe um relato sobre a totalidade que integra o gênero, a classe, a sexualidade, mas que nos liberta de toda forma de eurocentrismo e trabalha para o desafio radical da modernidade que, por meio do imperialismo, do capitalismo e da constituição dos Estados-nação, contribuiu largamente na produção do tríptico raça, classe e gênero¹⁸⁽⁹⁾.

Notemos que a proposta de Bouteldja¹⁸ é pensarmos as questões político-sociais com base em uma perspectiva decolonial; e, no que tange à formulação de políticas públicas, centremos no sujeito colonizado racializado. A abordagem decolonial amplia o foco, pois, além de trabalhar a partir da questão da raça, integra outras opressões estruturais próprias ao sujeito colonizado racializado.

Destarte, por que a virada decolonial no pensamento sanitário é importante? Porque, dessa maneira, assumiríamos que o evento da colonização introduziu a ideia de raça como elemento estrutural das relações políticas, econômicas e sociais no País. A partir daí, instaurou a ideologia de raça superior e inferior, estabelecendo o racismo e outras formas de opressão como o *modus operandi* do Estado, das instituições, das leis e das relações sociais. Tendo o racismo e a cis-heteronormatividade como estruturas que organizam a vida na sociedade brasileira, o sistema de saúde e por consequência, as políticas de saúde não passaram ilesas quanto à ingerência dessa estrutura.

A minha proposta assenta-se, portanto, na emergência de pensarmos políticas e práticas de saúde a partir de um sujeito que passou pelo evento da colonização sob o signo da violência, ou seja, negras/os e indígenas. Isso é importante porque a raça ganha centralidade em nossas elaborações de políticas de saúde, ou seja, a base para pensarmos saúde estaria na raça tendo no horizonte a totalidade do sujeito que integraria questões como gênero e sexualidade. A classe, a meu ver, não se descola da raça, no caso do sujeito colonizado racializado, raça é

classe, como nos adverte Angela Davis¹⁹.

O segundo movimento imprescindível no sentido da virada decolonial no campo da saúde coletiva está relacionada com a descolonização dos saberes e corpos. Significa dizer que é necessário imprimir mudanças na formação acadêmica dos pensadores da saúde. Apesar da aguda crítica que o campo da saúde coletiva faz a medicina, a grade curricular dos cursos da pós-graduação ainda é muito branqueada. Temos poucas disciplinas que pautam relações étnico-raciais, isto é, ainda persiste nas grades curriculares disciplinas cujas referências são preponderantemente de autores europeus. Estou dizendo que não se tem discutido, nas disciplinas do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, o quanto a raça molda diferentes maneiras de olhar o mundo e o quanto são ricas as reflexões de autoras/es negra/os sobre os efeitos do racismo em seus corpos e mentes. Autores que revolucionaram o pensamento sociológico como: Frantz Fanon, Clovis Moura, Abdias do Nascimento, Lélia Gonzalez, Beatriz do Nascimento, entre muitos outros, que trouxeram o ponto de vista

do negro para o interior do pensamento político brasileiro, mas que, infelizmente, ainda não alcançaram as bibliografias do campo da saúde. Estudantes passam pelos cursos de especialização, mestrado e doutorado sem sequer ouvir falar de obras essenciais desses autores. Por outro lado, ninguém sai do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva sem entrar em contato com textos de autores como: Marx, Foucault e Weber.

Em síntese, trilhar o caminho rumo à descolonização do campo da saúde coletiva e consequentemente, das políticas e práticas em saúde significa repactuar o projeto de nação que foi introjetado pelo colonizador europeu há, pelo menos, 500 anos. Práticas racistas que até os dias de hoje acontecem nos sistemas de saúde são encobertas pelo mito da democracia racial, e precisam urgentemente ser derrubadas.

Colaborador

Souza FA (0000-0003-2197-8609)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Haraway D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial [internet]. *Cad Pagu*. 2009 [acesso 2019 maio 20]; (5):7-41. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>.
2. hooks b. *Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2017.
3. Grosfoguel R. Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. In: Santos BS, Meneses MP. *Epistemologias do Sul*. Coimbra: Almedina; 2009. p. 383-417.
4. Gonzalez L. A categoria político-cultural da Americanidade. In: Gonzalez Lélia. *Primavera para as*

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- rosas negras. São Paulo: Diáspora Africana; 2018. p. 321-334.
5. Carvalho JJ. Encontro de Saberes e descolonização: para uma refundação étnica, racial e epistêmica das universidades brasileiras. In: Bernardino-Costa J, Maldonado-Torres N, Grosfoguel R, editores. Decolonialidade e Pensamento Afrodiaspórico. Belo horizonte: Autêntica; 2019. p. 79-106
 6. Souza VS. A política biológica como projeto: A “Eugenia negativa” e a construção da nacionalidade na trajetória de Renato Kehl (1917-1932). [dissertação]. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz; 2006. p. 220.
 7. hooks b. Intelectuais Negras [internet]. Estudos Feministas. 1995 [acesso em 2019 maio 20]; 3(2):464-478. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16465/15035>.
 8. Figueiredo A. Somente um ponto de vista [internet]. Cad Pagu. 2017 [acesso em 2019 maio 22]; (51):e175117. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332017000300509.
 9. Hill CP. Epistemologia feminista negra. In: Bernardino-Costa J, Maldonado-Torres N, Grosfoguel R, editores. Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. Belo Horizonte: Autêntica; 2019. p. 139-170.
 10. Carneiro S. A construção do outro como não-ser como fundamento do ser [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
 11. Gonzalez L. Racismo e Sexismo na cultura brasileira. In: Gonzalez L. Primavera para as rosas negras. São Paulo: Diáspora Africana; 2018. p. 190-214.
 12. Foucault M. O nascimento da clínica. 7. ed. São Paulo: Forense Universitária; 2013.
 13. Foucault M. Nascimento da Biopolítica. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
 14. Fernandes D, Resmini G. Biopolítica [internet]. [acesso em 2019 set 12]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/e-psico/subjetivacao/espaco/biopolitica.html>.
 15. Werneck J. Racismo Institucional e saúde da população negra. Saúde e Sociedade [internet]. 2016 [acesso em 2019 set 13]; 25(3):535-549. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>.
 16. Faustino DM. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2017 [acesso em 2019 set 14]; 22(12):3831-3840. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n12/1413-8123-csc-22-12-3831.pdf>.
 17. Melo L, Gonçalves E. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde [internet]. RC. 2010 [acesso em 2019 maio 22]; 11(2). Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/2157>.
 18. Bouteldja H. Raça, Classe e Gênero: uma nova divindade de três cabeças [internet]. Cadernos GenDiv. 2016 [acesso em 2019 maio 29]; 2(2):5-9. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/20686>
 19. Davis A. Mulheres, raça e classe. São Paulo: Boitempo; 2016.

Recebido em 02/06/2019
Aprovado em 03/10/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

‘Sobre o conceito da História’ na saúde coletiva

‘On the concept of History’ in public health

André Luis de Oliveira Mendonça¹, Leandro Augusto Pires Gonçalves²

DOI: 10.1590/0103-11042019S815

RESUMO Nesse ensaio, cujo título é inspirado na pequena obra-prima ‘Sobre o conceito da História’, de Walter Benjamin, narra-se a história da saúde coletiva, em conexão com o ser social brasileiro, por meio de doze teses concatenadas e, concomitantemente, independentes entre si; mais precisamente, dadas as divergências pontuais entre os autores, pode-se dizer que o texto apresenta teses e, por assim dizer, algumas antíteses. Sem deixar de reconhecer a relevância que o campo da saúde coletiva e o Movimento Sanitarista possuem nos rumos da saúde pública e da sociedade brasileira, encadeia-se o argumento de que ambos não ficaram imunes àquilo que se cunha aqui de SER (Sexismo, Elitismo e Racismo) – modo de ser constitutivo da modernidade e do ocidente –, responsável pelo não ser da maioria dita ‘minorias’, sobretudo dos cinco ‘pês’ de periferias: pobres, pretos, ‘psicóticos’, ‘putas’ e ‘paraíbas’. Para fundamentar essa tese (ou teses), os autores irmanam-se, cada um à sua maneira, ao conhecimento cultivado e ofertado por intelectuais negras e negros, bem como a autoras e autores que contribuem para a descolonização dos saberes e práticas, incluindo alguns europeus, em direção à libertação coletiva.

PALAVRAS-CHAVE Branquitude. Descolonização. Feminismo. Movimento Sanitário. Saúde pública.

ABSTRACT *In this essay, whose title is inspired by the master piece ‘On the concept of the History’ by Walter Benjamin, we tell the history of the collective health, in connection to the Brazilian social human being, through twelve theses concatenated and concomitantly independent among them, precisely given some pointed divergences among us – the authors. We can say that the text presents theses and therefore some antitheses. We do acknowledge the relevance that the field of the collective health and the Sanitarian Movement have in the collective health and the Brazilian society; we linked the argument that both would not be immune to that which we here called: SER (Sexism, Elitism, Racism) – a way of being constitutive of our western and modern society –, responsible for the not-being of the majority which is called minority, mainly of the 5 archetypes of the Outskirts: ‘the Poor, the Black, the Psychotic, the Prostitute, the Northeastern’. To ground this thesis (or theses), we fraternized ourselves, each one to his\her way, to the provided and cultivated knowledge by the black scholars as well as the authors who contribute to the decolonization of our knowledge and practices, including some Europeans, towards collective emancipation.*

KEYWORDS *Whitening. Decolonization. Feminism. Sanitarian Movement. Public health.*

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Instituto de Medicina Social (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. alomendonca@gmail.com

²Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Niterói (RJ), Brasil.



I. Dois perdidos numa noite suja

TONHO: Se acabou, malandro. Se apagou. Foi pras picas. (Paco vai caindo devagar. Tonho fica algum tempo em silêncio, depois começa a rir e vai pegando as coisas de Paco)¹⁽¹³⁴⁾.

Tonho maquina matar Paco por este querer a ‘comodidade’ do bosque da universidade, ao invés de adentrar seus concretos rachados e cinzentos. Paco se defende: “*no bosque, como um vampiro brasileiro, eu posso me alimentar da seiva gotejante que brota dos solos da anti-memória da Favela do Esqueleto*”. Paco trama, paradoxalmente, matar Tonho por este querer liderar, tomado por estranha humildade pretensiosa, o processo que o conduzirá ao seu próprio fim. Tonho ataca:

‘gente como a gente’ precisa morrer, mas não nos matando a nós mesmos, o que não teria redenção alguma, senão sendo mortos por aqueles a quem infligimos os maiores flagelos.

Tonho também quer matar Paco por se autodeclarar branco, ao passo que é filho de mãe negra, empregada doméstica, morta por causa de uma doença da pobreza adquirida na infância em Cruz das Almas, Recôncavo Baiano, bem como por outra quiçá decorrente da sobrecarga de trabalho realizado durante anos a fio na Rua São Salvador, Zona Sul do Rio: doença de Chagas e trombose, respectivamente. Paco ataca:

nunca senti na pele (literalmente), dado o fenótipo igual ao de meu pai, as agruras pelas quais minha mãe passou; não sou, portanto, digno de me reconhecer como negro, embora sonhe me tornar um branco antirracista.

Paco também quer matar Tonho por continuar se vendo como colonizador, filho que é de portugueses comerciantes, apesar de já ter matado os próprios pais e ido ao cinema.

Tonho se defende: “*Freud, Jung, Engels e Marx não explicam os cinco pés atávicos referentes ao povo de periferia que explorei no balcão de uma padaria e nas pradarias do subúrbio carioca: pretos, pobres, ‘psicóticos’, ‘putas’ e ‘paraíbas’*”, ampliando, aqui, os primeiros três pés cunhados por Jurandir Freire Costa e retomados por Marcos Vinicius Ignácio^{2,3}.

Deixando a ‘profundidade’ das metáforas e hipérboles de lado (aqui, elas são meros recursos estilísticos de brancos privilegiados, já que, diferentemente do nosso caso, para os ‘cinco pés’, a morte jaz cada vez mais viva ‘na real’), as teses que compõem este ensaio expressam os impasses de dois homens moldados pela branquitude e cis-heteronormatividade em busca dessa tal desconstrução dos seus respectivos modos de SER (Sexismo, Elitismo e Racismo) ocidentais modernos, responsáveis pelo não ser da acachapante maioria dita ‘minorias’. Em que pese a crítica, tanto implícita quanto mais aberta, à persistência da colonialidade do saber e do poder presente ao longo do texto⁴, queremos deixar logo às ‘claras’ (por que não ‘às escuras’?), a começar pelo título que parafraseia um dos escritos mais difundidos do judeu alemão Walter Benjamin⁵ (cuja vida de ‘fracasso exemplar’ nos revelou os cacos e ruínas do limbo da história, assim como possibilidades de reconstruções⁶), o fato de ainda nos permitirmos ser contaminados por vírus da velha Europa naquilo que ela tem de ‘melhor’, até mesmo para não proliferarmos, contraditoriamente, o que ela tem de pior, seu rechaço, controle e aniquilação da alteridade. Nós queremos, sim, continuar sendo ‘alterados’ também pelos europeus, conquanto acreditemos, sobre todas as coisas, que é chegada a hora e a vez de nosso continente ameríndio e amefricano reinventar um novo processo civilizatório pautado por valores e ideais que sobrepujem a racionalidade instrumental e utilitária europeia e norte-americana, causa mais profunda do atual mal-estar insuportável da cultura e, por assim dizer, da

natureza. Sendo assim, já se tornam patentes as nossas próprias contradições e ambivalências, características com as quais estamos aprendendo a lidar de modo mais positivo após leitura de textos da socióloga boliviana de origem aimará Silvia Cusicanqui, especialmente depois de lermos sua obra-prima 'Ch'ixinakax utxiwa'⁷.

Feito é feito no referido texto de Benjamin, a seguir subscrevemos várias teses encadeadas e concomitantemente independentes entre si (diferentemente do número 18 'cabalístico' do original, nosso ensaio possui 12 teses... há também antíteses entre nós, conforme será percebido oportunamente), incluindo essa primeira, que, na realidade, tem mais a ver com uma introdução às demais do que uma tese propriamente dita. Todavia, malgrado a influência da 'branquitude' do autor de 'O autor como produtor', o desafio que nos colocamos foi, inspirado em Frantz Fanon, o de irmanar um conteúdo de 'pele negra' com uma forma sem 'máscaras brancas'⁸. Aqui e agora, pois, vamos jogar fora no lixo, metáfora a fora, o 'figurino francês' que costuma pavonear nossos artigos, teses, livros *et cetera* com o suposto manto sagrado da cientificidade (no caso, objetividade alegadamente despida de axiologia), sob pena de ele asfíxiar o corpo 'doutrinário' que queremos preservar sem mumificar. Daí permitirmo-nos contar a história da saúde coletiva e da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) para nós mesmos; trata-se, na realidade, de um ensaio 'para todos e para ninguém': para todos os 99% (haja heterogeneidade!) que sofrem quaisquer formas de Dominação, Opressão e Repressão (DOR) e para ninguém que faça parte do 1% ('aja, homogeneidade!') dos donos do mundo. Para realizar esse intento a contento, filiamo-nos, cada um em gênero e número distinto, à corrente libertária mais consistente e coerente que há, a saber: feminismo negro. É das esfarrapadas da terra que há de emergir a libertação da humanidade inteira.

II. Nem tragédia nem farsa, a história se repete como auto de resistência

O confronto real entre 'fascismos' não pode ser, portanto, 'cronologicamente' entre o fascismo fascista e o fascismo democrata-cristão, mas entre o fascismo fascista e o fascismo radical, total e imprevisivelmente novo que nasceu daquele 'algo' que aconteceu dez anos atrás⁹.

Na famosa sentença de abertura daquela que é reputada como obra inaugural da análise de conjuntura – 'O 18 de Brumário de Luís Bonaparte' –, Marx¹⁰ sustenta, em admirável suprassunção de Hegel, que a história se repete, sim, mas de modo diferenciado, como se ela fosse encenada aos moldes de dois gêneros dramaturgicamente antagônicos (ou complementares), sucessivamente: primeiro como tragédia, depois como farsa¹⁰. Tentando marxistamente suprassumir Marx, diríamos que os acontecimentos históricos recentes não nos deixam margem para admitirmos a analogia da tragédia, visto que praticamente todos eles, porque não são decorrentes de um destino inexorável, poderiam ter sido perfeitamente evitados; tampouco vemos pertinência na comparação com a farsa, porquanto, em tempos de pós-verdade e *fake news*, o que houve mesmo, mais do que o 'fim da era da verdade', foi o colapso da mentira e da farsa, que, até então, precisavam preencher o pré-requisito da verossimilhança ante o custo de serem, a contragosto dos mentirosos e farsantes, desmascaradas de imediato se muito escancaradas. A mentira perdeu a vergonha e se esbugalhou de vez: nada carece mais parecer que é verdade quando tudo é perecer. Não é só uma simples questão de 'se deixar levar pelas emoções': vide as 'razões' dos terraplanistas. De qualquer forma, por mais preocupantes que sejam, negacionismo ou picaretagem são sintomas, e não causas, das nossas maiores

catástrofes: em plena era de *'big tech'*¹¹, a matriz do capitalismo neoliberal da qual vivente algum escapa já não seria ela mesma pura e simplesmente uma grande *fake news*?

Pulando a moral da história em torno do sentido extramoral da mentira e da verdade¹², o ponto é que aqui na terra onde tudo dá, exceto ornitorrinco (já se é o próprio, diria Chico de Oliveira), especialmente nas comunidades, favelas, 'inferninhos', quilombos e tribos, o gênero sempre foi outro: nossa realidade é mais afeita aos autos dramáticos. Outrossim, na 'dramaticidade da hora atual' – pegando emprestada a expressão empregada por Paulo Freire na sua 'Pedagogia do oprimido'¹³ (obra mais do que nunca urgente em tempos de 'Escola sem Partido'¹⁴), ao referir-se à instauração da Ditadura Civil-Militar que o instou a se instalar no Chile de Allende –, temos dúvidas quanto a ser apropriado como que rotular, jocosamente, de diabólica comédia pós-humana as cenas dantescas antagonizadas pelo clã Bolsonaro e Cia ilimitada. Sem esquecer da força política do riso a sério, não dá só para brincar com uma conjuntura disjuntiva cada vez mais grave. Ademais, estamos a des-comemorar 55 anos de Golpe¹⁵, com 'direito' à tentativa de festejos macabros; no ano passado, o da fatídica eleição que elegeu Bolsonaro presidente, fez 50 anos que no Brasil caía a uma noite de 21 anos por meio da decretação do AI-5 (Ato Institucional Número Cinco). Será que a história vai se repetir como auto de resistência do povo, tal como as manifestações dos estudantes nos dias 15 e 30 de maio 2019 arejam a esperança, roubando de volta aqui o verdadeiro sentido da expressão que era soturnamente usada (usurpada) pela Polícia Militar – e abolida só em 2012 – em ocasiões de homicídios cometidos por policiais sob 'legítima defesa'? Já não estaríamos sob a vigência de um Ato Inconstitucional Número 2 desde o começo da Intervenção Militar, que, para não esquecer jamais, assassinou Evaldo dos Santos Rosa, um músico negro, com 80 tiros, no sangrento domingo de 7 de abril de 2019? Só saberemos *a posteriori*: desafortunadamente,

ou afortunadamente (justamente pelo fato de o futuro estar sempre em aberto), só continua sendo possível ler a história retrospectivamente, que nem jornal de segunda, e segundo a ótica dos vencedores. De todo modo, como aqui estamos irmanados à 'tradição dos oprimidos' e à 'autoridade dos moribundos', queremos olhar para a história mediante a cosmovisão dos vencidos e silenciados.

III. A história do mundo não é a história humana; a memória e os afetos, sim¹⁶

O passado traz consigo um índice secreto, que o impele à redenção. Pois não somos tocados por um sopro de ar que envolveu nossos antepassados? Não existem, nas vozes a que agora damos ouvidos, ecos das vozes que emudeceram? [...] Se assim é, então existe um encontro secreto marcado entre as gerações precedentes e a nossa. Então, alguém na terra esteve a nossa espera. Se assim é, foi-nos concedida, como a cada geração anterior a nossa, uma frágil força messiânica para a qual o passado dirige um apelo. Esse apelo não pode ser rejeitado impunemente¹⁷⁽²⁴¹⁻²⁴²⁾.

'Nem tragédia e nem farsa', a história do mundo e da humanidade jamais se repete. Contudo, a memória é referência que está sempre a produzir o nosso passado, presente e futuro. Como espécie, temos tido capacidade inigualável de produzir com o mundo. Isso se dá por uma qualidade que outras espécies não desenvolveram como nós: a de deixar registros da nossa passagem. Seja por meio oral, escrito – nas diversas formas da linguagem –, nos objetos e construções do cotidiano ou nas obras de arte, estamos informando novas gerações sobre o mundo em que estrearam por meio das marcas que deixamos nele. Essa qualidade produz em nós uma distorção

sobre a realidade: em cada momento da história – no nosso caso, neste contexto capitalista e contemporâneo de produção do mundo –, a falsa impressão de que o mundo é exatamente como o vemos; adotamos o ponto de vista do grupo humano ao qual pertencemos como a própria realidade. Isso tudo que vemos é só o que o humano pode ver. O mundo é muito mais que nós. E nós sentimos isso...

O mundo suscita medo e esperança em nós. Quando ele nos ameaça, tudo o que temos são a proteção das nossas instituições – família, Estado, o patriarca, entre outras –, a certeza da norma e as memórias da dor; nos orientamos para o passado. Quando o horizonte está aberto, quando o mundo e nós somos potência, produzimos o novo, somos os que podem, sonhamos acordados, as memórias nos inspiram e alegram; nos orientamos para o futuro. Por isso, a imagem que a história humana pode gerar não deve ser a de uma reta, muito menos direcionada para a frente, em progresso. Estamos sempre nos aproximando de experiências e referências passadas para nos lançar ou nos proteger do futuro. Mesmo que essas experiências não se repitam, elas nos inspiram, nos forçam a performances muito próximas às de gerações muito distantes de nós no tempo e no espaço. Vendo desse modo, a forma que a história humana pode ter se assemelharia a um novelo em que o fio do tempo, em sua cronologia, e os seus eventos históricos, apenas se aproxima demais em alguns pontos, sem nunca se sobrepor. Contudo, quando o fio é tensionado com força em sua ponta – o que alguns modernos entendem como aceleração histórica –, todos sabemos o que se dá no novelo: um ou mais nós se formam no seu interior. Quando isto acontece, o novelo se comprime, a ponta se descola e precisa voltar a procurar um caminho pelo qual desfazer os nós. Nestes momentos, a história humana está como que suspensa. Julgamos que vivemos um momento como esse.

IV. Era uma vez um tempo em que RSB significava Revolução Socialista Brasileira

Vengo cantando esta zamba com redoble libertário: mataron al gerrillero Che Comandante Guevara. Selvas, pampas y montañas, patria o muerte su destino. Selvas, pampas y montañas, patria o muerte su destino¹⁸.

Se o contexto político ‘progressista’ que antecedeu ao Golpe de 2016 era o de ‘reforma gradual e pacto conservador’¹⁹, o de outrora fora o de Reformas de Base, no qual se insere – por que não dizer? – a chamada RSB. Atualmente, trata-se de sigla incontestada para designar a Reforma Sanitária Brasileira, mas temos boas razões para acreditar que ela já ‘significou’ um dia Revolução Socialista Brasileira: mais do que uma reforma setorial na saúde, esperava-se uma transformação na sociedade brasileira, tendo, sim, a saúde como grande vetor. Cá como acolá, não importa, o dilema é que a participação e resistência populares foram fundamentais nas respectivas lutas à mesma proporção que as narrativas oficiais, com os devidos matizes das matrizes à esquerda e à direita, reduziram o povo à mera passividade e à condição de simples espectador da história. ‘Quem sabe faz a hora, não espera acontecer’ parece ter sido sempre só um belo verso da eterna canção de Geraldo Vandré cuja exortação talvez continue não sendo concebível ‘paratodos’. Dá alento pensar que, em contrapartida, a história do Brasil real está repleta de atos de resistência protagonizados pelos cinco pés. Seja do jeito que for, estranhamente, mesmo narrativas retrospectivas que procuram evidenciar a inclinação ‘socialista revolucionária’ na origem do Movimento Sanitário só o fazem sob a perspectiva daquilo que devemos nomear de dirigismo das massas, destacando o papel ora de lideranças acadêmicas, ora de personalidades atuantes no interior do próprio

Estado. Ficamos reféns quase sempre de histórias tecidas com o novelo de cima para baixo, até mesmo quando se tenta atentar para a importância dos movimentos sociais no advento e consolidação do sanitarismo. Ademais, amiúde, o recorte de classe da esquerda mais tradicional deixou de fora das análises outras formas de opressão pelas quais passava, e passa, o povo brasileiro. O imaginário político da esquerda pretensamente mais marxista via na figura do operário/camponês o único sujeito da história legítimo e capaz de fazer a ‘revolução’ por conta de sua condição de oprimido número um do sistema capitalista de exploração de mais valor, deixando de reconhecer a condição de opressão de outros grupos sociais. Nem mesmo esse imaginário mais ‘seletivo’ foi devidamente colocado em prática, uma vez que a classe operária e popular, como admitiriam lideranças como o próprio Sérgio Arouca em balanço autocrítico, representava o ‘fantasma da classe ausente’²⁰. A questão a ser discutida é se ela foi uma classe ausente ou, ao contrário, tornada ausente em função justamente do ‘vanguardismo’ majoritariamente encampado por médicos e sanitaristas brancos.

V. Sexismo, Elitismo e Racismo, eis a questão do (não) SER social brasileiro

DANA: Eu era a pior guardiã possível que ele podia ter, uma negra para cuidar dele em uma sociedade que via os negros como sub-humanos, uma mulher para cuidar dele em uma sociedade que via as mulheres como eternas incapazes²¹.

Assim como nem todo populismo é de esquerda²² (vide o avanço do populismo de extrema-direita com Trump, Salvini, Bolsonaro, dentre outros), nem todo elitismo é de direita; sem desconsiderar a contundência da tese de Jessé Souza dirigida à elite dirigente do

atraso²³. Se, por um lado, o pensamento social brasileiro crítico retratou nosso patrimonialismo²⁴ e coronelismo²⁵ – seriam, entre outros traços de personalismo e arcaísmo, marcas indelévels de uma singularidade brasileira supostamente desafinada com os novos acordes da modernidade –, por outro, a difusão da autoimagem de cordialidade ofuscou a faceta mais marcante do caráter do nosso ‘heroísmo’: Sexismo, Elitismo e Racismo (SER). De todo modo, para o bem e para o mal, estamos vivendo um momento histórico singular que poderíamos cunhar de colapso do concilialismo, uma conflagração incontrolável de conflitos por séculos solapados que desmente fragorosamente teses ‘harmoniosas’ como a de democracia racial. Aqui, como já bem-dito (‘amaldiçoado’) por Lélia Gonzalez, a miscigenação começou com a torpeza do estupro de mulheres pretas perpetrados pela nobreza branca²⁶.

Preocupada única e exclusivamente com a exploração de classe, a elite do ‘progresso’ lutou contra um difuso imperialismo de inimigos externos (teria sido também anticapitalista ou apenas ‘anti-imperialista?’), sem adotar o mesmo tipo de empenho contra as dominações internas. No interior da saúde coletiva, é possível ainda encontrarmos velhos sanitaristas que decerto teriam sido capazes de doar a própria vida se preciso fosse em prol da RSB (aliás, como alguns o fizeram), ao mesmo tempo que são pessoalmente atravessados por condutas sexistas, elitistas e racistas; e curioso: quando, por exemplo, tenta-se discutir racismo estrutural e institucional, na maioria das vezes, ficam sinceramente ofendidos ‘com tais acusações’, especialmente ‘posto que somos todos de esquerda’. Acaba-se, no fundo, por querer individualizar um problema de ordem coletiva; afinal, o que existe é um SER social no qual eles também estão embebidos. Não obstante, essas pessoas de carne e osso atuam como exemplares vivos e indesejáveis do sexismo, elitismo e racismo estruturantes da sociedade brasileira, dos quais grande parte da esquerda tradicional infelizmente não escapa (pior ainda: costumam ser, dada a origem de elite,

seres assaz influentes nos espaços em que circulam). SER esse responsável pelo grande não ser da maioria da população, notadamente as mulheres negras – principais vítimas da ‘cordialidade’ patriarcal geradora de feminicídios e violência doméstica, da ‘meritocracia’ legitimadora das desigualdades persistentes e quase ‘inatas’, bem como da ‘democracia racial’ escamoteadora do racismo endêmico.

VI. A condição de privilégios não é um ‘privilégio’ exclusivo da direita

SUSANA: A dor da perda da pátria, dos entes caros, da liberdade fora sufocada nessa viagem [de navio negreiro] pelo horror constante de tamanhas atrocidades²⁷.

O golpe mais duro e difícil de assimilar que a esquerda ‘classista’ sofre hoje da esquerda ‘identitária’ provém do ato de ser incomodamente lembrada de que ela, historicamente, também desfrutou de privilégios de origem exibidos como ‘direitos conquistados’, porquanto, enquanto não forem verdadeiramente universalizados, ‘direitos’ não passam, ao fim e ao cabo, de privilégios. Desde, pelo menos, ‘Retrato do colonizado precedido do retrato do colonizador’, de Albert Memmi, não dá mais para deixar de identificar na categoria de ‘privilégio’ sua conotação de comparação²⁸; sendo assim, de fato, grande parte da esquerda tradicional que lutou e luta contra desigualdades e por justiça social, quando pensada relativamente às classes desfavorecidas justamente em nome das quais age, frequentemente ocupa posições vantajosas em função do gênero (homens), da cor/raça (brancos) e mesmo da classe social (no mínimo, média) das quais é oriunda. A questão ético-política fundamental é saber que é possível, e principalmente mandatário,

não ser signatário da condição privilegiada da qual se parte, e mais necessário ainda reconhecê-la como tal e lutar para extirpá-la.

A esquerda orientada pela luta de classes reage argumentando que, ao entrar nessa lógica, acabaríamos nos enredando em uma espiral infinita sobre quem é menos privilegiado do que quem, como se estivéssemos participando de uma espécie de Olimpíadas do mérito da desgraça (obviamente, retórica adotada também pela direita), bem como terminaríamos por nos fragmentar em políticas ‘identitárias’ perdendo conseqüentemente o foco da ‘contradição essencial’ a ser combatida, isto é, a de classes. Ora, ora, falta no mínimo generosidade e solidariedade para reconhecer que mulheres negras sempre viveram na maior das encruzilhadas: sofrem opressão de gênero por serem mulheres, racismo por serem negras e discriminação/exploração por serem pobres na maioria dos casos. Nesse sentido, não apenas a esquerda classista, mas também o feminismo tradicional focado nas opressões sofridas pelas mulheres brancas de classe média e o antirracismo do Movimento Negro voltado para as opressões sofridas pelos homens negros lhes serviram como obstáculos à sua própria libertação. Seu ‘revide’ ancestral está se tornando público e notório, finalmente: embora brancos acadêmicos oportunistas queiram expropriá-lo de sua ‘propriedade’ intelectual, o feminismo negro vem sendo o verdadeiro responsável pela grande teoria de tudo unificada como jamais a esquerda ousou conceber: interseccionalidade/encruzilhada²⁹. Enquanto isso, a esquerda tradicional ressentida contra-argumenta que privilégio é coisa de classe dominante; na academia, por exemplo, nós reclamamos que somos trabalhadores mal remunerados e que vivemos em condições precárias de trabalho, esquecendo-nos do ‘privilégio da servidão voluntária’ da maioria da população preta e pobre. Lutar, e é preciso lutar como uma garota, contra as reformas da previdência e do trabalho é majoritariamente um privilégio de gente branca; tanto assim que essas pautas vêm despertando

pouca mobilização popular. Parafraseando Memmi, não basta quem tem boas condições já de partida tomar partido pelas pessoas oprimidas, é preciso ser ‘eleito’ (muito mais no sentido ‘filosófico’ do que político partidário) por elas para tal tarefa.

VII. O privilégio gera privilégio e opressão; opressão gera opressão

Onde fica aquele lugar onde o que não deveria ‘acontecer a ninguém’ acontece todo dia? Por que é que, em tantos lugares encontrados em todo canto do espaço global, tantos seres humanos se deparam com aquilo que ‘ninguém merece’? O que possibilita um modo de existência que se dissemina para além das fronteiras jurídicas de um Estado e das fronteiras éticas de todas as nações?³⁰⁽⁶⁸⁾.

Nesta nossa formação social brasileira, no novelo que temos construído – um novelo que se avoluma em torno de um espaço europeu, que tem o fio sob a ‘curatela’ de corpos masculinos e brancos –, muitos humanos têm temido e poucos têm sonhado. As posições de quem teme e de quem sonha são produzidas coletivamente e se transferem por meio dos registros que deixamos. Sobre tais registros, lendo-os enquanto classe social e como marcas de diferenciação – raça, gênero, idade, etnia, entre outras –, temos uma dinâmica entre privilégio e opressão que se alimentam mutuamente. Mesmo entre os mais desprovidos de privilégio, há sempre uma migalha por preservar. Há, nas relações cotidianas, entre pessoas e grupos sociais, uma desigualdade que é preciso preservar, sob o risco de não haver qualquer migalha de dignidade a que se agarrar. Trata-se de uma dinâmica social predatória, em que a opressão é ubíqua e sustentada ativamente por todos nós. Nas palavras de Albert Memmi²⁸, nos países de origem colonial, suas instituições

se erguem como ‘pirâmides de tiranos’. Quanto mais privilegiado é o humano e o seu grupo, menor a percepção que se tem da opressão que gera. Quanto mais oprimido é o humano e o seu grupo, maior a percepção que ele tem do seu privilégio, daquilo que ele não pode perder. Os primeiros não se importam com os segundos; os segundos temem os terceiros. Os terceiros, para os primeiros e os segundos, já não são humanos. Eles não deveriam existir. O medo de deixar de existir faz dos segundos uma armadura de proteção dos primeiros. Portanto, a imagem não humana do terceiro como possibilidade de vir a ser é necessária para a afirmação de segundos e primeiros.

Paulo Freire nos advertiu de que só os terceiros podem nos libertar. Será que podemos sugerir tal responsabilidade a eles?

VIII. Não há branco mais branco que brancos bem-intencionados...

O SUS é o resultado de uma luta antiga, da tradição sanitária não-racialista. O movimento da Reforma Sanitária, calcado no tripé universalidade, integralidade e gratuidade, concebe a saúde como um direito de cidadania. Há um consenso de que a reforma da saúde é um dos mais bem-sucedidos projetos políticos de inclusão dos setores populares. O que falta, de fato, é um amplo e obrigatório debate público sobre políticas de saúde de recorte racial, diferentemente do que ocorre com a atual discussão do projeto de lei sobre cotas raciais nas universidades públicas.

Em contraposição à política pública racializada, ou seja, uma política que define o preconceito racial como o eixo da desigualdade no Brasil, propomos o aperfeiçoamento dos mecanismos das políticas de humanização do SUS. Ao invés de se denunciar o suposto ‘racismo institucional’, em que atos preconceituosos são atribuídos genericamente a

entes institucionais, em detrimento da importância das ações dos atores sociais e políticos, devemos nos opor a todas as formas de discriminação.

O SUS é uma conquista de caráter universalista rumo a um país mais justo e igualitário, como nos ensinou em vida o sanitarista Sergio Arouca³¹.

Carlos Hasenbalg era um branco argentino que, desde a década de 1970, pesquisou sobre a racialização à brasileira. Tinha o ‘negro como tema’, como nas palavras de Lourenço Cardoso³². Angela Figueiredo, ao prestar homenagem a Hasenbalg quando da sua morte³³, ele que fora seu orientador de doutorado, relembrou a sensação do argentino de ter sempre trabalhado no gueto, no isolamento; Angela usa um depoimento de Hasenbalg no qual ele refere à dúvida de se não era visto ou se fingiam que não o viam. Nós, brancos que estamos começando a nos ver como brancos neste início de século XXI, descobrindo noções como branquitude, encantados em nossa vaidade com a própria desconstrução, de brancos ficamos vermelhos quando descobrimos que Alberto Guerreiro Ramos escreveu sobre ‘a patologia social do branco brasileiro’ em 1957. Se nós, desconstruídos, nos desconcertamos, imagine aquele tio mais velho que nunca deixa de falar que a racialização contemporânea brasileira é fruto de um golpe de fundações internacionais iniciado na década de 1990³⁴?

Pois é, tio branco, está cada vez mais difícil sustentar a ‘neurose cultural brasileira’³⁵. Perdeu, já não é universal. Contudo, sabemos bem das suas estratégias, e o crime perfeito está sempre para acontecer: a história do carrasco que mata duas vezes, a segunda pelo esquecimento³⁶. A produção de esquecimento é uma estratégia central na construção da racialidade à brasileira: apagam-se corpos, memórias, saberes... para ficarmos no debate acadêmico, como intelectuais negros e importantes feito Beatriz Nascimento, Lélia Gonzalez, Alberto Guerreiro Ramos e Abdias do Nascimento permanecem desconhecidos para a maioria de nós?

Hoje tem um tio branco, Jair Bolsonaro, na presidência do País. O ‘pacto narcísico da branquitude’³⁷ parece ameaçado, e os tios brancos procuram manter a sua república preservada do lixo, que tem falado numa boa e cada vez mais alto³⁵. Corpos e povos subalternizados têm feito, eventualmente, os tios brancos calar, algo que estes não têm aceitado...

Já o carrasco, que entre suas várias denominações é também miliciano e segue com o tio que se tornou presidente, mata, mas não sabe como fazer esquecer... a perfeição do crime não parece mais possível: todos agora sabem dele, e Marielle vive.

IX. A tradição sanitária esqueceu que a democracia jamais nasceu

[...] e que no fundo o que não é perdoável em Hitler não é o crime em si, o crime contra o homem, não é a humilhação do homem em si, senão o crime contra o homem branco, é a humilhação do homem branco [...]³⁸⁽²¹⁾.

Desde a eleição de Trump, do início da controvérsia acerca do Brexit (desfecho inesperado?), do (ab)uso de *fake news* e, sobretudo, da aparição de um esdrúxulo jogo de aparências escancarado (mesmo ‘íntactas’ ou ‘funcionando’, as instituições estariam desempenhando papel contrário [só agora ou desde sempre?] ao que se propõem porque estariam visivelmente ‘corrompidas’ nos bastidores do poder), surgem em profusão mercadológica obras subscrevendo o obituário da democracia, especialmente no mundo estadunidense³⁹, como se o imperialismo ianque tivesse sido até aqui algum modelo exemplar de respeito às ‘institucionais estabelecidas’, ou, principalmente, de vigília aos valores de liberdade, oportunidade, tolerância etc. Antes de querer declarar a iminência do fim ou morte da democracia, perguntamo-nos se a indagação pertinente não

deveria ser se, de fato, a democracia já existiu. Ora, tal como formulado na tese VIII de ‘Sobre o conceito da História’ de Benjamin, não seria mais correto admitir o ‘estado de exceção como regra’? Se concebermos a história a partir do ponto de vista da tradição dos oprimidos, veremos que raros foram os momentos em que houve ‘governo do povo’ (quando isso ocorre, seus ‘amantes’ logo começam a destilar seu ‘ódio à democracia’⁴⁰); isso para não dizer que o mais comum é termos catástrofe, destruição e genocídio aos borbotões. Pergunta ainda mais urgente e incômoda: se a elite ‘esclarecida e humanista’ da Europa viu-se como vítima indefesa durante o advento do fascismo e do nazismo, mesmo tendo se calado diante de, ou até mesmo legitimado por séculos e séculos, atrocidades inomináveis e abomináveis da colonização e da escravidão em outros territórios, não seríamos hoje, também, nós acadêmicos pretensamente ‘herdeiros do iluminismo’ nos trópicos, mais cúmplices de Bolsonaro do que suas meras vítimas? Afinal, o mal que ele quer infringir à esquerda de modo geral não seria o mesmo que negros e indígenas vêm sofrendo desde o ‘Descobrimento do Brasil’ sem que nomeemos todo esse processo histórico de coisificação dos ‘diferentes’ de ‘fascismo’? Convoque ‘seu’ Hitler...

É por isso que o documento ‘A questão democrática na área da saúde’, considerado amiúde a certidão de nascimento do Sistema Único de Saúde – SUS (ainda pulsa?), apresenta limites intransponíveis. Sem deixar de reconhecer sua relevância – notadamente o fato de ter sido uma luz no fim do longo túnel da Ditadura – e de festejar seus 40 anos – assim também o fizeram de modo independente Sonia Fleury⁴¹ e Ligia Bahia⁴² por ocasião de suas três décadas –, ele contribuiu para a disseminação de uma concepção elitista de democracia no interior do campo da saúde coletiva, malgrado sua crítica categórica à política de saúde antipopular e privatizante da época em que foi redigido. Tanto assim que, ao aludir à ‘perspectiva da democratização dos serviços de saúde’, o texto termina

elencando oito reivindicações supostamente dos ‘movimentos sociais’, ao passo que todas elas dizem respeito única e exclusivamente aos trabalhadores da saúde: nenhuma menção feita a respeito dos trabalhadores (em tese, alvo da esquerda naquele tempo), muito menos à toda a população propriamente dita. Trata-se, portanto, de um documento emblemático da política antidemocrática feita de cima para baixo, olvidando o fato de que ‘o de cima sobe e o de baixo desce’.

X. A saúde do coletivo da saúde coletiva padece de anemia política e amnésia histórica

Uma ciência histórica que não serve à história do povo de que trata está negando-se a si mesma. Trata-se de uma presunção cientificista e não de uma ciência histórica verdadeira⁴³⁽²⁸⁷⁾.

Malgrado os diversos problemas apontados até aqui, fato inegável reside na constatação de que, em sua origem, a saúde coletiva foi concebida como um ‘campo científico’ umbilicalmente ligado à RSB – sacramentada na tríade ‘corrente de pensamento, movimento social e prática teórica’⁴⁴ ou no binômio ‘produção de conhecimento e estratégia política’⁴⁵ –, para o bem e para o mal. Ao passo que, atualmente, ela tornou-se quase que totalmente autônoma em relação aos dilemas nacionais da saúde pública nacionais [excluir], embora suas pesquisas pareçam permanecer diretamente vinculadas aos SUS. Haveria ainda, de fato, uma relação orgânica? Aquilo que fomos capazes de vocalizar e fazer pelo sistema de saúde atacado deveria ser a medida da nossa resposta. O ‘campo’ hoje está diante de um grande paradoxo a ser decifrado, se não quisermos nos autodevorar: mesmo com toda a tentativa de desmonte da ciência iniciado

pelo Governo Temer e com fortes indícios de ser radicalizado agora pelo bolsonarismo, estamos convictos de que a saúde coletiva vai continuar existindo como um ‘campo’ significativo de produção de conhecimento; realmente, embora esteja como que comalido no CTI (Centro de Terapia Intensiva), nosso sistema de CT&I (Ciência, Tecnologia e Inovação) em geral e a saúde coletiva em particular vão sobreviver à hecatombe. Será? Seja do jeito que for, em tempos de taylorismo acadêmico⁴⁶ ou daquilo que poderíamos chamar jocosa e seriamente de Capetalismo Lattesfunditário (nós termos hoje que defender desesperadamente o Lattes devido a ataques sucessivos à Plataforma não seria um sintoma de que ainda vivemos sob a vigência de sua governança?), a ‘política anêmica’ e ‘amnésia histórica’ nos parecem ser condições requeridas para se ter pretensa ‘força epistêmica’⁴⁷. Sendo assim, ainda que vivendo sob os maus auspícios dos efeitos colaterais do austericídio, a saúde coletiva prosseguirá como um ‘campo’, conquanto de duras batalhas. E aí é que mora na filosofia aquilo que poderíamos denominar drama rodrigueziano (formulado por Simón Rodríguez, professor de Simón Bolívar), reencenado por Hebe Vessuri⁴⁸: se a antropóloga de dupla nacionalidade (argentina e venezuelana), Vessuri diz, referindo-se à soberania científica latino-americana, ‘ou inventamos ou erramos’, nós ousaríamos dizer, dirigindo-nos à saúde coletiva brasileira: ou nos reinventamos ou pereceremos.

Em contexto de mercantilização da ciência, habitualmente, tornar-se um campo científico ‘meritocrático’ significa ficar refém do produtivismo em sentido amplo. A sanha por publicação é só uma parte, por mais que seja considerável, desse fenômeno social de amplitude maior que consiste em se ter de atuar de acordo com os interesses ou as ‘leis’ dessa entidade metafísica desalmada chamada mercado – cujo valor prioritário é justamente o ‘valor’ – no interior de uma instituição que, em tese, não deveria ter outro ideal senão o do compromisso com o conhecimento e a emancipação. Tudo isso ao valor alto pago pela crítica situação de saúde mental dos docentes, discentes e funcionários,

para não falar do angustiante aumento de suicídios. Dramático também é que o produtivismo acadêmico, tal como ocorre no plano capitalista societário mais amplo dos países chamados periféricos, implica, no fundo, dependência externa e desigualdade interna. Importamos critérios internacionais padronizados de implementação e avaliação das políticas de CT&I avessos ao nosso ser social de diversidade e condição histórica de miséria e desigualdade, ao mesmo tempo que produzimos grande hierarquização local entre as instituições de ensino, pesquisa e extensão. Quem poderia em sã consciência negar que, além da competitividade sempre mais acirrada entre nós, nosso ambiente cotidiano, especialmente nos programas de pós-graduação, é o de maquinização dos processos institucionais, dissolução das relações de trabalho, embrutecimento das subjetividades e apagamento quase total e completo dos ideais de companheirismo e solidariedade, valores esses que deveriam justamente servir de base a uma saúde coletiva que pretenda contribuir, efetivamente, com a superação de uma sociedade cada vez mais mercantilizada, individualista e desumanizada? Uma ‘sociedade em redes’ de isolamento, depressão e hostilidade⁴⁹.

E tem gente boa nossa achando que possíveis ‘novos’ critérios de avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) a serem implementados (por exemplo: valorizar os artigos de ‘impacto social’, a fim de priorizar a ‘qualidade’) podem pôr fim à lógica quantitativista e imediatista, em vez de verem nisso sua radicalização... e isso em plena era em que o Ministro da Educação Weintraub acha suficiente aprender a fazer contas...

XI. A esquerda praticou teorias críticas, mas não teorizou práticas autocríticas

No geral, o feminismo das grevistas antecipa a possibilidade de uma fase nova e sem

precedentes da luta de classes: feminista, internacionalista, ambientalista e antirracista⁵⁰.

Sem margem para discordância nesse aspecto, se há um traço comum na esquerda é o da divergência constitutiva, o que advém justamente da atitude crítica (a rigor, é a crítica que torna a esquerda tão diversa e heterogênea; a igualização, ou unidade forjada, é produto do embotamento). Dramaticamente, a crítica tanto pode ser nossa salvação quanto condenação, pois, se por um lado, dificilmente incorremos em dogmatismos quando a levamos à risca, por outro, o risco da fragmentação está sempre à espreita. Malgrado não seja sempre definido – a rigor, para ficar só nos europeus brancos, de Kant a Derrida (franco-magrebino), ou dos ‘transcendentais’ à ‘desconstrução’, várias são as concepções acerca do que vem a ser crítica, ainda que nem sempre explicitadas –, o conceito de crítica que nos interessa aqui tem a ver com olhar, atenta e argutamente, por trás do valor de face das coisas de modo a encontrar as verdadeiras condições de possibilidade (variáveis de acordo com a teoria em jogo: valor, interesse, poder etc.) subjacentes aos fatos, acontecimentos e processos sociais. Paradoxalmente, quase um ‘senso-comum’ acerca do pensamento crítico. Mais precisamente, é necessário associar o conceito de crítica ao de ‘ideologia’, que, com as devidas ressalvas, está mais atual do que nunca. Obviamente, após incontáveis críticas pertinentes dirigidas ao conceito de ideologia compreendido como ‘falsa consciência’ – do próprio Marx a Mészáros –, não seria mais recomendável traçar uma linha demarcatória tão nítida entre ‘ideologia’ e ‘verdade’ sem deixar de incorrer em contradições insolúveis (até porque, paradoxalmente, a própria ciência tem se tornado cada vez mais ‘ideologia’ em seu sentido antigo de falsa ou má consciência, tal como é o caso da economia [a rigor, cinismo puro e simples com ares arrogantemente científicos]⁵¹); não importa de que lado estejamos nas disputas políticas e epistemológicas (ou de qualquer outra ordem), todos nós estamos sempre embebidos no interior de um sistema ideológico totalizante, se

por este se entende, como deveria ser o caso, um conjunto de crenças e valores compartilhados por um determinado grupo ou classe social condicionante de sua forma tanto de interagir quanto de ver, sentir, pensar e agir no e sobre o mundo. Ironicamente, tendo roubado o uso antigo do termo, a direita hoje acusa os valores de esquerda de ‘ideológicos’, da mesma forma que se coloca cinicamente de um ponto de vista pretensamente neutro e imparcial. Roubemo-lo, dialeticamente, de volta!

Ademais, faz-se necessário, e oportuno em tempos de mais uma derrota golpeante, caminhar em direção à construção de uma ‘teoria autocrítica’ que nos permita aprender com os próprios equívocos históricos; e aqui a Europa e os EUA já não podem nos ajudar tanto. Verdade seja dita: nós temos, enquanto esquerda ‘iluminista’, pouca tradição em termos de balanço sobre nossos erros, excetuando casos individuais e isolados – e não estamos nos referindo a partidos. Reconhecemos que é bem mais cômodo ou consolador atribuir a sorte de nossas mazelas aos nossos adversários do que à nossa falta de estratégia, de unidade, de tenacidade, ou seja lá mais o que for; até porque também estamos sempre em uma luta por narrativas. Pior ainda: é fácil e simultaneamente inócua afirmar que quem procura fazer autocrítica em tempos de ‘crise’ está correndo o risco de dar o ouro ao bandido, como esse nosso texto pode inclusive vir a ser acusado. Ora, por que não assumirmos em contra-ataque radical e rebelde nosso ‘banditismo’, tornando-nos, finalmente, ou novamente, ‘classes perigosas’?

XII. Para enfrentar o SER social brasileiro, é preciso mais que falar grosso

[...] a descolonização é sempre um processo violento. [...] a descolonização é simplesmente a substituição de uma ‘espécie’ de homens por outra ‘espécie’ de homens. Sem transição, há substituição total, completa absoluta

A descolonização jamais passa despercebida porque atinge o ser, modifica fundamentalmente o ser, transforma espectadores sobre-carregados de inessencialidade em atores privilegiados. [...]. Introduz no ser um ritmo próprio, transmitido por homens novos, uma nova linguagem, uma nova humanidade. A descolonização é, em verdade, criação de homens novos. Mas esta criação não recebe sua legitimidade de nenhum poder sobrenatural: a 'coisa' colonizada se faz no processo mesmo pelo qual se liberta²⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Quando aparece a questão da violência no nosso cotidiano, é aquele momento no qual costumamos parar, respirar fundo e mentalizar: 'sou da paz'. Desejamos a paz para todos, somos da cultura da paz; nos impressionamos com a violência hoje ubíqua e sonhamos com um mundo pacífico. Pois esta é a hora crucial em que assumimos o nosso papel no SER social brasileiro: "Qual a paz que eu não quero conservar para tentar ser feliz"⁵³?

Pois é, a violência cotidiana é a que garante a nossa paz securitizada e relativa. É nela que gozamos a nossa individualidade, a nossa propriedade e a nossa capacidade de consumo.

Não há privilégio sem violência. Dispor-se a se ver privilegiado e, num nível mais profundo, abrir mão destes privilégios é abrir-se para a violência; e não é só a violência do confronto, mas a que se dirige ao que te funda. É a chance de ser atingido por quem não quer se desfazer dos privilégios, e é mais: desestruturar-se e reestruturar-se, pessoal e coletivamente. É fazer tudo isso cuidando para não morrer, pois o lado de lá seguirá atirando. Porém, simplesmente cuidar para não morrer resolve algo? Sabemos que não. Então é preciso ferir...

Temos, com os povos condenados nesta terra pelo nosso SER social, uma dívida impagável⁵⁴. Você está disposto a assumi-la, a responsabilizar-se por ela? Está disposto a sangrar?

Colaboradores

Ambos os autores, Mendonça ALO (0000-0002-0077-3527)* e Gonçalves LAP (0000-0002-6795-8374)*, são responsáveis pela concepção, alinhamento teórico-metodológico, análise, argumentação, redação e pela revisão crítica final. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Marcos P. Dois perdidos numa noite suja. In: Zanotto M, organizador. *Melhor teatro: Plínio Marcos*. São Paulo: Global; 2010. p. 61-134.
2. Costa JF. *A história da psiquiatria brasileira*. 4. ed. Rio de Janeiro: Xenon; 1989.
3. Ignácio MVM. *A trajetória (descontinuada) do Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental: Caminhos para o enfrentamento do Racismo no Campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira?* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2019. 145 p.
4. Bernardino-Costa J, Maldonado-Torres N, Grosfoguel R, organizadores. *Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico*. Belo Horizonte: Autêntica; 2019.
5. Benjamin W. Sobre o conceito da História. In: Benjamin W. *O anjo da história*. Belo Horizonte: Autêntica; 2013. p. 7-20.
6. Gagnebin JM. *Walter Benjamin: os cacos da história*. São Paulo: N-1 Edições; 2018.
7. Cusicanqui RS. *Ch'ixinakax utxiwa: una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores*. Buenos Aires: Tinta Limón; 2010.
8. Fanon F. *Peau noire, masques blancs*. Paris: Éditions Points; 1952.
9. Pasolini PP. Il vuoto del potere ovvero l'articolo delle lucciole. *Corriere della Sera*, 1 febbraio 1975. [acesso em 2019 out 31]. Disponível em: <https://www.corriere.it/speciali/pasolini/potere.html>.
10. Marx K. *O 18 de Brumário de Luís Bonaparte*. São Paulo: Boitempo; 2011.
11. Morozov E. *Big Tech: a ascensão dos dados e a morte da política*. São Paulo: Ubu; 2018.
12. Nietzsche FW. *Sobre verdade e mentira*. São Paulo: Hedra; 2007.
13. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018.
14. Souza K, Mendonça A. A atualidade da 'Pedagogia do oprimido' nos seus 50 anos: a pedagogia da revolução de Paulo Freire. *Trab. Educ. Saúde*. 2019; 17(1):1-12.
15. Reis A, Ridenti M, Motta RA, organizadores. *A ditadura que mudou o Brasil: 50 anos do golpe de 1964*. Rio de Janeiro: Zahar; 2014.
16. Bloch E. *O princípio esperança*. Rio de Janeiro: EdUERJ: Contraponto; 2005. (v. 1).
17. Benjamin W. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. 8. ed. São Paulo: Brasiliense; 2012. (Obras Escolhidas v. 1).
18. Jara V. Zamba del "Che". In: Jara V, organizador. *Pongo en tus manos abiertas*. Santiago: Gravadora Alerce; 1969. [acesso em 2020 fev 16]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7beUY6CufA4>.
19. Singer A. *Os sentidos do lulismo: reforma gradual e pacto conservador*. São Paulo: Companhia das Letras; 2012.
20. Paim J. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
21. Butler O. *Kindred: laços de sangue*. São Paulo: Morro Branco; 2017. [acesso em 2020 fev 16]. Disponível em: <https://eunaoseilogaritmo.com.br/2019/08/08/kindred-lacos-de-sangue/>.
22. Laclau E. *A razão populista*. São Paulo: Três Estrelas; 2013.
23. Souza J. *A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato*. Rio de Janeiro: Leya; 2017.
24. Faoro R. *Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro*. Rio de Janeiro: Globo; 2001.

25. Leal V. Coronelismo, enxada e voto: o município e o regime representativo no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras; 2012.
26. Gonzalez L. Primavera para as rosas negras: Lélia Gonzalez em primeira pessoa. In: Gonzalez L. Primavera para as rosas negras: Lélia Gonzalez em primeira pessoa... Diáspora Africana. São Paulo: UCPA; 2018. p. 369-379.
27. Reis MF. Úrsula. Porto Alegre: Zouk; 2018. [acesso em 2020 fev 16]. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=rFt0DwAAQBAJ&pg=PT87&dq=A+dor+da+perda+da+p%C3%A1tria,+dos+entes+caros,+da+liberdade+fora+sufocada+nessa+viagem&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwi8ypPJqtfnAhWiD7kGHSIIBkUQ6AEIKTAA#v=onepage&q=A%20dor%20da%20perda%20da%20p%C3%A1tria%2C%20dos%20entes%20caros%2C%20da%20liberdade%20fora%20sufocada%20nessa%20viagem&f=false>.
28. Memmi A. Retrato do colonizado precedido pelo retrato do colonizador. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.
29. Akotirene C. O que é interseccionalidade? Belo Horizonte: Letramento; 2018.
30. Silva DF. Ninguém: direito, racialidade e violência. Meritum. 2014; 9(1):67-117.
31. Maio M, Monteiro S, Rodrigues PH. O SUS é racista? Portal IOC, 2006. [acesso em 2019 out 10]. Disponível em: http://www.ioc.fiocruz.br/pages/informerede/corpo/informeemail/091106/curt_09_09_11.htm.
32. Cardoso L. O branco ante a rebeldia do desejo: um estudo sobre a branquitude no Brasil [tese]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2014.
33. Figueiredo A. A obra de Carlos Hasenbalg e sua importância para os estudos das relações das desigualdades raciais no Brasil. Soc. estado. 2015; 30(1).
34. Fry P, Maggie Y, Maio MC, et al., organizadores. Divisões perigosas: políticas raciais no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2007.
35. Gonzalez L. Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira. Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs. 1984; 223-244.
36. Munanga K. As ambigüidades do racismo à brasileira. In: Kom NM, Silva ML, Abud CC. O racismo e o negro no Brasil. São Paulo: Perspectiva; 2017. p. 33-44.
37. Bento MAS. Pactos narcísicos no racismo: branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público. [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2002.
38. Césaire A. Discurso sobre o colonialismo. Florianópolis: Letras Contemporâneas; 2010.
39. Runciman D. Como a democracia chega ao fim. São Paulo: Todavia; 2018.
40. Rancière J. O ódio à democracia. São Paulo: Boitempo; 2014.
41. Fleury S. Revisitando "A questão democrática na área da saúde": quase 30 anos depois. Saúde debate. 2009; 33(81):156-164.
42. Bahia L. A questão democrática na área da saúde no Brasil do século 21. Saúde debate. 2009; 33(81):65-168.
43. Nascimento A. O Quilombismo: documentos de uma militância pan-africanista. São Paulo: Perspectiva; Rio de Janeiro: Ipeafro; 2019.
44. Nunes E. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. Saúde e Sociedade. 1994; 3(2):5-21.
45. Cohn A. Conhecimento e Prática em Saúde Coletiva: o desafio permanente. Saúde e Sociedade. 1992; 1(2):97-109.
46. Domingues I. O sistema de comunicação da ciência e o taylorismo acadêmico: questionamentos e alternativas. Estudos avançados. 2014; 28(81):225-250.
47. Fuller S. The philosophy of science and technology

- studies. New York; London: Routledge; 2006.
48. Vessuri H. “O inventamos o erramos”. La ciência como idea-fuerza en América Latina. Bernal: Univ. Nacional de Quilmes Editorial; 2007.
49. Mendonça AL. Dos valores de medida aos valores como medida: uma avaliação axiológica da avaliação acadêmica. *Ensaio Filosóficos*. 2014; (10):111-133.
50. Arruza C, Bhattacharya T, Fraser N. Feminismo para os 99%: um manifesto. São Paulo: Boitempo; 2019. [acesso em 2020 fev 16]. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=CJ2HDwAAQBAJ&pg=PT27&lpg=PT27&dq=No+geral,+o+feminismo+das+grevistas+antecipa+a+possibilidade+de+uma+fase+nova+e+sem+precedentes+da+luta+de+classes:+feminista,+internacionalista,+ambientalista+e+antirracista&source=bl&ots=fnKwUb2sRT&sig=ACfU3U2TRM9sWCEQGt4KUjdd2dUstEQ8tw&hl=pt-BR&sa=X&ved=2ahUKEwjprLqYqdfnAhUtLkGHfqbBZUQ6AEwAXoECAoQAQ#v=onepage&q=No%20geral%2C%20o%20feminismo%20das%20grevistas%20antecipa%20a%20possibilidade%20de%20uma%20fase%20nova%20e%20sem%20precedentes%20da%20luta%20de%20classes%3A%20feminista%2C%20internacionalista%2C%20ambientalista%20e%20antirracista&f=false>.
51. Mészáros I. O poder da ideologia. São Paulo: Boitempo; 2004.
52. Fanon F. Os Condenados da Terra. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1968.
53. Yuka M. Minha Alma (a paz que eu não quero). In: O Rappa. Lado B, Lado A. Warner/Chappell Music, Inc; 1999. [acesso em 2020 fev 16]. Disponível em: <https://open.spotify.com/album/3I1bOo70cU0y7PprxCGgAs?highlight=spotify:track:1Ni0ovtimq9tAGzv0vEiAn>.
54. Issuu. Denise Ferreira Silva - “A Dívida Impagável: Lendo Cenas de Valor Contra a Flecha do Tempo”. 2017. [acesso em 2019 maio 31]. Disponível em: https://issuu.com/amilcarpacker/docs/denise_ferreira_da_silva_-_a_di__vi.

Recebido em 03/06/2019
Aprovado em 10/09/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Em busca do tempo perdido: anotações sobre os determinantes políticos da crise do SUS

In search of lost time: notes on the political determinants of the SUS crisis

Juarez Rocha Guimarães^{1,2}, Ronaldo Teodoro dos Santos^{2,3}

DOI: 10.1590/0103-11042019S816

RESUMO Este artigo demonstra que há uma crise histórica dos sujeitos políticos que organizaram a dinâmica de fundação e construção dos Estados do Bem-Estar Social no pós-guerra, e que esta se manifesta na temporalidade própria e tardia da construção do Sistema Único de Saúde (SUS). O centro dessa crise estaria no processo de mudança epocal da tradição liberal, que passou a ter o paradigma neoliberal como dominante. A primeira parte do artigo apresenta os fundamentos políticos, a gênese e o desenvolvimento do pensamento neoliberal, localizando o seu ataque frontal às culturas da solidariedade, da fraternidade, do universalismo. O segundo momento do artigo demonstra como essa crise internacional afetou os sujeitos políticos fundadores do SUS, formando um contexto que, se não foi capaz de desconstitucionalizá-lo, minava suas bases financeiras e de legitimação pública. A terceira parte aponta que a repactuação histórica em torno do SUS passaria por uma (re)construção de seus sujeitos políticos em uma nova coalizão por meio do reencontro das culturas do republicanismo e do socialismo democráticos. Repondo a consciência sanitária neste novo horizonte civilizatório, renovando sua linguagem pública e sua capacidade de fazer convergir os novos movimentos sociais, o projeto SUS reataria o seu destino ao processo de refundação da democracia brasileira em crise.

PALAVRAS-CHAVE Reforma dos serviços de saúde. Sistema Único de Saúde. Sistemas políticos. Democracia.

ABSTRACT *This paper shows that there is a historical crisis of the political subjects that organized the foundation and construction dynamics of the Welfare States in the postwar period and that manifests itself in the late temporality of the construction of the SUS (Unified Health System). The crisis can be located in the change process of the liberal tradition, which came to have the neoliberal paradigm as dominant. The first part of the paper presents the political foundations, genesis, and development of the neoliberal thought, locating its frontal attack on the cultures of solidarity, fraternity, of universalism. Then, it shows how this international crisis affected the political subjects of the SUS, forming a context that, if not able to deconstitutionalize it, undermined its financial bases and its public legitimization. The third part points out that the historical renegotiation around the SUS would go through a (re)construction of its political subjects in a new coalition, through the reencounter of the cultures of democratic republicanism and socialism. Restoring sanitary awareness in this new civilizing horizon, renewing its public language and its ability to bring the new social movements together, the SUS project would reunite its destiny to the process of refounding the Brazilian democracy which is now in crisis.*

KEYWORDS *Health care reform. Unified Health System. Political systems. Democracy.*

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Departamento de Ciência Política (DCP) - Belo Horizonte (BH), Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Centro de Estudos Republicanos Brasileiros (Cerbrás) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

³Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
ronaldosann@gmail.com



Os impasses profundos vividos hoje na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) não podem ser dissociados do fenômeno mais geral da crise das democracias – em particular, da democracia brasileira –, bem como dos impasses histórico estruturais das políticas de construção do Estado de Bem-Estar Social (Ebes). A narrativa histórica mais bem fundamentada do nascimento do SUS é aquela que o vincula à máxima afirmação dos direitos públicos do povo brasileiro, no momento decisivo de refundação da democracia. É essa grande narrativa histórica – que solda o destino do SUS ao destino da democracia – que precisa ser agora retomada.

A tese que iremos desenvolver neste artigo é que a temporalidade da fundação e da construção do SUS se insere nos grandes marcos de época da gradativa superação do liberalismo social ou keynesiano pelo neoliberalismo nas últimas quatro décadas. Essa dramática mudança no centro da tradição liberal, que organizava os fundamentos civilizatórios das democracias ocidentais no pós-guerra, foi vivida em uma temporalidade própria e em uma condição geopolítica particular, periférica ou semiperiférica, pela democracia brasileira a partir de sua refundação na Constituição de 1988.

A progressiva superação do liberalismo social ou keynesiano pelo neoliberalismo resultou em, pelo menos, quatro vetores de impedimento ou desestabilização do projeto de construção do SUS. Em primeiro lugar, foi-se implantando gradativamente um novo marco regulatório da macroeconomia, gerando fenômenos estruturais de ataque a arrecadação tributária, de desemprego estrutural e de precarização do trabalho, de endividamento público e restrições orçamentárias. Em segundo, incentivou-se um processo de deslegitimação das políticas universalistas e distributivas em prol de políticas focais e compensatórias. Em terceiro, levou-se a uma erosão dos valores da solidariedade, da igualdade e do pluralismo formando uma cultura de apartação social fortemente vinculada aos valores mercantis, de legitimação

das desigualdades e de culturas do ódio. Por fim, vieram se alterando os próprios procedimentos de funcionamento da democracia e da competição eleitoral que os vinculava ao princípio da soberania popular, em prol de uma autarquização do exercício do poder.

Esses novos condicionamentos políticos regressivos e adversos à construção do SUS devem ser entendidos em um contexto de época, em sua dinâmica internacional e em sua dinâmica de poder enquanto dominação. Trata-se certamente não de uma conjuntura, mas de uma acumulação de mudanças no tempo, que já se estende desde o começo dos anos 1980. Não se trata decididamente de um fenômeno nacional, mas geopolítico e internacional, no sentido que se refere a deslocamentos estruturais da correlação de forças em favor de poderes políticos econômicos que se expressam por meio da tradição política neoliberal. Enfim, o neoliberalismo veio se afirmando na medida em que promovia uma grave retração da democracia ao impor desregulação de mercados e dinâmicas autocráticas de exercício do poder.

Mais além disso, o deslocamento do liberalismo social ou keynesiano pelas correntes neoliberais tem provocado um impasse estratégico no horizonte das forças de esquerda, socialistas, eurocomunistas, trabalhistas ou social-democratas que se formaram ou se reorganizaram no ambiente da reconstrução liberal do pós-guerra. Em geral, as correntes neoliberais, na linha mesma do livro fundador dessa tradição, ‘O caminho da Servidão’, de Friedrich Hayek¹, estendiam uma política de ‘guerra fria’ não apenas aos comunistas, mas a todas às correntes que se inscreviam em uma linha democrática de construção da igualdade social. Isto é, o neoliberalismo provocou a ruptura dos pactos democráticos com eurocomunistas, trabalhistas e social-democratas, bem como com as formas institucionais e procedimentos de negociação das democracias liberais (formas corporativas tripartite, sistemas de coalizão parlamentar e de arbitragem judicial). Com esse movimento,

corroía-se e deslegitimava-se a cultura de direitos que galvanizava as mais diversas forças políticas que entendiam a expansão social da democracia enquanto norteamento da história.

A partir desse diagnóstico político geral, que propõe pensar a Reforma Sanitária e os impasses do SUS como estreitamente ligados ao impasse da própria democracia em seu paradigma liberal social, este artigo percorre três etapas. Na primeira, buscamos identificar as linhas gerais do fenômeno político do neoliberalismo a partir da leitura de uma rica literatura internacional, ainda pouco difundida nas análises da saúde coletiva. Em seguida, considerando esse deslocamento mais amplo das tradições políticas que fundaram o EBES, segue a compreensão do rearranjo ideológico e programático dos partidos políticos e das múltiplas das forças sociais que contribuíram para os avanços da Reforma Sanitária e do SUS. Persegue-se, precisamente, os determinantes políticos adversos à construção do SUS resultantes do impacto do neoliberalismo sobre as forças políticas fundadoras da Reforma Sanitária. Por fim, esboçam-se, a partir do diagnóstico do impasse político do SUS, algumas diretrizes para a sua superação.

Neoliberalismo e refundação do Estado democrático

Apesar da forte influência da tradição neoliberal na vida política brasileira nas três últimas décadas, faz-se necessário aprofundar as reflexões sobre o alcance e implicações desse fenômeno sobre a construção democrática nacional. Estudos centrais sobre o assunto^{2,3} fornecem panoramas que permitem uma sistematização das diferenças de método e de leitura do neoliberalismo, a história de sua formação, interpretações de autores-chave e de correntes em seu desenvolvimento nos países capitalistas centrais. Além de mapas de *think tanks* e de influentes

instituições internacionais, relações com grandes corporações financeiras e mesmo reflexões sobre a formação inicial de uma classe capitalista transnacional.

Em parte, a fraca entrada do neoliberalismo nas análises da ciência política, no estudo das políticas públicas e do próprio SUS se deve à abordagem economicista do conceito, amplamente predominante nos primeiros trabalhos, encerrando-o em um campo autônomo da crítica da economia política contemporânea, relacionando-o unilateralmente com os fenômenos da financeirização, globalização, pós-fordismo.

Por abarcar um conjunto de fenômenos cotêneos em escala internacional, por se referir a processos em curso de dimensão desigual perante diferentes tradições democráticas e, enfim, por abarcar pensamentos plurais no interior de um mesmo campo ou tradição política, o conceito de neoliberalismo ainda não se estabilizou ou está ainda sedimentando uma primeira referência comum.

Na construção desse entendimento, o caminho mais fecundo de teorização sobre o neoliberalismo tem-se revelado cada vez mais o da politização do conceito. Na linha das interpretações de Stuart Hall⁴, o neoliberalismo comparece como formador de uma nova hegemonia no campo liberal, como um novo regime de regulação do Estado, como desarticulador dos fundamentos da cultura e das instituições democráticas, como formador de novas relações de dominação promovidas organicamente por grandes corporações internacionais.

Um erro comum que vem sendo superado é o de relacionar neoliberalismo, de forma unilateral, a um Estado fraco ou a um minimalismo da intervenção estatal. O que as correntes neoliberais propõem, em seu pluralismo, é uma forte mudança na cultura política e nos modos de regulação do Estado, a partir de um conceito de liberdade que se esteia em uma ontologia mercantil. O que a tradição neoliberal propõe é uma refundação do Estado liberal democrático, uma profunda reorganização de

seu regime de regulação, uma positivação do conceito de liberdade em direção a seu sentido mercantil, em detrimento dos fundamentos da soberania popular e do universalismo de direitos. Gerardo Pisarello⁵ propõe o tema da desconstitucionalização não democrática das democracias ocidentais, em graus diversos, nos anos recentes. O que resultaria não seria propriamente um Estado fraco, mas reforço e extensão qualitativa das suas dimensões coercitivas e funcionais à dinâmica mercantil em sua lógica financeirizada.

Embora Hayek¹ reclame para si a retomada dos valores e ideias políticas dos *Old Whigs* ingleses dos séculos XVII e XVIII, é mais preciso entendê-lo como um novo liberalismo. A sua obra propõe não apenas um limite ou redução da área de atuação do Estado (liberdade negativa) como faz o liberalismo clássico, mas também um acento ontológico na ordem mercantil espontânea como fundamento da liberdade, que deve ser garantida inclusive por um Estado forte (o liberalismo seria compatível com ditaduras) ou pela funcionalização de sua dinâmica e instituições à dinâmica mercantil, em que instituições e leis devem seguir a direção e o *modus operandi* do mercado.

Na década de 1960, Hayek⁶ propôs uma crítica geral aos direitos humanos: em sua formulação, a cultura dos direitos enfraquece a cultura da liberdade na medida em que impõe a terceiros o dever de tornar efetivo um direito afirmado a um. Há aqui uma oposição frontal entre liberdade e igualdade e uma negação do sentido público da formação da liberdade. Um ataque frontal às culturas da solidariedade, da fraternidade, do universalismo.

O livro de Mirowski e Plewhe⁷ é a principal obra de documentação da marcha histórica do neoliberalismo. Nessa trajetória, constam o Seminário Walter Lipmann no final dos anos 1930, a formação da sociedade Mont-Pelerin no pós-guerra, a Escola austríaca como ponto de encontro entre o ordoliberalismo alemão e a Escola de Chicago, a formação de redes internacionais vinculando grandes corporações e os *think tanks*, das décadas mais recentes. Essa

documentação deveria ser completada com uma visão das três fases do neoliberalismo: disputa de agenda nos anos 1980, a partir das eleições de Reagan nos EUA e de Margaret Thatcher na Inglaterra; dissolução das identidades do liberalismo social, do trabalhismo e da social-democracia nos anos 1990; e um período pós-crise de 2008, com a radicalização de programas de austeridade e de processos abertamente antidemocráticos.

Com esse movimento de desconstituição dos sentidos políticos que embasavam a face social das democracias liberais, chega-se à década da chamada Terceira Via de Blair e Clinton, das previsões de um ‘fim da história’ ante a estação liberal definitiva, nas quais seríamos todas e todos para sempre liberais, fixados ao triunfo do Ebes de tipo norte-americano. A política dos mercados financeiros ganhava novos direitos e novos interlocutores. É sob essa cosmologia política que os sujeitos políticos da fundação e da construção da Reforma Sanitária Brasileira foram desafiados a implementar o SUS.

Na literatura que estamos mobilizando, o campo neoliberal é visto como construção coletiva, que convive com um pluralismo de correntes, e que se adapta pragmaticamente a distintos contextos. Desde o final dos anos 1970, momento de nascimento da Reforma Sanitária Brasileira, assistimos a essa profunda mudança nos princípios civilizatórios dominantes, que, nas décadas seguintes, pôde ser sintetizada na supremacia orgânica e duradoura do neoliberalismo. Muitos livros recentes tratam do tema de como décadas de neoliberalismo produziram uma corrosão dos valores, das instituições e dos modos de sociabilidade próprios da democracia. O principal é ‘Undoing the demos: neoliberalism stealth’s Revolution’, de Wendy Brown⁸. Nesse território desertificado e em crise de legitimidade da democracia, ocorrem fenômenos de crescimento de lideranças e forças políticas de ultradireita, de caráter fascista, com ampla audiência social. No centro dessa radical e dramática apartação entre os princípios da liberdade e da igualdade, cujo encontro, em

diferentes linguagens políticas, formou a base política dos Ebes, encontram-se os fundamentos do neoliberalismo.

O movimento histórico de convencimento da razão neoliberal operou não apenas em uma frente macroeconômica e de redesenho do Estado social, como se inscreveu no âmbito dos valores sociais⁹. Desse modo, na entrada do século XXI, os marcos políticos de fundação do Ebes estavam em crise de identidade, desorientados programaticamente e em deslegitimação perante suas bases sociais e eleitorais. A tradição neoliberal, em suas várias vertentes, pôde então fazer a sua guerra de saturação: não mais pacto, mas denúncia, culturas do ódio e da execração; não mais Estado democrático liberal, mas um Estado autocrático vazado pela lógica da financeirização; não mais direitos, mas meritocracias da desigualdade. Enfim, o destino de aprender a ser livre em um mundo cada vez mais desigual.

O que havia de comum entre as três grandes tradições fundadoras do Ebes no pós-guerra era um horizonte marshalliano. Chamamos de horizonte marshalliano aquela imaginação política que encontrou uma bela síntese em ‘Cidadania, status e classes sociais’, de T. H. Marshall¹⁰, representando a tradição do liberalismo social fundada por John Stuart Mill. Por essa imaginação, a desigualdade estrutural de posicionamento das classes sociais iria se desvanecendo com a expansão e o aprofundamento dos direitos de cidadania na linha do tempo – direitos civis, direitos políticos, direitos sociais, depois, direitos da quarta geração, afirmava Bobbio¹¹.

A assunção do neoliberalismo veio exatamente minar esse chão e esse horizonte de expectativas nas mudanças incrementais, nos quais os sistemas universais de saúde foram tipicamente localizados. O ‘ativismo institucional’ a que se refere Gastão Wagner¹² ao valorizar a militância dos diversos segmentos que combinaram resistência e realizações na construção do SUS evidencia um modo de caminhar e de fazer política em democracias que o neoliberalismo parece não mais transigir.

Na área da saúde, a superação desse fatalismo histórico a que a desrazão neoliberal precisa para se impor, exige, sem dúvida, uma atualização das perspectivas políticas sobre a condição de ser sanitarista no século XXI. Na linguagem da filosofia política, mais precisamente do humanismo cívico de Maquiavel e do republicanismo democrático, esse movimento de repactuação entre as exigências do tempo presente e as identidades matriciais se chama refundação. Refundar um Estado é retomar os valores da fundação em processo de corrupção, de desgaste e erosão, é atualizá-los diante de novas realidades.

Na próxima seção, o entendimento das linhas de força do neoliberalismo será complementado por um estudo específico dos modos e dinâmica de seu enraizamento no cenário pós-constituente de 1988 no Brasil. Para tanto, serão consideradas as dimensões partidárias e institucionais, os deslocamentos da agenda política e o comportamento dos sujeitos diretamente responsáveis pela vitalidade da Reforma Sanitária Brasileira.

Dos determinantes políticos da saúde na Reforma Sanitária Brasileira

Os impasses duradouros do SUS devem ser entendidos como síntese histórica dos desafios políticos que se impuseram à coesão da sua base social de apoio. Em diálogo com o que foi discutido até aqui, apontaremos que a crise dos sujeitos políticos que fizeram a Reforma Sanitária e impulsionaram a construção do SUS está em compasso histórico com o ordenamento político neoliberal que atingiu as forças que sustentavam os Ebes, forjados no pós-guerra europeu.

Compreendida essa temporalidade de mutação das tradições políticas, nos lançamos à explicação da crise dos sujeitos da reforma sanitária procurando identificar de que modo suas conquistas históricas parciais

conduziram seus fundamentos programáticos matriciais ao pragmatismo político-econômico das estruturas vigentes.

Em formulação gramsciana, essa mutação do programa sanitário se refere ao complexo processo sociopolítico que modifica progressivamente a composição das forças sociais, arrefecendo suas identidades políticas e impedindo, com isso, que projetos transformadores avancem abertamente¹³. Remete-se antes à complexa dinâmica de desvirtuamento de princípios do que a interpretação conservadora da cooptação política, que reduz a relação entre líderes populares e o sistema político a interesses utilitários estreitos. Para além desse sentido fisiológico, trata-se de captar o movimento de crise dos sujeitos clássicos da Reforma, de sua coalizão; e, a partir daí, dizer dos seus desafios a uma repactuação e atualização histórica de seus fundamentos democrático-republicanos.

Na narrativa classicizada para explicar a origem da Reforma Sanitária, Escorel¹⁴ apontou a articulação de estudantes e médicos nos departamentos de medicina preventiva como detonadora de uma reviravolta que se daria na área da saúde, em fins dos anos 1970. Dessas instituições, surgiram importantes organismos do pensamento sanitário, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). A experiência acumulada desses segmentos, articulada ao sindicalismo do setor, explicaria a difusão de projetos institucionais que abririam caminhos para a posterior sistematização do SUS.

Para além dessas narrativas, outro momento relevante é atribuído aos chamados ‘reformistas da previdência’. Valorizando as disputas e decisões processadas no interior da burocracia do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), essa vertente localiza o curso histórico da Reforma enfatizando estratégias de descentralização, como a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde¹⁵. Aglutinam-se a essa explicação os gestores municipais, que,

nos anos 1970, já se articulavam em oposição ao programa de saúde dos regimes militares com o movimento municipalista da saúde.

A contribuição dessas narrativas em destacar ângulos particulares e diferentes sujeitos da Reforma assume, no entanto, uma problemática convergência quanto à subvalorização da presença das camadas populares nessa trajetória. Gerschman¹⁶ documenta que os movimentos populares foram parte constitutiva dos rumos da Reforma, decisivos à formação e definição dos Conselhos Gestores como instâncias de caráter deliberativo da política de saúde, regulamentados, posteriormente, na Lei Orgânica da Saúde. O radical-popular, ao não abrir mão da sua presença nas transformações em curso, teria se configurado como a âncora de legitimação social das ações presentes em outros circuitos do movimento sanitário.

Considerando as verdades parciais contidas nessas teses, é possível entender a centralidade pública que o tema da saúde alcançou para o entendimento pleno do que significava democratizar o País. A agregação das forças políticas que compuseram, articularam e, a seu modo, lutaram pela Reforma Sanitária e por um Estado democrático de Bem-Estar evidencia que sem uma ampla frente democrática dificilmente a saúde se tornaria um bem republicano a ser inscrito, pela primeira vez, como universal, público e gratuito, no coração do Estado brasileiro.

A predisposição à ação política das lideranças médico-sanitaristas presentes nas repartições públicas, desbloqueando decisões em espaços burocráticos fechados, o corpo a corpo da representação sanitária no interior do sistema parlamentar, no momento constituinte, a radicalidade própria da soberania presente na ação popular e a formulação de um conhecimento engajado por parte dos departamentos de medicina social compõem, sem dúvida, as pontas do complexo movimento reformista. Complexidade esta que não se fez maior do que o entendimento consensual quanto ao interesse público articulado em torno da saúde. Essa força centrípeta forjaria o encontro da

perspectiva político institucional, “consoante aos padrões políticos da tradicional esquerda comunista”¹⁷⁽⁹⁶⁾, com a militância de base da chamada ‘nova esquerda’, que, em torno do Partido dos Trabalhadores (PT), articulava amplos setores da esquerda católica e do expressivo Movimento Operário Popular em Saúde.

Como bem formulou Fleury¹⁸, a dinâmica histórica desse poder instituinte tornou-se condicionada aos rumos institucionais que foram definindo a política de saúde. Em diálogo com esse entendimento, destacamos que o esvaziamento dos sentidos políticos desse poder fundacional explica a crise de unidade dos seus sujeitos e seus limites em pautar a agenda pública da saúde. Para o desenvolvimento dessa hipótese, três fatos políticos que atuaram como vetores de força desagregadora nas décadas de implementação do SUS precisam ser delimitados: o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), desidratando seus segmentos da centro-esquerda e caminhando para a centro-direita; o Partido da Social Democracia Brasileiro (PSDB), caminhando da centro-esquerda para um ponto de vista programaticamente neoliberal; e o PT, desradicalizando o seu diálogo com o programa sanitário rumo a um crescente pragmatismo em suas gestões.

Em primeiro lugar, nos anos 1990, a transição do liberalismo social presente na origem do PSDB à sua reafirmação neoliberal sedimentou-se institucionalmente em eixos que obstruíam continuamente a radicalidade original do programa reformista^{19,20}: i) na economia política, uma agenda de disciplina fiscal associada à abertura e desregulamentação progressivas dos mercados moldou o permanente subfinanciamento do SUS; ii) no âmbito institucional, um programa antiestado guiou reformas administrativas orientando parcerias com setor privado, e consolidou a competição regressiva do mercado da saúde com o SUS, via criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

No segundo momento, que compreende os governos petistas, o aprofundamento de

projetos caros ao campo sanitário, sobretudo na atenção básica, não costurara a superação dos gargalos históricos que haviam sido pactuados na década anterior. Os momentos de adaptação pragmática àquele legado podem ser lidos como a desradicalização das forças sanitárias que não conseguiram se impor como articulador político central de nenhum dos programas petistas de governo.

O terceiro fato político deve ser compreendido em sua transversalidade histórica, e se refere à perda da substância democrática reformista de importantes segmentos do PMDB, esvaziando de forma crítica a importância dos seus quadros forjados no liberalismo social. Desde a redemocratização, o PMDB se manteve como a legenda de maior bancada no Congresso Brasileiro. A aproximação de seus parlamentares com lideranças sanitárias foi fundamental para o projeto SUS na Assembleia Constituinte, mas esse partido teve um curso para a centro-direita nos anos 1990, esvaziando seu sentido social e nacional-reformista. Como se encontra documentado, reuniões como a realizada em 1986 entre lideranças do campo sanitário, como Arouca e Eleutério Neto, e setores do PMDB, como Pedro Simon e Franco Montoro, evidenciam que estes “foram um importante aliado dos sanitários na luta pela democratização da saúde”²¹⁽²⁴¹⁾.

Nesses deslocamentos políticos, que inviabilizaram a permanência do modelo frentista de que se valeu a reforma sanitária, inscreve-se a fragmentação do campo sanitário na sua luta pela institucionalização do SUS, crescentemente disputado em várias frentes. Fixando-se mais como tradição constitucionalizada que como inteligência pública crescentemente organizada, a coalizão sanitária sofreria com a resultante de forças que foi-se formando no pós-Constituinte. Assim, uma vez que a base política alcançada expressa limites para forjar a sua plena afirmação, passa a pressionar pela implementação parcial dos seus objetivos, acossado pelo *deficit* financeiro, pela pressão dissolvente privatista neoliberal e pelas dificuldades de gestão em um Estado não reformado democraticamente.

Passadas as eleições de 1989, o sistema de representação parlamentar mostrava que a dinâmica do poder político se alterara em relação ao momento constituinte. À época, Arouca se elegeu deputado federal pela primeira vez, pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB), ao lado de mais dois correligionários, marcando a última representação da legenda no Congresso Nacional. Nas décadas seguintes, a contribuição do partido para conservar viva a inteligência e a tradição do projeto sanitário original se manteria decisiva em núcleos da academia e da gestão pública, sem, contudo, possuir uma base política que lhe fosse orgânica.

No período democrático, o Congresso Nacional conservaria um perfil político predominantemente conservador, com forte poder de agenda e de veto. Em seu núcleo, a representação antissanitarista se articulava em torno das pautas do mercado da saúde e apoiaria sistematicamente transgressões no repasse de recursos ao SUS.

Por ocasião dos debates gerados em torno do financiamento, como a Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira (CPMF) e a Emenda Constitucional (EC) 29, grandes esforços políticos articularam o Conselho Nacional de Saúde (CNS), os Conselhos Nacionais de

Secretários de Saúde (Conass) e das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o Cebes e congressistas. Na campanha pela EC 29, o envolvimento do campo sindical e de atores novos, como o Movimento de Luta contra a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), foi notável. Em 2013, o Projeto 'Saúde +10', articulado pelo CNS, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e mais de uma centena de entidades marcaram outro momento alto de articulação nacional em torno do SUS.

Esse panorama de lutas elucidada que o financiamento se tornou o único tema capaz de alavancar unidade massiva dos setores sanitários no período democrático. Na condição de mobilizações sociais, propensas a se expressar em microconjunturas, a expressividade política alcançada não produziu fontes estáveis de custeio. Em 2000, com a aprovação da EC 29, o ganho histórico alcançado acumulou, todavia, deformações que decorreram da sua parcialidade ao vincular apenas a receita dos Estados e Municípios nos gastos da saúde. A pressão sobre esses orçamentos e o recuo no percentual dos gastos federais foram a tendência que se pode observar nos anos seguintes (*quadro 1*)²².

Quadro 1. Gasto em saúde por ente federado, Brasil, 1990 a 2011 (%)

Ano	Federal	Estadual	Municipal
1990	73%	15%	12%
2001	56%	21%	23%
2011	47%	26%	28%

Fonte: Piola et. al.²².

Na impossibilidade de alcançar soluções definitivas, as vitórias parciais incentivaram o pragmatismo crescente dos sujeitos da Reforma no âmbito da gestão do SUS. O PSDB, com seu projeto de SUS para os pobres, planos para os que podem pagar, aprovava

a chamada Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), em 2000, que, somada à reforma administrativa de Bresser-Pereira, em 1995, impactou as normas que operavam a gestão do SUS. Abrindo caminho ao pragmatismo dos contratos com as Organizações Sociais de

Saúde (OSS), a terceirização e a precarização das condições de trabalho encamparam parcelas significativas da política de pessoal em vários níveis de assistência. Ao fixar o teto de despesas com pessoal na administração direta em 60%, a LRF empurrou massivamente os gestores da saúde para uma realidade agressiva aos propósitos sanitários. Entre 2009 e 2016, considerando apenas o estado de São Paulo, as OSS aumentaram em 175% o seu gerenciamento nos estabelecimentos públicos de saúde, saltando de 22% para 58%²³. Esse cenário apresenta o forte processo de assimilação política e diluição da crítica que os gestores sanitaristas nutriam ao chamado terceiro setor. Como destino manifesto, historicamente incontornável, qualquer força política do espectro partidário tornou-se permeável a essa realidade, presente, sobretudo, na administração dos municípios brasileiros.

Nesses 30 anos do SUS, gestores no Conass e Conasems foram fundamentais ao fortalecimento do sistema. Não obstante, como se assistiu em 2016, o persistente subfinanciamento federal e as externalidades da LRF subordinaram a longeva cooperação desses organismos ao cálculo econômico-corporativo. Do debate programático, fundado no interesse público, passou-se à desventura evasiva do realismo político, e estes gestores, imprescindíveis à reforma sanitária, apoiaram massivamente a contrarreforma aplicada à Atenção Básica, conduzida pelo governo que surgiu do golpe de 2016²⁴.

Nos anos de governo do PT (2003-2015), esse cenário complexo de vetores da desagregação da frente democrática sanitária se reafirmou em momentos críticos. Importantes quadros dos departamentos de saúde coletiva ocuparam o Ministério da Saúde e suas repartições-chave, inclusive a ANS. Um inventário das possibilidades institucionais alcançadas pelo movimento da reforma nesse período revelaria, sem dúvida, o valor das políticas e programas formulados para os diferentes níveis de atenção. No entanto, as virtudes da ação política desses segmentos no âmbito da

construção institucional encontram sua limitação central na incapacidade de se fazerem direção política ativa ao dissolver progressivamente seu diálogo com as frentes e movimentos populares. A tecnicização desses quadros soma-se à crescente profissionalização dos departamentos de saúde coletiva, que, como espaços de produção científica, também deslocaram, a seu modo, o papel político ocupado nas décadas anteriores²⁵.

Nos anos 2000, quadros sanitaristas presentes na direção da ANS avançaram quanto ao direito dos consumidores e aperfeiçoamento de mecanismos de ressarcimento das operadoras ao SUS. Entretanto, acompanhando o movimento histórico de aterramento de princípios, observa-se nas pautas do CNS que essa oportunidade de pressionar o controle da assistência privada cedeu a um “notório desinteresse sobre os processos de regulação da saúde suplementar”²⁶⁽²⁹⁰⁾.

A ambivalência da ampliação de caminhos em meio à reposição crescente de obstáculos históricos ao sistema de saúde possui certo didatismo ao permitir considerações sobre como o esvaziamento do interesse público desarticula a identidade política de atores centrais da reforma. Como estamos identificando, esse movimento não consiste necessariamente no abandono consciente de bandeiras, mas na organicidade que o pragmatismo político assume sem que se perceba a perda na coerência do conjunto das lutas travadas.

Nos anos 1990, a consolidação mundial do neoliberalismo se fez sentir nacionalmente quando as orientações dos organismos internacionais passaram a ser repercutidas pelo próprio partido instalado no poder. O Banco Mundial, a Fundação Rockefeller e a Organização Mundial da Saúde (OMS) subsidiaram gabinetes estratégicos como o Instituto Casa das Garças, que passariam a formular diretrizes de agenda social em outra concepção de direitos. Diferentes concepções de universalidade, financiamento com fundos compartilhados guiados pela segmentação e seletividade estruturaram

o que atualmente se chama Cobertura Universal de Saúde, em oposição aos sistemas universais de matriz social-democrata²⁷.

Trabalhos recentes captam que corporações da medicina de mercado têm deslocado seu padrão de interação junto ao Estado por meio da colaboração com o setor privado²⁸ e pelo processo de financeirização do mercado da saúde, cujos agentes têm poder de influenciar a dinâmica da política²⁹. A autorização da participação e controle de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde, pela Lei nº 13.097/15, é exemplo desse processo.

É consonante com esse movimento histórico a demanda corporativa por seguros de saúde que amarra a representação sindical às expectativas da sua base social de apoio. O carecimento de uma consciência sanitária trabalhista, presente nos segmentos populares e de classe média, revela que essa cultura corporativa de direitos é um princípio político que desidrata estruturalmente a legitimação pública do SUS. Em 2017, 80% dos seguros privados eram compostos por planos coletivos, formalizados com anuência sindical em convenções e acordos das categorias³⁰. Os riscos de uma aproximação precária entre sindicalistas e sanitarista haviam sido identificados por Belinguer, nos anos 1970. Em que pese a profundidade histórica da questão, teses relevantes do campo sanitarista têm, predominantemente, atribuído a expansão desses seguros à vontade patronal, ou aos incentivos realizados pelo Estado³¹.

No processo de implementação do SUS, a vigilância em saúde do trabalhador e os centros estaduais e municipais de saúde do trabalhador configuraram novidades históricas fundamentais. O seu alcance parcial, no entanto, pode ser percebido pelo próprio envolvimento sindical com o mercado da saúde.

Nas últimas três décadas, a participação e o controle social mudaram de patamar histórico. Formalmente, os conselhos de saúde estão em todo o País. A mobilização de movimentos organizados da saúde e usuários apresentou uma dinâmica política de fiscalização que superou a crítica de que os

conselhos seriam apenas foros de cooptação de energias políticas transformadoras.

Considerando a importância das conferências e conselhos presente nos vários momentos analisados nesta seção, é importante dizer que essas instâncias não ficaram imunes ao movimento de desagregação dos sujeitos clássicos da Reforma. Sob a inflexão neoliberal de asfixiamento financeiro do sistema, de legitimação das várias frentes regressivas do interesse privado na gestão pública, e amparo aos deslocamentos ideológico-programático das coalizões governativas desse período, os movimentos populares arrefeceram sua capacidade de pautar alterações constitucionais contundentes – como aquela alcançada pela introdução da participação social na lei orgânica da saúde, em 1990.

Como procuramos analisar, nos últimos 30 anos, as forças sanitaristas travaram uma luta em plena retaguarda, resistindo e se ajustando ao novo marco político que regulava as atuações do campo. Aos ganhos da constitucionalização incremental da assistência, enredados em momentos pontuais de campanhas nacionais pelo financiamento do SUS, seguiu-se a assimilação política aos obstáculos mais estruturais impostos por uma razão neoliberal que sufocava a própria força da democracia. Considerando essa ambiência, é possível dizer que a coalizão sanitarista se fixou mais como tradição constitucionalizada que como inteligência enraizada nos valores públicos que compõem a cidadania política de milhões de brasileiros.

Por um tempo Sergio Arouca de refundação do SUS

Se bem fundado o plano histórico internacional de análise do impasse do projeto SUS – a crise epocal de seus sujeitos históricos de fundação –, seria necessário reconhecer, em primeiro lugar, a temporalidade própria do poder instituinte e institucionalização do SUS,

seguindo sempre as pistas do pensamento de Sonia Fleury¹⁸. Se a instituição do SUS foi um dos últimos capítulos de uma era do Bem-Estar social, sua institucionalização já se deu na era de ascensão do neoliberalismo como corrente dominante na tradição liberal. Pensado assim, o tempo da fundação nunca deixou mesmo de se contrapor ao tempo da institucionalização, como se a memória da origem e o plano de um futuro pleno do SUS tivesse se engarrado na ‘profusão das coisas acontecidas’ de um tempo adverso.

Era inevitável, nesse contexto, que à figura do sanitarista fundador e programático se contrapusesse, em tensão, a figura do sanitarista pragmático e construtor. Seria necessário, nesse sentido, promover o reencontro entre esses sujeitos, somando ao finalismo heroico do primeiro o sentido de realidade – a força das coisas – do segundo.

A tentação do prefixo neo, nomeador desse novo sujeito sanitarista, deveria ser inscrita na própria figura dessa bela tradição, ciosa de formar o elo entre as gerações. Seria equívoco opor o novo ao velho, em uma história que vai apagando seus rastros em busca sempre de um ponto zero, um começo fora do tempo, como se em uma sociedade brasileira, cujas linhas de continuidade são tão profundas e retesadas, o novo pudesse se erigir sem prestar contas ao passado. O que se requer não é propriamente a negação do passado, mas a consciência crítica de sua tradição, que nunca pode deixar de ser, ao mesmo tempo, uma atualização de perspectivas. Para quem se inscreve em uma tradição, o tempo não é propriamente um inimigo que se deve expulsar da própria casa, mas um companheiro de viagem ao qual devemos sempre a angústia do sentido. Em síntese, o que se precisa é um novo tempo Arouca do SUS no século XXI, uma refundação para o Estado de Bem-Estar brasileiro.

Chamar este tempo de refundação de Sergio Arouca é mais do que prestar homenagem à consciência das determinações sociais da saúde. Essas determinações sociais são, por sua vez, fundamentalmente condicionadas pela

política. O tempo de refundação Sergio Arouca do SUS deve ter como consciência a transformação das determinações políticas da saúde.

A ciência política cada vez mais está desafiada a compreender a democracia, não ao modo minimalista e procedimental do liberalismo, mas como forma de organizar a vida social em um princípio civilizatório de liberdade, igualdade e fraternidade. A saúde, bem público fundamental, está inevitavelmente associada ao destino de nossas democracias: à oferta dos alimentos, dos cuidados, dos modos de trabalhar e de descansar; à liberdade sexual e aos sentidos comunitários e afetivos de viver junto; aos modos de viver a infância, a adolescência e o envelhecer; às relações entre os gêneros e as diversidades étnicas; às geografias das cidades; aos modos de se integrar ou pregar a natureza. A democracia, entendida em sua raiz republicana, é a forma livre de viver bem em saúde e em comum.

Ora, a época do neoliberalismo é, por excelência, a época de predação da democracia e, por consequência, do princípio público da vida. De Polanyi³² a Achile Mbembe³³, em seu belo ‘Crítica à razão negra’, a consciência radical e crítica dos tempos do neoliberalismo é cada vez mais ciosa em captar a generalização de suas pulsões de morte. E não há nada mais mortal – a consciência sanitarista sabe mais disso do que ninguém – do que submeter as políticas de saúde ao princípio da valorização mercantil.

A forma política histórica da tradição do liberalismo social foi, em seu centro, o *mix* público-privado. No entanto, esse hibridismo, formado em um tempo de equilíbrio de forças do pós-guerra, rompeu-se definitivamente com a ascensão do neoliberalismo para a funcionalização cada vez mais evidente do que é público pela dinâmica em expansão das formas do privatismo mercantil. Se em sua primeira fase o neoliberalismo quis redefinir os limites do público, por meio das agendas do Estado mínimo, na segunda, guiado pela chamada Terceira Via, ele pretendeu funcionalizar o público ao privado. Nesta terceira fase, pós-crise internacional de 2008, ele quer mais

propriamente destruir o que é público e até redesenhar o sistema político não mais pela soberania popular, mesmo que rala, mas pela soberania dos endinheirados.

As tradições do chamado ‘socialismo liberal’¹¹ que historicamente fizeram um *mix* entre o princípio da liberdade liberal e o princípio da justiça contido nas tradições socialistas são, pela sua própria gênese, incapazes de fazer frente à época do neoliberalismo; pois o que o neoliberalismo investiu foi exatamente na própria redefinição do que é entendido como liberdade no interior da tradição liberal, resignificando-a não mais como um princípio negativo de contenção do Estado, como queria o liberalismo clássico, mas como princípio positivo em que a esfera estatal impõe com pujança a ordem mercantil.

As melhores tradições da transformação do mundo sempre procuraram compatibilizar o diagnóstico crítico dos tempos com a coerência dos caminhos de superação de suas opressões. Mais do que nunca, é preciso, então, sintonizar diagnóstico e programa.

A crise dos sujeitos históricos de fundação do *Welfare State* e do próprio SUS, assolados pelo neoliberalismo, só pode ser superada com a refundação política de seus sujeitos históricos de construção no século XXI. Somente as tradições de um socialismo democrático, que reclamam para si as tradições do republicanismo democrático e as atualizam, pode estabelecer com coerência uma narrativa de refundação e uma nova era dos direitos.

O que caracteriza centralmente essas tradições clássicas e contemporâneas do socialismo democrático é a não separação do princípio da liberdade e de igualdade. Não se pode ser livre em um mundo de desiguais e muito menos se pode aspirar a ser igual em um mundo sem liberdade. A forma política, por excelência, das tradições do socialismo democrático nessa perspectiva é exatamente o que é público em oposição ao privatismo mercantil. Os valores, os sentimentos, as identidades e o programa do que é comum – esta compreensão que a liberdade subjetiva mais rica reivindica a

intersubjetividade entre pessoas de igual dignidade mesmo em sua diferença – devem prevalecer na democracia.

O SUS é, sobretudo, a experiência mais ousada do que é público e do que é comum na experiência democrática brasileira do pós-1988. Em uma tradição desde sempre marcada pela formação corporativa dos direitos, profundamente desarticulada e desigual em seus tempos, esse comum lugar constitui um *topos*, um radical muito elevado, que só pode mesmo se formar no próprio processo de refundação da democracia brasileira. O SUS, talvez em sintonia mesmo com o samba, a mais universal de todas as nossas instituições, só pode ser na democracia.

Pensar, então, a formação dos novos sujeitos de construção do SUS no século XXI é imaginar a formação de uma ampla frente democrática, com os socialistas democráticos em seu centro, e programatizada para acolher a imensa variedade dos sujeitos que querem ‘Bem-Viver’ e em saúde.

A vida é a arte do encontro, já nos disse o poeta, embora haja tanto desencontro na vida. O SUS precisa agora de um grande reencontro, misturar os seus sonhos com as utopias das novas gerações de movimentos feministas, negros, LGBTIs, quilombolas e povos indígenas, que procuram construir a dignidade de seus direitos e de seus modos de viver.

A este encontro, não podem faltar as classes trabalhadoras. Nestes tempos nos quais se programatiza a precarização da própria dignidade do trabalho, o SUS deve ser também a casa comum dos trabalhadores, cada vez mais frustrados com a medicina mercantilizada e as carências dos seguros de saúde privados. Para uma tradição socialista democrática, seria um grande erro histórico separar as aventuras identitárias da clássica centralidade dos direitos de quem vive do trabalho.

A construção histórica desses novos sujeitos refundadores do SUS, como parte de uma frente democrática mais ampla, capaz de atrair para si todos os setores progressistas e de centro-esquerda, permitiria tratar os

impasses históricos de construção do SUS – o financeiro, o mercantil, o de gestão – em um novo enquadramento político republicano democrático, isto é, com o princípio do que é democrático e público no comando.

O que é necessário deve se tornar possível. Exceto em alguns momentos conjunturais nos quais o tema da corrupção aparece excepcionalmente como prioridade, o direito à saúde frequente, há vários anos, o primeiro lugar na agenda das reivindicações dos brasileiros. Há, pois, um fosso entre a legitimidade e o processo de legitimação do SUS. A construção desses

novos sujeitos refundadores do SUS no século XXI seria, nesse sentido, um caminho possível de aproximar e até fundir a legitimação do projeto SUS ao sonho comum dos brasileiros e brasileiras de viver bem e em saúde.

Colaboradores

Guimarães JR (0000-0003-0218-3405)* e Santos RT (0000-0002-0125-7700)* são responsáveis pela concepção, elaboração e revisão do manuscrito. ■

Referências

1. Hayek FA. O caminho da servidão. 6. ed. São Paulo: Instituto Ludwig von Mises; 2010.
2. Cahill D, Cooper M, Konings M, et al. The SAGE handbook of neoliberalism. New York: Routledge; 2018.
3. Springer S, Birch K, MacLeavy J. The handbook of neoliberalism. New York: Routledge; 2016.
4. Hall S. The Neo-Liberal Revolution. Cultural Studies. 2011; 25(6):705-28.
5. Pisarello G. Processos Constituyentes: Caminos para la ruptura democrática. Madrid: Editorial Trotta; 2014.
6. Hayek FA. Law, Legislation and Liberty. The Mirage of Social Justice. London: Routledge & Kegan Paul; 1976.
7. Mirowski P, Plehwe D, editores. The Road from Mont Pèlerin: The Making of the Neoliberal Thought Collective. Cambridge: Harvard University Press; 2009.
8. Brown, W. Undoing the Demos: Neoliberalism's Stealth Revolution. New York: Zone Books; 2015.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Sennett R. A Corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Record; 1999.
10. Marshall TH. Cidadania, Classe Social e Status. Rio de Janeiro: Zahar; 1967.
11. Bobbio N. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Campus; 1992
12. Campos GWS. Réplica: O SUS, todavia, existe! *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; (6):1721-1722.
13. Paggi L. La teoria general del marxismo en Gramsci. In: Gramsci A. Escritos políticos (1917-1933). México: PyP; 1981. p. 13-84.
14. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
15. Baptista TWF. Caminhos e Percalços da Política de Saúde no Brasil: vinte anos da reforma sanitária. Ministério da Saúde, Projeto Nordeste II, PNUD; 1997.
16. Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
17. Doimo AM, Rodrigues MMA. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal da atuação política. *Política & Sociedade.* 2003; 2(3):95-116.
18. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(3):743-752.
19. Dulci MS. PSDB: força e limites da resposta liberal aos desafios do Brasil contemporâneo [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. 306 p.
20. Guimarães J. O PSDB virou um partido golpista? *Revista Carta Maior.* 2014. [acesso em 2019 jul 25]. Disponível em: <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Politica/O-PSDB- virou-um-partido-golpista-/4/32392>.
21. Falleiros I, Lima JCF. Saúde como direito de todos e dever do estado. In: Ponte CF, Falleiros I, organizadores. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 239-278.
22. Piola SF, Servo LMS, Sá EB, et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 19-70. (v. 4).
23. Moraes HMN, Albuquerque MSV, Oliveira RS, et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2018 [acesso 2019 jun 2]; 35(1):1-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105017&lng=en.
24. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1723-1728.
25. Russo JA, Carrara SL. Sobre as ciências sociais na Saúde Coletiva - com especial referência à Antropologia. *Physis* [internet]. 2015 [acesso 2019 jun 2]; 25(2):467-484. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312015000200467&lng=en.
26. Araújo CEL. Estado e mercado, continuidade e mudança: a dualidade da política de saúde nos governos FHC e Lula [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2017. 333 p.
27. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar A, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1763-76.

28. Braga IF. *Empresariado e Políticas Públicas de Saúde no Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.
29. Sestelo JAF. *Planos de Saúde e dominância financeira*. Salvador: EDUFBA; 2018.
30. Santos RT. Dilemas Públicos e demandas corporativas: a Reforma Sanitária e a ação sindical. In: Fleury S, organizadora. *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 221-246. (v. 1).
31. Bahia L. *Mudanças e padrões nas relações público-privadas: seguros e planos de saúde no Brasil [tese]*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1999. 379 p.
32. Polanyi K. *A Grande Transformação: as origens políticas e económicas do nosso tempo*. 2. ed. São Paulo: Elsevir; 2011.
33. Mbembe A. *Crítica da Razão Negra*. São Paulo: N-1 edições; 2018.

Recebido em 03/06/2019

Aprovado em 25/08/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig)

Reforma Sanitária Brasileira e o sindicalismo na saúde: quais perspectivas no contexto atual?

Brazilian Health Care reform and trade unionism in health: what perspectives are there in the current context?

Renato Penha de Oliveira Santos^{1,2}

DOI: 10.1590/0103-11042019S817

RESUMO O presente ensaio teve como objetivo analisar os dilemas na relação da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e o movimento sindical com o intuito de apontar perspectivas de lutas, no contexto de congelamento dos gastos públicos (previsto na Emenda Constitucional 95 aprovada em 2016) que impactam no SUS e da recente reforma trabalhista aprovada no governo Michel Temer, em 2017. Logo, revisita-se a literatura acadêmica sobre o sindicalismo brasileiro e o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), usando análises que envolvam os campos da saúde coletiva, da saúde do trabalhador e da sociologia do trabalho, com o intuito de aprofundar as discussões sobre as transformações no mundo do trabalho e do sindicalismo no cenário nacional correlacionando com a realidade dos trabalhadores da saúde no SUS. Dessa forma, aponta-se para algumas possibilidades de articulação e organização de atuação sindical que envolva os diversos atores sociais do MRSB e sindicatos dos trabalhadores da saúde no SUS, perpassando desde a concepção de ‘novo sindicalismo social’, à organização no local de trabalho e até a necessidade da construção de lutas para além do setor saúde com intuito de enfrentar os desafios da conjuntura atual desfavorável à ‘classe-que-vive-do-trabalho’.

PALAVRAS-CHAVE Trabalhadores. Sindicatos. Sistema Único de Saúde. Direito à saúde. Tendências.

ABSTRACT *This essay aims to analyze the dilemmas in the relationship between the construction of the Unified Health System (SUS) and the trade union movement in order to point out perspectives of struggles in the context of freezing public spending (provided for in Constitutional Amendment 95, approved in 2016) that impact on the SUS, and the recent labor reform approved by Michel Temer’s government in 2017. Therefore, we revisit the academic literature on Brazilian trade unionism and the Brazilian Health Reform Movement (MRSB), using analyses involving the fields of collective health, occupational health, and sociology of work in order to deepen the discussions on the transformations in the world of work and unionism in the national scenario, correlating it with the reality of health workers in the SUS. Thus, it points to some possibilities of articulation and organization of union action that involves the various social actors of the MRSB and health workers unions in the SUS, going from the conception of ‘new social unionism’ to the organization in the workplace, and even the need to build struggles beyond the health sector in order to face the challenges in this current conjuncture unfavorable to the ‘working-class’.*

KEYWORDS *Workers. Labor unions. Unified Health System. Right to health. Trends.*

¹Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) - Santo Antônio de Jesus (BA), Brasil.
renatopenha.s.med@gmail.com

²Universidade de Coimbra (UC), Centro de Estudos Sociais (CES) - Coimbra, Portugal.

Introdução

Em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional 95 que prevê o congelamento no investimento, pelo governo federal brasileiro, em saúde pública por 20 anos. Essa medida aprovada no governo Michel Temer impôs um novo regime fiscal para os gastos públicos, ressalta-se que já haviam sido realizados cortes orçamentários no segundo mandato de Dilma Rousseff^{1,2}.

Além dessas questões, ressalta-se o problema crônico de desregulamentação do trabalho que envolve vínculos precários de trabalho, baixa remuneração, distribuição da força de trabalho de forma desigual no País, baixa motivação para o trabalho, formação pouco qualificada para a lógica de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros³.

Ademais, e não menos importante, destacam-se as relações ambíguas e complexas entre as lutas corporativas sindicais e a luta pelo direito à saúde, desde o período pré-reforma da saúde em 1988, com a criação do SUS, até os dias atuais, apresentando contradições e dilemas em torno da construção da base social de apoio à consolidação do SUS, dentro de contextos históricos e econômicos bem diversos do País, como o período dos anos 1980, 1990 e os 2000⁴.

Dessa forma, cabem algumas reflexões, como: no cenário atual de perdas de direitos ante as medidas de austeridade, qual o papel do sindicalismo? E no contexto atual brasileiro envolvendo o SUS, quais as perspectivas sindicais de mobilização e de reivindicação por direitos considerando os históricos problemas mencionados acima?

Logo, o presente ensaio abordará o contexto histórico de construção do SUS com o intuito de analisar os dilemas sindicais e as possibilidades de lutas conjuntas por direitos trabalhistas e pelo direito à saúde.

O Sistema Único de Saúde e os impasses na sua consolidação após três décadas de criação

A criação do SUS ocorre no período de redemocratização do Brasil em meados dos anos 1980, tendo como marcos históricos a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), a Comissão da Reforma Sanitária (1987), a Assembleia Constituinte (1988) e, posteriormente, nos anos 1990, a promulgação das Leis nº 8.080 e nº 8.142¹.

Essa trajetória é fruto de uma forte mobilização de vários setores da sociedade e de movimento sociais, ao longo desses anos, os quais questionavam diversas situações pertinentes à ditadura militar vigente naquele momento, bem como o sistema de saúde e sua precariedade na assistência e organização, já que era considerado insuficiente, ineficaz, autoritário, centralizado, entre outras deficiências^{1,5-7}.

Nesse contexto histórico, houve uma intensa migração da população para os grandes centros urbanos, com as prefeituras disponibilizando serviços básicos mínimos, em um contexto de crise econômica internacional nos anos 1970 que influenciou para a convergência de lutas por direitos de cidadania, além de acentuar o desgaste político e econômico da ditadura militar brasileira, vigente até 1985^{1,7}.

Véras⁸ explicita que o Brasil sofreu uma longa transição conservadora ao longo dos anos 1980, em uma conjuntura de estagnação econômica e instabilidade monetária, acompanhado de intensos conflitos sociais que envolveram novos sujeitos coletivos em formatos de movimentos sociais (como o Movimento Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST) e sindicais (por exemplo, a fundação da Central Única dos Trabalhadores – CUT). Esse cenário proporcionou a construção uma agenda política centrada na discussão de direitos e cidadania, desembocando na instituição de uma nova

Constituição em 1988, que, dentro dos limites conjunturais e estruturais do Estado brasileiro, incorporou parte dessa discussão. No entanto, a agenda econômica e política neoliberal que se sucedeu nos governos posteriores, ao longo dos anos 1990, restringiu bastante a possibilidade da efetivação desses direitos.

O conjunto de atores sociais e institucionais que construíram a agenda de lutas pelo direito à saúde e à reorientação e formulação de novas políticas, bem como na construção de novos modelos de assistência à saúde, ficou denominado como Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB)^{1,4-6,9-12}.

O MRSB tem sido tema de diversos debates e estudos acadêmicos, envolvendo discussões em torno das estratégias de luta e da agenda política construída, além dos aspectos relacionados com o campo de conhecimento desenvolvido, denominado de saúde coletiva^{5,6,9-12}. No entanto, ao longo do texto, será discutida a questão do sindicalismo, abordando a atuação dos movimentos sindicais naquele momento histórico e quais perspectivas de ação no contexto atual, com o recorte em torno dos trabalhadores da saúde.

Antes de iniciar essa reflexão, todavia, é importante destacar algumas questões do contexto de perdas de direitos trabalhistas e sociais, que perpassam após a Emenda Constitucional 95 de 2016 e a reforma trabalhista de 2017, ambas sancionadas pelo governo Michel Temer.

A primeira, como já citada anteriormente, prevê congelamento dos gastos públicos na saúde por 20 anos, nos quais não serão realizados investimentos acima 15% da Receita Corrente Líquida do governo federal tendo como piso o gasto no ano de 2017 reajustado pela inflação no decorrer dos anos. Essa situação desencadearia uma queda de gasto público ao longo dessas duas décadas no cenário de envelhecimento populacional e provável aumento dos gastos da previdência social².

A segunda, de acordo com Krein¹³, apresenta duas principais mudanças formais que constituem a reforma trabalhista, sendo enquadradas

na Lei nº 13.467/2017, que altera 201 pontos da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), estas que foram criadas no governo Getúlio Vargas (nos anos de 1930 a 1945); e a Lei nº 13.429/2017, que liberaliza a terceirização e ampliação do contrato temporário. Mudanças estas que visam ajustar a regulação do trabalho em uma perspectiva de ampliar a liberdade do empregador nas condições de contratação e regulamentação deste, diminuindo a possibilidade de ação e reivindicação pelos sindicatos, além de interferir na capacidade de regulação do trabalho pelas instituições públicas ao favorecer o fortalecimento das negociações coletivas por meio das empresas diretamente com os trabalhadores destas.

Esse cenário não agudiza apenas os problemas crônicos relacionados com o financiamento do SUS como também a histórica desregulamentação do trabalho no SUS marcado pelas precárias formas de seleção, baixa remuneração, força de trabalho má distribuída no País, vínculos de trabalho provisórios além da baixa qualificação requerida para o trabalho em alguns setores estratégicos para a organização da assistência à saúde como os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), denominada de Estratégia Saúde da Família (ESF)³.

A reforma da saúde no Brasil, após 1988, introduziu importantes modificações no modelo de assistência pública e na operacionalização do sistema de saúde, com a criação de um sistema nacional descentralizado, envolvendo a participação de vários atores sociais (prestadores, trabalhadores, gestores e usuários) com novos arranjos institucionais para poder exercer novas formas de gestão ante essas mudanças¹⁴.

Nessa trajetória, desde a criação do SUS até o contexto atual, percebem-se diversos avanços: inclusão de quase metade da população brasileira que não tinha acesso a qualquer assistência à saúde; o aumento de investimento dos municípios na saúde e de trabalhadores nos serviços públicos de saúde; a constituição de valores e práticas humanistas entre os diversos atores sociais que constroem esse sistema;

a constituição de redes de atendimento de problemas de saúde mental, de saúde do trabalhador, de emergência e urgência, além de centros de cuidados para doenças infectocontagiosas (como a Síndrome da Imunodeficiência Humana – Sida) e de transfusão sanguínea (Hemocentros); e investimentos em pesquisas e desenvolvimento de tecnologias para o sistema público de saúde¹.

No entanto, há diversos entraves históricos nesse percurso, como: o subfinanciamento por parte do governo federal; os desvios dos recursos federais para outras prioridades orçamentárias; a lei de responsabilidade fiscal que limita o gasto público dos municípios com os recursos humanos; subsídios financeiros para planos e seguros de saúde privados; a entrada do capital estrangeiro no setor de saúde privado; o aumento da atuação do setor privado no SUS por meio de convênios para prestação de serviços; vínculos trabalhistas precários e por fim o congelamento dos gastos públicos federais na saúde por 20 anos, aprovada em 2016¹.

Logo, nota-se um campo de tensões entre o público e o privado na constituição do SUS e a pressão do mercado sobre a questão do direito à saúde, de tal forma que Santos¹ aponta para a análise da construção implícita de outro modelo de saúde pautando esta como um bem de consumo, e a atenção à saúde, em uma perspectiva privatista.

Ao longo dessa construção tortuosa em torno do direito à saúde e da constituição do SUS, esse autor apresenta o seguinte apontamento:

O engajamento crítico e cauteloso que ocorreu nos anos de 1980 por parte das centrais e federações sindicais, partícipes do MRSB, foi revertido nos anos de 1990, pela oferta de planos privados subsidiados mais acessíveis e sensíveis aos dissídios anuais das categorias, e também pela lentidão no acesso e na resolutividade da rede pública subfinanciada. Constatou-se que a classe trabalhadora, vanguarda histórica das lutas sociais cedeu ao

corporativismo, contra os direitos universais de cidadania, no caso da saúde. Isso não ocorreu nos 15 países que implementam sistemas públicos universalistas de saúde e que têm apoio integral do Estado¹⁽¹⁷³⁴⁾.

Dessa forma, algumas análises também foram realizadas para melhor compreensão desse aspecto citado acima, como os estudos do Paim⁵, Teodoro^{4,15}, Stotz^{9,10}, Lacaz^{11,16} e Pina, Castro e Andreazzi¹², haja vista a importância histórica das lutas sindicais para as conquistas de direitos e avanços civilizatórios nas sociedades capitalistas.

Sindicalismo e a construção do SUS: um debate necessário

Teodoro^{4,15} argumenta que é possível denotar historicamente um diálogo precário entre o conjunto teórico político do MRSB com o mundo do trabalho, sendo isso apenas representado na conformação setorial de um campo, denominado de saúde do trabalhador tanto no quesito de construção de conhecimento científico como modelo assistencial (seja público ou privado).

De acordo, ainda, com Teodoro^{4,15}, um dos aspectos que pode ter influenciado é a crítica em torno da visão corporativa de manutenção de privilégios de segmentos de trabalhadores formais que limitava a luta pelo direito à saúde na sociedade brasileira, como se fosse uma herança social da conformação burocrática do Estado brasileiro do período dos governos de Getúlio Vargas até os governos militares (dos anos 1930 aos anos 1970).

A conformação do modelo de seguridade social atrelada à ideia de que o Estado deveria prover a saúde dos trabalhadores contribuintes, concepção vigente desde os anos 1930 e sendo rompida na criação do SUS, reforçavam a crítica descrita acima. Dessa forma, a saúde do trabalhador formal

perderia centralidade no MRSB, a partir de uma dicotomia entre a superação do modelo de assistência à saúde ao trabalhador formal como estabelecido até aquele momento com a implantação de uma assistência coletiva de bases comunitárias, na qual o acesso seria garantido a todos os cidadãos brasileiros⁴.

Nesse sentido Paim⁵ descreve:

O 'sistema de saúde' brasileiro, formado ao longo do século XX, teve como marca a dicotomia entre saúde pública e assistência médico-hospitalar. De um lado, as campanhas sanitárias e, de outro, a filantropia, a medicina liberal, a medicina previdenciária e, posteriormente, as empresas médicas. Antes de 1930, não havia o reconhecimento dos direitos sociais no Brasil. A partir da Era Vargas, introduz-se o direito à assistência médica apenas para os trabalhadores urbanos com carteira de trabalho assinada. A extensão de cobertura para os trabalhadores rurais por meio do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), efetuada durante o autoritarismo, apresentava-se mais como concessão do que como um direito. O mesmo podia ser dito em relação ao acesso das populações rurais e das periferias urbanas aos Programas de Extensão de Cobertura (PECs) e, posteriormente, às Ações Integradas de Saúde (AIS) e aos Suds. Somente com a Constituição de 1988 a saúde foi reconhecida como um direito social, cabendo ao Estado assegurar o 'direito à saúde para todos os cidadãos', uma das maiores conquistas do movimento sanitário no Brasil⁵⁽⁹⁴⁻⁹⁵⁾.

Desse modo, ao longo dos anos 1980 e 1990, o que foi designado como saúde do trabalhador no que tange ao modelo assistencial foi transitando de uma conformação 'corporativo público estatal' para 'uma dimensão privada mercantil', a partir do aumento da reivindicação por planos de saúde privados nos acordos e negociações coletivas entre sindicatos e associações patronais^{4,15}.

No entanto, outros autores apresentam divergências em relação a alguns aspectos que foram apresentados anteriormente^{9-12,16}. Stotz^{9,10} aponta que não chegou a ter "auto-exclusão dos trabalhadores urbanos com maior capacidade de organização"⁹⁽³⁰⁾ e que a tese sobre a ausência do apoio do movimento sindical no MRSB estaria relacionada com uma vertente de interpretação ligada ao Partido Comunista Brasileiro (PCB), do qual vários interlocutores do MRSB tinham alguma filiação; e do meio sindical ligado ao PCB, o qual optou por fazer algumas alianças políticas com alguns setores pelegos do movimento sindical que ocasionaram divergências políticas dentro do campo da esquerda naquele momento histórico.

Lacaz¹¹ destaca que o MRSB centrou parte da sua tática de luta na disputa do poder no aparelho do Estado, secundarizando a questão das correlações de forças entre as classes naquele momento histórico da redemocratização.

Pina, Castro e Andreazzi¹² demonstram, a partir de análises de documentos da Central Única dos Trabalhadores (CUT), que, desde os anos 1980, a central sindical declarava apoio formal ao SUS e por melhor assistência à saúde do trabalhador, dentro de um contexto de confronto com o capital. No entanto, principalmente na década de 1990, a luta pela assistência à saúde do trabalhador também perpassou por planos privados sem esquecer da necessidade do sistema público de saúde, na perspectiva de política pública, aos moldes de Estado de Bem-Estar-Social, no contexto histórico-sócio-econômico de forte ideologia e políticas neoliberais com a correlação de forças desfavorável para a classe trabalhadora.

Logo, percebe-se que agenda política do MRSB, ao longo das décadas citadas acima, centralizou-se na discussão do financiamento e no crescente aumento do setor privado na saúde^{4,12,15} e em uma lateralidade em relação às discussões acerca do sindicalismo e questões pertinentes à saúde do trabalhador¹⁶.

Dessa forma, cabem algumas reflexões sobre as repercussões dessas dificuldades descritas

acima na consolidação do SUS e nos conflitos laborais presentes nesse sistema de saúde?

Historicamente, os sindicatos são, segundo Rossi e Gerab:

[...] organismos sociais, que se destinam à defesa dos interesses e econômicos e sociais dos componentes das suas respectivas categorias profissionais, individual ou coletivamente. Esses interesses são voltados para as melhorias salariais, das condições de trabalho e das condições de vida, em geral. Justamente por tratar de questões comuns às trabalhadoras e aos trabalhadores da sua base social, esses organismos unificam todas e todos que os integram, sem distinção de sexo, raça, credo religioso, orientação sexual ou opção política¹⁷⁽¹³⁾.

Nota-se que, no percurso histórico das lutas sindicais, o centro destas é no das relações de trabalho ou laborais com o horizonte de superação do controle privado de produção pelo domínio público, o que possibilitou a construção de direitos do trabalho, a regulação das jornadas de trabalho e das condições de trabalho por exemplo. Todas essas temáticas determinam a saúde do trabalhador, logo, isso também está presente na constituição da organização do trabalho e operacionalização do SUS, como um dos cerne da saúde laboral e da construção de parâmetros públicos que pudessem o distinguir da lógica mercadológica^{4,9-12,16}.

Desde a criação do SUS, nos anos 1980, o mercado de trabalho para os profissionais de saúde vem crescendo, majoritariamente, nos municípios. Por exemplo, em 2009, o número de estabelecimentos de saúde girava em torno de 94.070, sendo que mais da metade era de natureza pública, gerando mais de 3 milhões de empregos, denotando a forte expansão nos serviços públicos de saúde^{14,18-23}.

Vale destacar o processo de ‘ambulatorização dos empregos’, uma vez que, no período entre 1992 e 2005, houve um aumento de 139% desses empregos em serviços não hospitalares

públicos ou privados (ou seja, em clínicas e unidades de saúde ambulatoriais), contra 44% da rede hospitalar²¹.

Nota-se que essa expansão ocorreu desacompanhada da valorização dos trabalhadores, que tiveram sua remuneração, em geral, diminuída, provocando o aumento do tempo trabalhado para parcela considerável dos ocupados do segmento (tanto no setor privado como no público) e o aumento do número de trabalhadores que possuem um trabalho adicional ou mais de um vínculo empregatício; além do fato de uma tendência no setor público da utilização de trabalho precário ou terceirização nos serviços hospitalares e nas emergências e urgências. Destaca-se, também, a presença do discurso da flexibilização dos vínculos trabalhistas e de práticas gerenciais típicas do setor privado entre os gestores municipais de saúde, visando aos serviços disponibilizados pela ESF, vide os exemplos recentes nas cidades de São Paulo e do Rio de Janeiro²²⁻²⁴.

Esse quadro descrito acima desperta atenção para novos e antigos problemas para área de recursos humanos em saúde que abrigam interesses múltiplos e diversificados, como a possibilidade do crescimento acelerado da terceirização dos serviços de saúde, por meio de Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e fundações públicas de direito privado, que acabam precarizando as relações de trabalho, por meio de diferentes modalidades de vínculos de trabalho que podem ser desde concursos até contratos temporários, constituídos ou não nos marcos da CLT^{19,20,25}.

Durante a década de 1990, Carneiro²⁴ ressalta a construção de uma agenda de gestão do trabalho no setor público de saúde pautada na adoção das medidas flexibilização de contratação de serviços e de regime de trabalho, ante o crescimento substantivo do número dos postos de trabalho no SUS, decorrente da expansão da rede pública de serviços a nível municipal, como, por exemplo, na ESF. Destaque-se no período um substancial

aumento, principalmente durante o governo do Fernando Henrique Cardoso, da utilização das novas formas contratuais ou novos modelos flexíveis de gestão do trabalho, mediante cooperativas profissionais e Organizações Não Governamentais (ONG).

Nos anos 2000, nos governos Lula e Dilma, houve a tentativa de rever a regulação e a gestão do trabalho no SUS, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES). No entanto, sua agenda política de reverter a precarização do trabalho no SUS não avançou, e esses governos ficaram marcados, principalmente, pela proposição das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), como uma alternativa a outras formas de parcerias público-privadas que pudessem ter vínculos trabalhistas mais precários^{24,25}.

Diante desse cenário descrito, percebe-se como a desregulamentação do trabalho no SUS também implica no processo do aumento da atuação do setor privado nesse sistema e que o contexto de perda de direitos trabalhistas e a contenção de gastos públicos na saúde^{2,13} podem agudizar os problemas crônicos relacionados com a precarização do trabalho na saúde no SUS, bem como desconstruir as conquistas e os avanços obtidos da estruturação do SUS como política pública e modelo de assistência à saúde. Logo, quais as perspectivas de luta para os sindicatos que representam os trabalhadores da saúde no SUS?

As perspectivas de luta dos trabalhadores do SUS no cenário de um sindicalismo em mudança

Para além das especificidades do histórico da construção do SUS, é perceptível a lateralidade que o mundo do trabalho vem sendo tratado nesse percurso, seja por questões próprias da reforma da saúde no Brasil, seja pelos aspectos gerais de mudanças no mundo do trabalho que também

influenciaram no sindicalismo no mundo e que também repercutiram no Brasil e, especificamente, no contexto do SUS.

Longe de esgotar o debate sobre o futuro do sindicalismo no mundo atual, há o consenso na literatura acadêmica a respeito do conjunto de transformações que vem ocorrendo no capitalismo contemporâneo, o qual pode ser denominado como monopolista-financeiro, caracterizando-se por modificações estruturais assentadas na organização flexível da produção e das relações de trabalho, bem como no crescente processo de internacionalização dos diferentes setores da economia em escala mundial²⁶.

Esse conjunto de transformações estaria relacionado com as mudanças na organização da produção e do processo de trabalho (como inovações tecnológicas e o modo de produção denominado *just in time*), o neoliberalismo e o fenômeno da globalização²⁶⁻²⁹.

Santana e Ramalho³⁰ apontam que o *just in time* se refere ao modo de produção de trabalho que é baseado na aproximação das etapas de concepção, execução e controle com progressiva incorporação de competências no processo produtivo e com forte controle de qualidade e rapidez, sendo expoente e pioneira nesse modelo a empresa Toyota, no Japão, e por isso, denominado de ‘toyotismo’.

Sobre o neoliberalismo, o Centro de Estudos Sociais (CES)³¹ sintetiza como um projeto que visa à reconfiguração do Estado e da pactuação social com o mínimo de intervenção estatal na vida social, subordinando a ação dos governos e o funcionamento das democracias às engenharias políticas mercantis que favoreçam a liberalização financeira e comercial. Esse projeto tornou-se hegemônico a partir dos anos 1970, com a introdução de mudanças institucionais que facilitaram a progressiva entrada de grupos privados nas áreas da provisão pública, além da desregulamentação das relações laborais e da difusão ideológica do empreendedorismo.

Ainda de acordo com as análises do CES, a globalização é o fenômeno de

intensificação extrema das interações transnacionais, desde a mundialização dos sistemas de produção e das transferências financeiras à disseminação, a uma escala global, de informação e imagens através dos meios de comunicação social, às deslocações em massas de pessoas[...]31(111).

Logo, desde as últimas décadas do século XX, todo esse contexto descrito nos parágrafos anteriores impactou de várias formas e graus as sociedades^{17,26-31}, bem como as relações de trabalho e a organização e as lutas dos trabalhadores²⁶⁻³¹, notadamente na atuação sindical.

Dessa forma, esse cenário coloca novos desafios para os sindicatos, que, na perspectiva da regulação das relações de trabalho, aponta-se para a concepção de ‘crise no sindicalismo’ se baseando em análises assentadas nas quedas de taxas de sindicalização vistas em países europeus (principalmente os do Sul) e na América Latina ou da diminuição do poder sindical na defesa dos interesses dos trabalhadores^{32,33}. Enquanto nas perspectivas histórica ou de análises de classes, a interpretação citada acima apresenta-se superficial ou até mesmo generalizada, já que, mesmo que haja um recuo nas lutas sindicais no cenário internacional, há necessidade em aprofundar a análise da realidade própria das lutas de classes de cada país^{28,34,35}. No entanto, em ambos os pontos de vista, há um consenso de que estão ocorrendo mudanças do papel e do potencial dos sindicatos de serem instrumentos reivindicatórios para a conquista de direitos trabalhistas e sociais, que marcaram a trajetória das lutas sindicais desde a origem dos primeiros sindicatos na Primeira fase da Revolução Industrial (1780 – 1980) até o contexto atual²⁸.

Para além das mudanças estruturais do capitalismo atual e das sociedades contemporâneas Estanque, Costa e Da Silva²⁸ apontam alguns fatores que podem ter influenciado nessas mudanças, como: a desagregação de interesses da classe trabalhadora; o domínio da economia financeira; as dificuldades maiores para

o desenvolvimento de um trabalho sindical de base; a ausência de lealdade e solidariedade dos trabalhadores com o sindicato como reflexo do aumento do individualismo; a crise da representatividade sindical, que se traduz na dificuldade de mobilização de trabalhadores para as ações de luta; e a dificuldade de construção de um sindicalismo transnacional.

Todos esses fatores auxiliariam a entender a diminuição da representatividade social no que tange à possibilidade de regular conflitos e de solidarizar com questões societárias. Além disso, aspectos próprios da conformação dos sindicatos no decorrer de seus trajetos históricos poderiam influenciar nessa perda de representatividade, como o grau de burocratização interna, a capacidade de renovação, a possibilidade de construção conjunta com outros segmentos de trabalhadores precarizados ou setores da sociedade, como movimentos sociais, bem como o atrelamento à agenda política de partidos políticos específicos²⁸.

No Brasil, os primeiros sindicatos surgem após 100 anos do movimento sindical europeu, no contexto de industrialização brasileira (a partir de 1880), recente abolição do regime escravagista (1888), processo de urbanização das cidades e a imigração europeia (1875) e japonesa (1908). As demonstrações desses marcos históricos denotam como alguns fenômenos, que aconteciam ou que se sucederam no contexto europeu (origem dos sindicatos), ocorreram de outra forma ou em grau diferente em relação ao Brasil, porém, é possível traçar algumas similaridades, principalmente no contexto atual de transformações no cenário mundial globalizado, que também afetam o Brasil¹⁷.

Para a corrente análise, destaca-se que o contexto da criação do SUS ocorre no momento histórico da fundação da CUT (1984), além da fundação do Partido dos Trabalhadores (PT) (1980), período também reconhecido pelas lutas de redemocratização no País e de greves gerais no ABC paulista (que ocorreram ao longo dos anos 1978 e 1980), muitas dessas protagonizadas pelos sindicatos que

construíram a CUT e que resultariam nas conquistas de direitos expressas na Constituição de 1988, como a questão da saúde⁸.

Na literatura acadêmica, a fundação da CUT e as greves do ABC deram origem ao que é denominado de ‘Novo Sindicalismo’, que se apresentava como

Uma nova prática sindical surgia lutando, no campo sindical, pela liberdade e autonomia sindical, pelo direito de organização dos trabalhadores no local de trabalho e pelo direito de greve; e, no campo político, pela democratização da sociedade brasileira, nas suas dimensões política, social e econômica⁸⁽⁹⁹⁾.

Para além do debate sobre a compreensão e as repercussões do ‘Novo Sindicalismo’, Vêras⁸ destaca que as políticas neoliberais implementadas ao longo dos anos 1990 impactaram na atuação de um sindicalismo que poderia ser mais combativo para uma estratégia de luta mais defensiva e em alguns aspectos de acomodação, tendo práticas de reivindicação corporativa e assistencialista (herança dos períodos anteriores de forma de luta sindical presentes no período dos governos de Getúlio Vargas e nas ditaduras militares).

Rossi e Gerab¹⁷ relatam que também foi ocorrendo um processo de burocratização interna na CUT e uma forte ligação ao PT, que, segundo Estanque, Costa e Da Silva²⁰, pode ter influenciado na perda de autonomia de vários sindicatos ligados à CUT, diminuindo a possibilidade ser um instrumento de contrapoder e contrários às várias medidas que os governos Lula e Dilma mantiveram do período neoliberal dos anos 1990, demonstrando as controvérsias das práticas sindicais ao longo dos anos 1990 e 2000.

Logo, na tentativa de traçar um paralelo com os movimentos sindicais que atuam no SUS, pode-se empiricamente inferir que esses fenômenos também influenciaram nas dinâmicas sindicais desse setor, levando-se em consideração as especificidades de que o SUS apresenta baseado na lógica de serviços e composto por diversas categorias profissionais.

Nesse sentido, cabe trazer algumas reflexões sobre essas especificidades, a partir da aproximação de algumas reflexões propostas por Boito Jr.³⁴, ou seja, o sindicalismo da saúde no SUS; e, no caso, no setor público, pode ser configurado como ‘sindicalismo de classe média’ que se tornou mais ativo de forma tardia, nos meados dos anos 1960, em relação ao sindicalismo operário nos países centrais do capitalismo e na América Latina. No entanto, em ambos os tipos de sindicalismo, a ofensiva neoliberal, dos anos 1980 e 1990, também impôs dificuldades.

Boito Jr.³⁴ argumenta que o sindicalismo de classe média é composto por interesses e valores distintos permeados por uma ideologia meritocrática que enaltece o trabalho não manual, porém, podem convergir em determinadas conjunturas, com os interesses que movem o trabalhador assalariado manual, no caso, a classe operária. Outro aspecto que esse autor apresenta é a problemática em relação à definição de classe média que perpassa pelos campos da política, ideologia e economia, sendo assim, apresentando frações e diferentes formas de constituição que podem variar de acordo com a conjuntura da luta de classes, bem como da situação de trabalho (qualificações exigidas para a profissão, montante de remuneração, autonomia no local de trabalho, autoridade ou controle sobre outros trabalhadores).

Dessa forma, esse autor³⁴ faz a seguinte alusão ao seguinte exemplo:

Um auxiliar de escriturário do setor bancário recebe um salário baixo, realiza tarefas simplificadas e repetitivas [...] e encontra-se permanentemente sob a ameaça do desemprego. Por que é possível, contudo, em determinadas situações históricas, considerar esse trabalhador como trabalhador de classe média? Porque ele poderá, seja pela percepção social do trabalho que realiza, cercado de objetos e de símbolos típicos do trabalho intelectual, seja pela correlação de forças políticas e pela conjuntura ideológica, conceber

a si próprio como um trabalhador não-manual que merece, enquanto tal, um tratamento social diferenciado, isto é, poderá professar a ideologia meritocrática e, nessa medida, integrar a classe média, como algo que transcende o nível econômico, isto é, que realiza, mas que também transforma aquilo que se encontra apenas potencialmente presente no nível da economia³⁴⁽²³⁵⁾.

Logo, esses limites da classe média são móveis, e, no limite superior, encontram-se trabalhadores mais apegados à ideologia meritocrática e mais resistentes a um processo de transformação socioeconômica igualitária do trabalho³⁴. Dessa forma, no contexto atual do SUS, empiricamente, poder-se-ia apontar algumas categorias profissionais, como médicos e dentistas, nesse limite superior e outras no limite inferior, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Controles de Endemias (ACE) por exemplo.

Nesse sentido, essas aproximações necessitariam de maiores estudos, como o de Morosini³⁶, no qual, a partir da análise da ESF, demonstrou como os ACS são os trabalhadores mais suscetíveis às mudanças de gestão do trabalho, bem como ao cenário de desregulamentação do trabalho no SUS.

Alguns estudos com dados até 2015^{35,37,38} apontaram para o aumento de greves e negociações coletivas, majoritariamente no setor público e de caráter ofensivo (por exemplo, aumento salarial), envolvendo o funcionalismo público da educação e da saúde, com sucesso principalmente nas empresas estatais.

Desde 2015, também se percebem de forma embrionária algumas articulações de diversos atores sociais, sendo os principais protagonistas os trabalhadores do SUS que se organizaram conjuntamente com vários sindicatos de diversas categorias profissionais que atuam no sistema público de saúde, alguns exemplos, como a Rede Nacional de Médicos e Médicas Populares³⁹ (que surgiu em 2015), as ocupações das sedes do ministério da Saúde em quatro estados do País durante o ano de 2016

(conhecidas como OcupaSUS)⁴⁰ e, mais recentemente, o movimento Nenhum Serviço de Saúde a Menos (NSSM)⁴¹ que surgiu em 2017, no município do Rio de Janeiro. Em todas essas articulações, a agenda política reivindicava melhores condições de trabalho no SUS, sendo contrários aos cortes orçamentários na saúde, às medidas privatizantes dos serviços do SUS e à possibilidade de fechamento desses serviços.

Com a Emenda Constitucional 95, de 2016, e a reforma trabalhista, de 2017, também se nota que a conjuntura política e as correlações de força entre a classe trabalhadora e o capital mudaram¹³, assim cabendo perguntar: será que essas articulações e movimentos sociais mais recentes continuarão se somando às lutas sindicais? Será que esse conjunto de atores sociais conseguirão construir uma agenda comum de lutas na saúde pública brasileira ante os diferentes interesses das categorias profissionais de saúde e das divergências político-partidárias existentes?

Uma possibilidade de tentar responder a essas perguntas, segundo Peter Waterman (1998) citado por Estaque, Costa e da Silva²⁸⁽¹³⁸⁾, seria avançar na ideia de construir um 'novo sindicalismo social', comportando

[...] a defesa do trabalho assalariado, não para exigir apenas melhores salários mas um maior controle sobre o processo produtivo, os investimentos, as novas tecnologias, as realocações da produção, a subcontratação e as políticas de educação e formação; ações de luta contra relações e métodos de trabalho hierárquicos, autoritários e tecnocráticos e em favor de práticas sociais e ambientalmente úteis, da redução do horário de trabalho ou da partilha do trabalho doméstico; lutas pela contínua transformação de todas as estruturas e relações sociais; a promoção de distintas articulações e formas de diálogo com outros movimentos e comunidades não sindicalizados (movimentos de igrejas, mulheres, ecológicos, direitos humanos, paz); a promoção da democracia de base e o encorajamento de relações

horizontais diretas tanto entre trabalhadores como entre trabalhadores e outras forças sociais democráticas/populares; etc.²⁸⁽¹³⁸⁾.

Outra perspectiva, seria a constituição de uma frente ampla entre a classe operária e os trabalhadores de classe média, dependendo da situação política e ideológica naquele momento histórico³⁴. No entanto, cabe destacar que, de acordo com a ideia de sindicalismo de classe média, pode-se empiricamente alertar que perante diferentes categorias profissionais da saúde e os diferentes interesses envolvidos, há grande possibilidade de isolamento na luta sindical³⁴, ou seja, qualquer discussão não extrapolar o setor saúde. Já Antunes⁴² argumenta que, na contemporaneidade, a classe trabalhadora deve ser ampla e compreendida como a “classe-que-vive-do-trabalho”, ou seja, o conjunto de trabalhadores assalariados que “vivem da venda da sua força de trabalho e que são despossuídos dos seus meios de produção”⁴²⁽¹⁹⁴⁾, logo, isso colocaria todos os trabalhadores da saúde que se encontrem nessa condição na possibilidade de construção de lutas conjuntas com outros trabalhadores. Por fim, corroborando as análises de Boito Jr. e Marcelino³⁵, ressalta-se que, na atual conjuntura e fase do sindicalismo no Brasil, dever-se-ia atentar mais para a realidade dos conflitos nos locais de trabalho.

Considerações finais

O presente texto analisou os dilemas entre o MRSB e o movimento sindical que contribuíram em parte para a lateralidade da temática do mundo do trabalho na reforma da saúde durante a década de 1980, que culminou com

a criação do SUS e a conquista do direito à saúde com a Constituição de 1988.

No entanto, nota-se que, ante as políticas neoliberais, tanto a constituição do SUS como a consolidação do direito à saúde foram prejudicadas. Em paralelo, percebe-se um recuo do movimento sindical combativo brasileiro para lutas corporativas, com o intuito de evitar perdas de direitos trabalhistas, em consonância com a conjuntura internacional de mudança no mundo do trabalho e da prática sindical em vários países.

Atenta-se para a realidade atual brasileira de congelamento dos gastos públicos na saúde e de reforma trabalhista, que poderá agudizar os problemas crônicos de desregulamentação do trabalho no SUS, além de ameaçar os avanços conquistados com a criação do SUS e de dificultar a efetivação do direito à saúde.

Esse cenário sinaliza imensos desafios para o conjunto de atores sociais que compõem MRSB bem como para o conjunto da classe trabalhadora e da saúde no SUS. Logo, apresenta-se como perspectivas no contexto atual repensar a forma de organização sindical, seja na concepção, como a ideia de ‘novo sindicalismo social’, seja no terreno de ação, com a organização no local de trabalho, visando à conjuntura de intensificação de conflitos no cotidiano dos locais de trabalho. Por fim, reforça-se que essas perspectivas necessitam que as lutas extrapolem as fronteiras do setor saúde se incorporando à agenda de lutas da classe-que-vive-do-trabalho.

Colaborador

Santos RPO (0000-0001-5206-6392)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Santos NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2019 jun 7]; 23(6):1729-1736. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>.
2. Rossi P, Dweck E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2016 [acesso em 2019 jan 10]; 32(12):e00194316. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00194316.pdf>.
3. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2010 [acesso em 2019 jun 7]; 26(5):918-928. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500014>.
4. Teodoro R. A Teoria sanitária e o Momento corporativo: a crítica de um desafio não superado. In: Fleury S, organizadora. *Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 183-219.
5. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: Matta GC, França Lima JC, organizadores. *Estado, sociedade e formação em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; EPSJV; 2008. p. 91-122.
6. Fleury S, organizadora. *Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.
7. Fagnani E. Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964/92. *Econ. Soc.* [internet]. 2016 [acesso em 2019 ago 2]; 6(1):183-38. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ecos/article/view/8643175>.
8. Vêras R. A ousadia da resistência: A luta dos trabalhadores da Ford contra 2800 demissões. *Rev Crítica Ciênc. Soc.* 2002; (62):97-120.
9. Stotz EN. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. *São Paulo Perspec.* 2003; 17(1):25-33.
10. Stotz EN. “O fantasma da classe ausente”: ensaio sobre as bases sociais do Movimento da Reforma Sanitária. Em *Pauta* [internet]. 2019 [acesso em 2019 ago 2]; 17(43):48-59. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/42501>.
11. Lacaz FAC. Reforma Sanitária e saúde do trabalhador. *Saude soc.* 1994; 3(1):41-59.
12. Pina JA, Castro HA, Andreazzi MFA. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2006 [acesso em 2019 ago 2]; 11(3):837-846. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300031>.
13. Krein JD. O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva: consequências da reforma trabalhista. *Tempo Socl.* 2018; 30(1):77-104.
14. Viana ALD, Dal Póz MR. Reforma em Saúde no Brasil: programa saúde da família – informe final. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; 1998. [Série Estudos em Saúde Coletiva].
15. Teodoro R. Dilemas públicos e demandas corporativas: a reforma sanitária e a ação sindical. In: Fleury S, organizadora. *Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 221-246.
16. Lacaz FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2007 [acesso em 2019 ago 2]; 23(4):757-766. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003>.
17. Rossi W, Gerab WJ. Para entender os sindicatos no Brasil: uma visão classista. São Paulo: Expressão Popular; 2009.
18. Batista Júnior F. O SUS e as Transformações do Trabalho em Saúde. In: Braga IF, Velasques MCC, Morosini MVC, et al., organizadores. *O trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016. p. 129-148.

19. Dias N. O mundo do Trabalho: desafios para trabalhadores e gestores da saúde. In: Braga IF, Velasques MCC, Morosini MVC, et al., organizadores. O trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016. 266 p.
20. Pierantoni CR. Recursos humanos e gerência no SUS. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp; 2002. p. 221-56.
21. Machado MH, Oliveira ES, Moyses NMN. Tendências do Mercado do Trabalho em Saúde no Brasil. In: Pierantoni C, Dal Póz MR, França T, organizadores. O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC; 2011. 103-116. (v.1).
22. Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. O Trabalho na Saúde – 1998-2008 [internet]. Boletim Trab. Saúde. 2009 [acesso em 2019 jan 2]; 1(1):1-11. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/estudosetorial/2009/2009pedsetoriai ssaude.pdf>.
23. Girardi S, Carvalho CL, Wan Der Maas L, et.al. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. Divulg. saúde debate. 2010; (45):11-23.
24. Carneiro CCG. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde e suas determinações: um estudo de caso do município do Rio de Janeiro. [dissertação] [internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013. 125 p. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/tes-5583>.
25. Santos RPO. Metas, pra quê te quero? Algumas reflexões sobre os novos modelos de gestão e gerenciamento do trabalho e seus efeitos nos trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. [dissertação] [internet]. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz; 2017. 96 p. [acesso em 2018 out 31]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/22904>.
26. Harvey D. O neoliberalismo: história e implicações. São Paulo: Loyola; 2008.
27. Estanque E, Ferreira AC, organizadores. Relações laborais e sindicalismo em mudança: Portugal, Brasil e o contexto transnacional. Coimbra: Quarteto; 2004.
28. Estanque E, Costa HA, da Silva MC. O futuro do sindicalismo na representação sociopolítica. In: Freire A, organizador. O Futuro da Representação Política Democrática. Lisboa: Nova Vega; 2015. p. 119-142.
29. Silver BJ. Forças do trabalho: movimentos de trabalhadores e globalização desde 1870. São Paulo: Boitempo; 2005.
30. Santana MA, Ramalho JR. Sociologia do trabalho no mundo contemporâneo. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2010.
31. Centro de Estudos Sociais. Dicionário das crises e das alternativas. Coimbra: Almedina; 2012.
32. Costa HA. O sindicalismo ainda conta? Poderes sindicais em debate no contexto europeu. Lua Nova: Rev. Cult. Polít. 2018; (104):259-85.
33. Waterman P. O internacionalismo sindical na era de Seattle. Rev. Crít. Ciênc. Soc. 2002; (62):33-68.
34. Boito Jr. A Estado, política e classes sociais: ensaios teóricos e históricos. São Paulo: Editora Unesp; 2007.
35. Boito Jr. A, Marcelino P. O sindicalismo deixou a crise para trás?: um novo ciclo de greves na década de 2000. Cad. CRH. 2010; 23(59):323-38.
36. Morosini MVGC. Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016: a precarização para além dos vínculos [tese] [internet]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2018. 357 p. [acesso em 2019 ago 2]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33269>.

37. Silva TC, Costa LAR, Oliveira SM. Tendências da ação sindical no Brasil do século XXI Leituras e interpretações à luz do debate sobre o sindicalismo no período 2003-2015. *Rev Ciênc. Trab.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 ago 2]; (8):19-43. Disponível em: <https://rct.dieese.org.br/index.php/rct/article/view/142>.
38. Krein JD, Dias H. Os caminhos do sindicalismo nos anos 2000. *Rev Ciênc. Trab.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 ago 2]; (8):1-17. Disponível em: <https://rct.dieese.org.br/index.php/rct/article/view/141>.
39. Longo I. Médicos populares e o contraponto à mercantilização da saúde [internet]. *Revista Fórum*. 2019 set 8. [acesso em 2019 jan 14]. Disponível em: <https://www.revistaforum.com.br/medicos-populares-e-o-contraponto-a-mercantilizacao-da-saude/>.
40. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Trabalhadores e movimentos ocupam quatro sedes estaduais do MS [internet]. 2016 jun 9. [acesso em 2019 jan 14]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/movimentos-sociais/trabalhadores-e-movimentos-ocupam-quatro-sedes-estaduais-do-ms-e-reforcam-mobilizacao-desta-sexta/18367/>.
41. Central Dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil. Trabalhadoras e trabalhadores da Saúde carioca em greve contra desmonte do SUS por Crivella [internet]. 2017. [acesso em 2019 jan 14]. Disponível em: <https://ctb.org.br/sem-categoria/trabalhadoras-e-trabalhadores-da-saude-carioca-em-greve-contradesmonte-do-sus-por-crivella/>.
42. Antunes RL. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo; 1999. [Coleção Mundo do trabalho].

Recebido em 09/06/2019

Aprovado em 24/08/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Trajетórias e aproximações entre a saúde coletiva e a agroecologia

Trajectories and approaches between collective health and agroecology

Andre Campos Burigo¹, Marcelo Firpo de Souza Porto¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S818

RESUMO O artigo, em forma de ensaio, discute a trajetória da aproximação entre a saúde coletiva e a agroecologia. O texto apresenta uma sistematização da história recente em torno da seguinte questão: desde quando e sob quais condições, contextos e temas os diálogos entre saúde e agroecologia passaram a se fortalecer no Brasil? Ainda que a agroecologia, por sua própria concepção, sempre tenha estado a serviço da promoção da saúde, a aproximação entre os dois campos tem envolvido um longo percurso marcado por diálogos entre movimentos sociais e setores acadêmicos que contribuíram para a construção de políticas públicas que, recentemente, vêm passando por sérias restrições. Além de revisão bibliográfica, análises dos relatórios de Conferências Nacionais de Saúde e de políticas públicas, o artigo se baseia em experiências acadêmicas e militantes dos autores nas diversas entidades, fóruns, redes e movimentos sociais que serviram de espaços de articulações entre a saúde coletiva e a agroecologia. Ao longo do artigo, discute-se o contexto histórico, institucional, político e epistêmico desse diálogo, que tem sido aprofundado somente nos últimos anos. Ao final, discutem-se alguns desafios e questões estratégicas para sua continuidade diante dos graves retrocessos em curso.

PALAVRAS-CHAVE Saúde pública. Agricultura sustentável. Ecologia da nutrição. Agroindústria. Agroquímicos. Sistemas alimentares.

ABSTRACT *The article, which is an essay, discusses the trajectory of the approach between collective health and agroecology. The text presents a systematization of the recent history trying to answer the following question: since when and under what conditions, contexts, and themes did the dialogues between health and agroecology begin to be strengthened in Brazil? Although agroecology, by its very conception, has always been at the service of health promotion, the rapprochement between the two fields has involved a long journey marked by dialogues between social movements and academic sectors that contributed to the construction of public policies which have recently been under serious restrictions. In addition to a bibliographical review, analysis of the National Health Conferences and public policy reports, the article is based on the authors' academic and militant experiences with various entities, forums, networks, and social movements that served as spaces for articulation between collective health and agroecology. The article discusses the historical, institutional, political, and epistemic context of this dialogue, which has only been deepened in recent years, and at the end we discuss some challenges and strategic issues for its continuity in the face of serious setbacks.*

KEYWORDS *Public health. Sustainable agriculture. Nutrition ecology. Agribusiness. Agrochemicals. Food systems.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
andreburigo@gmail.com



Introdução: a estratégica aproximação entre saúde coletiva e a agroecologia

O artigo, em forma de ensaio e sistematização da história recente, discute a trajetória da aproximação entre a saúde coletiva e a agroecologia a partir de uma questão central: desde quando e sob quais condições, contextos e temas os diálogos entre saúde e agroecologia passaram a se fortalecer?

Para responder a essa pergunta, utilizamos como metodologia revisão bibliográfica em periódicos, análise de relatórios de conferências nacionais de saúde e de políticas públicas, um levantamento dos encontros que abordaram a relação entre saúde e agroecologia, além de nos aproveitarmos das experiências acadêmicas e militantes dos autores com diversas entidades, fóruns, redes e movimentos sociais que serviram de espaços de articulações entre a saúde coletiva e a agroecologia. Privilegiamos aquelas políticas públicas, encontros e publicações nas quais as relações entre saúde e agroecologia são ou foram objeto direto de discussão.

Embora não seja objetivo do texto aprofundar as possíveis semelhanças e diferenças, tanto a saúde coletiva como a agroecologia são entendidas seja como campos de conhecimentos e práticas^{1,2}, ou enquanto comunidades epistêmicas³ articuladas a políticas e instituições. Os objetos de produção de conhecimentos e de práticas para as duas comunidades são de grande relevância e inter-relacionados para qualquer sociedade: na saúde coletiva, os processos como as pessoas vivem, adoecem e morrem, atravessados por dimensões sociais, ambientais e políticas; na agroecologia, as questões agrária e agrícola voltadas à produção e à qualidade dos alimentos para a segurança e soberania alimentar, em agroecossistemas sustentáveis em harmonia com os povos que neles vivem e produzem.

A aproximação entre saúde e agroecologia é importante por, pelo menos, duas razões. Primeiro, vivemos um momento de

agravamento das crises democrática, social, sanitária e ecológica não só no País, mas também no conjunto do planeta. Vivemos tempos contraditórios de neoliberalismo e globalização de fluxos financeiros e mercadorias, com o acirramento de disputas geopolíticas internacionais, que conduziram a um sistema agroalimentar indutor do consumo de agrotóxicos e transgênicos⁴ e a uma sindemia de obesidade, desnutrição e mudanças climáticas⁵. As conquistas da reforma sanitária, como a concepção ampliada de saúde, a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e de vários grupos de pesquisa na saúde coletiva, fazem parte dos avanços pós-redemocratização no Brasil que agora se encontram fortemente ameaçados por processos de austeridade, privatização e desregulamentação⁶.

Uma segunda razão diz respeito ao próprio significado da questão agrária e da agroecologia para a saúde coletiva. O País é marcado pela concentração de terras, de poder e de acesso a riquezas naturais, e isso guarda relação estrutural com desigualdades sociais e iniquidades em saúde, como as manifestações da miséria e da fome. Os avanços ocorridos nos últimos anos, ainda que limitados, estão sendo esvaziados⁶. Como veremos, a questão agrária esteve bastante ausente na consolidação da saúde coletiva desde seu início nos anos 1970. Porém, nas últimas décadas, a relação da saúde com a questão agrária e o enfrentamento do agronegócio, principalmente a partir da agenda dos agrotóxicos, vêm crescendo de importância estratégica. Recentemente, ainda, estudos a partir da abordagem de sistemas (agro)alimentares têm trazido luz à integração de análises de grande relevância para a saúde coletiva^{4,7}.

De um lado, tal crescimento se dá por razões sociais, políticas e econômicas, e que inclui o fortalecimento de novos movimentos sociais organizados ligados ao campo. São movimentos que renascem, surgem e se atualizam após o fim do regime militar, inseridos em conflitos simultaneamente de natureza social, territorial e ambiental. Envolvem grupos sociais como camponeses, indígenas, quilombolas e outras

populações tradicionais que vivem em forte conexão com a natureza. Nesse processo de enfrentamento, torna-se cada vez mais clara a importância do agronegócio como base do capitalismo e do neoeextrativismo no Brasil.

O diálogo entre saúde e agroecologia também desperta questões epistemológicas que colocam em xeque paradigmas ainda hegemônicos na saúde coletiva. Por exemplo, a biomedicina, a medicalização e suas influências na concepção e organização do SUS⁸, ou ainda as próprias ciências sociais críticas que influenciaram a teoria da determinação social da saúde ao assumirem uma visão eurocêntrica de transformação social⁹. No Brasil, essa visão reduziu, durante um bom tempo, a relevância de questões como a violência contra negros, indígenas, mulheres e comunidades LGBTI+, já que essas eram vistas como identitárias e não conectadas às dimensões estruturais dos conflitos de classe. Ainda em termos epistemológicos, somente nos últimos 20 anos, a questão ecológica vem sendo atualizada pela saúde coletiva dentro de um enfoque socioambiental crítico¹⁰.

O início da aproximação a partir dos anos 1970 ante os avanços da ‘revolução verde’

O surgimento da saúde coletiva, a partir dos anos 1970, enquanto campo acadêmico e movimento político – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – por democratização da sociedade brasileira e direito à saúde, é contemporâneo da organização do Movimento Agroecológico no Brasil, ainda que naquela época autodenominado de ‘agricultura alternativa’. Este último foi protagonizado tanto por técnicos e pesquisadores das áreas agrárias como também por camponeses e agricultores familiares que, em diferentes regiões do Brasil, passaram a se organizar para resistir e denunciar os impactos da expansão da agricultura

capitalista, com destaque para o trabalho das Comunidades Eclesiais de Base. O I Encontro Brasileiro de Agricultura Alternativa (EBAA), em 1981, e o encontro de experiências pautadas pelo estímulo ao uso de tecnologias e processos alternativos à revolução verde e fundado nas capacidades organizativas locais, que resultou na criação do Projeto Tecnologias Alternativas (PTA), em 1983, são marcos históricos importantes dessa história¹¹.

Disseminado no pós-guerra a partir dos Estados Unidos da América (EUA) e Europa Ocidental, a revolução verde representa a expansão da lógica industrial capitalista dentro da agricultura tendo como motes de sua narrativa o aumento da produtividade agrícola por meio da larga escala das áreas plantadas, da mecanização, da introdução de insumos agroquímicos (fertilizantes e agrotóxicos) e, posteriormente, de biotecnologias, em especial, as sementes transgênicas. Esse modelo de agricultura, conhecido como agronegócio, inseriu o Brasil no mercado global capitalista nas últimas décadas como grande liderança mundial na exportação de *commodities* agrícolas.

O avanço da revolução verde no marco do capitalismo brasileiro aumentou a concentração de terras e o desmatamento, e agravou a crise ecológica, incluindo a degradação de ecossistemas, a redução da biodiversidade e a escassez e/ou poluição do ciclo das águas, além de outros ciclos como os do carbono, fósforo e nitrogênio, os quais estão fortemente associados à agricultura industrial. Gerou também problemas sociais, como as disparidades de renda, o êxodo rural e a consequente expansão das desigualdades socioespaciais nas cidades, assim como a taxa de exploração da força de trabalho, cujo exemplo paradigmático são os trabalhadores do corte da cana de açúcar. Também cresceu a taxa de autoexploração nas propriedades agrícolas menores, com piora da qualidade de vida da população trabalhadora do campo^{12,13}.

Visibilizar e denunciar os impactos dos conflitos territoriais e da contaminação e intoxicação por agrotóxicos, marcas do avanço da revolução verde, têm unido esforços entre os

campos da saúde e da agroecologia, incluindo articulações entre grupos acadêmicos, instituições e movimentos sociais. Entretanto, apesar da consolidação do movimento sanitarista brasileiro, a conquista da Lei nº 7.802/1989 – hoje defendida conjuntamente pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e pela Associação Brasileira de Agroecologia (ABA-Agroecologia)¹⁴ –, também conhecida como Lei dos Agrotóxicos, foi resultado de uma luta protagonizada basicamente por organizações da agricultura alternativa na década de 1980. Nesse caso, a unidade política foi construída sobretudo entre certos movimentos ambientalistas e entidades profissionais de agrônomos, assim como para a Associação Gaúcha de Proteção ao Ambiente Natural (Agapan), Organização Não governamental (ONG) com papel destacado na conquista da Lei de Agrotóxicos do Rio Grande do Sul¹⁵.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, reuniu pela primeira vez em uma CNS representantes de vários segmentos da sociedade civil organizada. O relatório dessa Conferência define a saúde como um direito de todos e dever do Estado, a necessidade de criar um SUS, estabelece os princípios e diretrizes para esse sistema e cria o conceito ampliado de saúde.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. [...] A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas¹⁶⁽⁴⁾.

A VIII CNS teve como desdobramento prático a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), por meio de uma Portaria dos Ministérios da Educação, Saúde e Previdência que, segundo Campos¹⁷⁽¹⁸³⁾, viria

a se constituir em um dos principais instrumentos do “partido sanitário da ordem”, por conta de sua composição. Esta incluía um forte componente governamental, de representantes patronais e corporativos, incluindo prestadores de serviço e profissionais de saúde. Apenas três centrais sindicais de trabalhadores e uma representação dos chamados ‘usuários’ contrabalançavam essa tendência ‘da ordem’.

Interessa-nos aqui chamar a atenção para a presença da Confederação Nacional de Trabalhadores na Agricultura (Contag) e da Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil (CNA) nessa Comissão, o que indica a presença de lutas relacionadas com o campo. Por outro lado, em pesquisa realizada nos termos definidos como localizadores para o acesso aos arquivos do acervo documental do I Plano Nacional de Reforma Agrária da Nova República (1985), percebeu-se que não há, entre os 659 termos, registro das palavras ‘saúde’ ou ‘movimento sanitário’. Isso indica a relativa ausência da saúde nas lutas pela reforma agrária, e vice-versa.

O projeto de sistema de saúde para a população brasileira resultante da VIII CNS foi defendido na constituinte de 1988 e, em parte, aprovado. Passados dois anos, os artigos da Constituição Federal referentes especificamente à saúde (arts. 196 a 200) foram regulamentados pelas Leis Orgânicas da Saúde. Importante conquista do movimento sanitário é a noção de saúde como produção social. Porém, ‘o acesso e posse de terra’ não estão mais incluídos no conceito de saúde reconhecido pelo Estado brasileiro (Lei nº 8.080/90, art. 3º)¹⁸.

A XIX CNS¹⁹ realiza-se em 1992, em momento de resistência à agenda neoliberal que se contrapunha à efetivação da Constituição de 1988, e representa a reafirmação do projeto político da reforma sanitária brasileira, que contempla a necessidade da realização da reforma agrária no País.

A X CNS²⁰, realizada em 1996 com o lema ‘SUS – construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida’, apontou avanços conceituais importantes. Pela primeira

vez, defendeu uma “nova política agrária e desenvolvimento agrícola”, que incluía “o estímulo à agroecologia, ao comprometimento com o desenvolvimento sustentável e ao respeito aos ecossistemas”²⁰⁽¹⁶⁾. O relatório aborda ainda os diferentes impactos dos agrotóxicos e a importância de serviços de vigilância em saúde do trabalhador e de fiscalização serem incluídos nos serviços de saúde. Por fim, o documento aprovou que deveriam ser incorporadas no SUS “práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, em todo o país, contemplando as terapias alternativas e práticas populares”²⁰⁽⁶⁴⁾. No relatório da XI CNS²¹, realizada em 2000, reafirma-se a necessidade de mudanças efetivas nas políticas agrária e agrícola, por meio de uma reforma agrária com sustentabilidade, substituindo o modelo agrícola que utiliza agroquímicos de forma excessiva. Assim como a importância que o SUS chegue até os povos indígenas e populações rurais e ribeirinhas.

A área de alimentação e nutrição tem contribuição fundamental na aproximação entre saúde e agroecologia, muito em função das relações entre produção de conhecimento, políticas públicas e luta contra a fome que, desde a década de 1970, articulam os temas de nutrição, agricultura e alimentação. Cabe reconhecer o sanitarista Josué de Castro como o precursor dessa história, e que, até a recriação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), em 2003, as políticas de alimentação e nutrição, desde meados do século XX, estavam ancoradas no Ministério da Saúde²².

Desdobramentos de lutas em defesa da reforma agrária e por ética na política, ações da sociedade civil articuladas em torno da Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida exerceram forte pressão na década de 1990 sobre o governo Itamar Franco e influenciaram na criação do Consea e na realização da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar do País em 1994. Logo no início do Governo Fernando Henrique Cardoso, o Consea é extinto, e o *locus* da política pública de alimentação continua a ser o Ministério

da Saúde. Em 1999, no contexto de reconhecimento internacional e nacional da chamada dupla carga da má nutrição, é criada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)²³.

A intensificação dos diálogos nas últimas duas décadas

Nos últimos 20 anos, há um avanço importante nos diálogos, até então episódicos, entre saúde e agroecologia. Sem pretendermos esgotar todos os componentes desses diálogos, destacamos seis processos que, de forma complexa e por vezes contraditória, retroalimentaram-se e contribuíram para esses avanços. Em cada um deles, apresentamos uma seleção de elementos que marcam a aproximação entre saúde e agroecologia a partir da virada do milênio.

O avanço do campo agroecológico

Avanços importantes do campo agroecológico ocorreram com a criação da Articulação Nacional de Agroecologia – ANA (2002) e da ABA-Agroecologia (2004) como organizações nacionais, assim como a crescente incorporação do enfoque agroecológico por movimentos sociais, sindicatos rurais e instituições públicas que atuam em diferentes escalas territoriais. Para exemplificar a complexidade e a amplitude do Movimento Agroecológico, a Articulação do Semiárido (ASA) reúne mais de 1.200 organizações que construíram mais de 1 milhão de cisternas de placas para captar água de chuva para consumo humano²⁴. Citamos, ainda, a publicação do marco referencial em agroecologia da Embrapa²⁵ e o fato de dezenas de instituições, a maioria pública, desenvolverem cursos de graduação e pós-graduação *lato senso* e *stricto sensu* em agroecologia²⁶.

A evolução da internalização do paradigma agroecológico por movimentos sociais camponeses vai resultar na reivindicação apresentada pelas mulheres do campo e da floresta durante

a IV Marcha das Margaridas (2011) que culminou na conquista da Política Nacional de Agroecologia de Produção Orgânica (PNAPO, 2012)²⁷. Assim como o Encontro Nacional Unitário de trabalhadores e trabalhadoras, povos do campo, das águas e das florestas (2012) – ‘Por Terra, Território e Dignidade!’ – declara o compromisso com um projeto de sociedade de base agroecológica:

a agroecologia como base para a sustentabilidade e organização social e produtiva da agricultura familiar e camponesa, em oposição ao modelo do agronegócio. A agroecologia é um modo de produzir e se relacionar na agricultura, que preserva a biodiversidade, os ecossistemas e o patrimônio genético, que produz alimentos saudáveis, livre de transgênicos e agrotóxicos, que valoriza saberes e culturas dos povos do campo, das águas e das florestas e defende a vida²⁸⁽³⁾.

A complexificação da sociedade e a criação de fóruns e redes

O segundo elemento foi a complexificação da sociedade civil, expresso na criação de Fóruns e Redes, como a Rede Brasileira de Justiça Ambiental (RBJA), criada em 2001, e o Fórum Brasileiro de Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (FBSSAN) em 1998. Este articula pesquisadores críticos de diferentes áreas e setores, ONG e movimentos sociais em torno de lutas que envolvem dois conceitos centrais: Segurança e Soberania Alimentar e Nutricional (SAN) e de Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). O Fórum passou a atuar em diálogo com a ANA e com a Abrasco, protagonizando ações por normas sanitárias mais justas e contextualizadas a realidade da agricultura familiar e de povos e comunidades tradicionais²⁹.

O movimento por justiça ambiental no Brasil busca integrar a “dimensão ambiental com as do direito e da democracia através de ações transformadoras”³⁰⁽³³⁾ e se constituiu

enquanto articulação solidária entre movimentos sociais, organizações ambientalistas, ONG, associações de moradores, sindicatos, pesquisadores universitários e núcleos de instituições de pesquisa e ensino³⁰. O desenvolvimento da ecologia política, suporte conceitual do movimento por justiça ambiental, seria incorporado progressivamente aos campos da saúde coletiva e da agroecologia na crítica dos modelos de desenvolvimento e da ideia de desenvolvimentismo ou neoextrativismo^{31,32}.

Também destacamos a criação do setor Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e de seu Coletivo Nacional, a partir de 1998, que vai protagonizar um conjunto de ações comprometidas com um projeto de saúde na reforma agrária e provocar vários grupos da saúde coletiva a contribuir e assumir as pautas relacionadas com a questão agrária.

A consolidação de áreas temáticas dentro do campo da saúde coletiva

O terceiro elemento foi o processo de consolidação de áreas temáticas dentro do campo da saúde coletiva, como a de ‘saúde e ambiente’ com a incorporação de referenciais teóricos e metodológicos que fornecem maior centralidade às dinâmicas territoriais e articulações com movimentos sociais^{10,33}. Por exemplo, em 2007, uma seção debate da revista *Ciência & Saúde Coletiva* tem como artigo provocador ‘Neoliberalismo, uso de agrotóxicos e a crise da soberania alimentar no Brasil’³⁴. No contexto da economia neoliberal e globalizada, o Brasil já vinha se afirmando como um grande exportador de *commodities* agrícolas. A expansão do agronegócio em torno da soja, da cana-de-açúcar, do milho e do algodão, com a incorporação de sementes transgênicas, intensificou o consumo de agrotóxicos e diversos impactos socioambientais. Talvez esse seja o primeiro debate acadêmico no campo da saúde coletiva sobre questão agrária e saúde, em que reflexões sobre agroecologia são apresentadas por vários autores.

A era do PT no governo federal

O quarto elemento são os governos liderados pelo Partido dos Trabalhadores (PT). Logo no início do governo Lula, destacamos a estratégia Fome Zero que envolveu a criação do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, a criação do Programa de Aquisição de Alimentos, o fortalecimento do Programa Nacional de Alimentação Escolar e a recriação do Consea. A partir daí, várias políticas públicas, eventos e processos fortaleceram a aproximação entre saúde e agroecologia, inclusive, contraditória e dialeticamente, o estímulo ao agronegócio e o aumento do consumo de agrotóxicos no País.

A Campanha Contra Agrotóxicos e o Encontro Nacional Diálogos e Convergências

O quinto elemento, considerado estratégico, foram os aprendizados políticos, teóricos e metodológicos na Campanha Permanente contra os Agrotóxicos e pela Vida, e no Encontro Nacional Diálogos e Convergências. A partir deles, vários processos e eventos são disparados que intensificam a aproximação entre saúde e agroecologia.

Publicações e encontros nacionais e internacionais sobre saúde e agroecologia

Destacamos como sexto elemento a emergência na década atual de publicação de artigos em revistas da saúde coletiva que trazem para o centro das reflexões as contribuições da agroecologia para a promoção da saúde: criação de ambientes saudáveis, produção de alimentos saudáveis, fortalecimento da intersetorialidade, empoderamento local e mobilização comunitária³⁵⁻³⁷. A Agroecologia é reconhecida em si como “estratégia intersetorial de promoção da saúde, de sustentabilidade e de segurança alimentar e nutricional”³⁶, cuja aproximação com o setor saúde pode vir a enriquecer a discussão e a concepção de políticas públicas³⁵.

Da mesma forma, internacionalmente, surgem esforços para aprofundar essas conexões. Propõem-se agendas de pesquisa integrativas entre a agricultura, a ecologia e as ciências da saúde humana para “expandir a vanguarda da pesquisa agroecológica e ampliar sua base de partes interessadas”³⁸, bem como abordem os desafios complexos atuais e que contribuam com a transição para a sustentabilidade global do sistema alimentar³⁹. Outra publicação foi o informe oficial do relator da Organização das Nações Unidas (ONU) para o Direito Humano à Alimentação (2008-2014) à Assembleia Geral da ONU. Nele, apresenta-se um quadro de crise alimentar, ecológica e energética relacionada com o modelo de agricultura dominante no mundo, sendo a agroecologia defendida como um modelo de desenvolvimento agrícola viável e necessário⁴⁰.

O I Encontro Diálogos e Convergências: Saúde e Agroecologia, organizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), ABA-Agroecologia, ANA e o Fórum de Comunidades Tradicionais de Angra dos Reis, Paraty e Ubatuba, realizado no Quilombo do Campinho da Independência, em 2018, representa um marco histórico de reconhecimento da agroecologia como uma agenda estratégica para a Instituição.

A realização de eventos Internacionais, como dois Simpósios Internacionais sobre Agroecologia (2014 e 2018), organizados pela ONU para a Alimentação e a Agricultura (FAO), em Roma, e a III Conferência Internacional Agricultura e Alimentação em uma Sociedade Urbanizada (2018), no Brasil, têm no centro das reflexões a necessidade de mudanças no sistema alimentar global e de aumentar a escala da agroecologia para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)^{41,42}.

Nos próximos parágrafos desse item, apresentaremos, em ordem cronológica, uma síntese de eventos e fatos marcantes que dão concretude aos seis processos apontados anteriormente.

A realização da II Conferência Nacional de SAN (2004) estabeleceu as bases para se instituir um Sistema Nacional que resulta na Lei Orgânica de SAN (2006). As conexões entre saúde e agroecologia foram fortalecidas nesse

processo mediadas pelo direito humano à alimentação, que, em 2010, passa a ser reconhecido na Constituição Federal entre os direitos sociais fundamentais. O Guia Alimentar para a População Brasileira⁴³ recomenda o consumo de produtos orgânicos. Conceitua agroecologia enquanto uma variação da agricultura orgânica, cuja preferência se deve ao menor impacto ambiental e ao 'provável' menor risco à saúde humana.

Também em 2006, foram criadas duas políticas públicas: a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) e a de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). A PNPMF envolve ações intersectoriais como o acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, uso sustentável da biodiversidade e o desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde, e estaria articulada a outras ações do Estado para a superação da pobreza. Para tanto, estimulava-se a criação e o fortalecimento de cadeias e arranjos produtivos, com valorização da agricultura familiar agroecológica e o estímulo à pesquisa em agroecologia⁴⁴. A PNPIC defende 'as boas práticas de cultivo orgânico' de plantas medicinais e estimula a oferta *in natura* por meio da criação de hortas e hortos comunitários nos órgãos públicos⁴⁵. Contudo, limita aos profissionais de saúde receitar seu uso. Há, também, experiências que estimulam a troca de saberes e práticas populares, comunitários e tradicionais com os serviços de Atenção Primária à Saúde, incluindo diálogos com a agricultura familiar⁴⁶.

Em 2008, é aprovada no Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), que só viria a ser instituída no SUS em 2011. Essa Política é resultado do trabalho do Grupo da Terra, criado em 2004, que reunia representantes de movimentos sociais do campo, da floresta e das águas e das secretarias e órgãos ligados ao Ministério da Saúde, e que teve por objetivo viabilizar o diálogo sobre as pautas desses movimentos, além de criar e monitorar a Política⁴⁷. O texto da PNSIPCFA enfatiza a importância de uma

Política de Saúde centrada nos territórios, mas não faz qualquer referência à 'agroecologia'. A hipótese que levantamos sobre isso é que, na época da aprovação da Política, em 2008, os movimentos sociais ainda estavam em processo de reflexões sobre a agenda da agroecologia. Entretanto, a existência do Grupo da Terra viabilizou a execução de projetos reivindicados por movimentos, e algumas experiências dos diálogos entre saúde e agroecologia foram desenvolvidos. Possivelmente, essa ausência de uma integração com a perspectiva agroecológica vai ter consequências nos diferentes debates e estudos sobre saúde e reforma agrária e sobre saúde dos povos do campo, floresta e águas que, mesmo publicados mais recentemente, não apresentam ou aprofundam reflexões entre saúde e agroecologia.

Há poucos textos disponíveis que relacionam saúde e agroecologia no início dos anos 2000. Leroy⁴⁸, em debate sobre as relações entre agricultura e saúde, problematizava o conceito de doenças negligenciadas relacionadas com as populações rurais e da periferia urbana, questionando que essas populações, em boa parte 'invisíveis', eram vistas enquanto problema, e não como 'populações potencialmente produtoras' que poderiam contribuir para o avanço do País. A agricultura familiar e os assentamentos rurais, se concebidos de forma sustentável, argumentava o autor, possuem papel insubstituível na sustentabilidade, proteção e produção de biodiversidade e das águas, e na promoção da segurança alimentar e nutricional.

Azevedo desenvolve estudo pioneiro ao trabalhar as conexões entre produção e consumo de alimentos, e os conceitos de saúde social, ambiental e humana. A autora utiliza os sistemas agroalimentares para analisar e questionar as implicações do agronegócio e abre um debate sobre os benefícios de alimentos orgânicos⁴⁹.

Em 2007, as revistas de agroecologia que fazem parte da Rede Leisa lançam números temáticos de saúde contemplando alimentação saudável, medicina popular, impactos dos agrotóxicos e a importância da água para a saúde^{50,51}. Foi dada visibilidade a experiências

em redes como a Articulação Pacari, uma rede de mulheres que protegem o cerrado por meio dos conhecimentos de plantas e raízes, e a Rede Fitovida, uma articulação de conhecimentos e práticas em cuidados populares em saúde do Rio de Janeiro. Atuação em rede, solidariedade, autonomia, fortalecimento comunitário e protagonismo de mulheres estão entre as características que atuam em processos de cura, de prevenção e promoção da saúde⁵⁰.

Também em 2007, ao analisar as consequências do avanço do agronegócio, Miranda e colaboradores³⁴ apresentavam como questão central mais imediata para a saúde pública os impactos dos agrotóxicos, e como questão geral a crise de soberania alimentar no Brasil. Outros artigos do mesmo número apontam a necessidade de rever o modelo de agricultura e apontam a transição agroecológica^{52,53}.

Em 2008, o Brasil supera os EUA e se torna o maior mercado de agrotóxicos do mundo⁴. Como resposta, movimentos sociais do campo organizam, em 2010, um Seminário Nacional que reúne representantes de diversas organizações da sociedade civil, acadêmicos de diferentes áreas do conhecimento, incluindo a saúde coletiva, para avaliar a situação dos impactos dos agrotóxicos que resultou na criação da Campanha Permanente Contra os Agrotóxicos e Pela Vida. Fica evidente, desde o início, que as lutas contra o uso indiscriminado de agrotóxicos no Brasil devem ser acompanhadas de esforços para o avanço de outro paradigma de agricultura: a agroecologia. A Campanha articula dezenas de organizações e busca o fortalecimento de atuação em Rede desses diferentes atores sociais. Para o campo da saúde, representou, ao mesmo tempo, um chamado para organizar a atuação, assim como um campo de estudo, formação e aproximação do campo agroecológico³³.

No mesmo período, mais especificamente entre 2009 e 2011, é construído o Encontro Nacional de Diálogos e Convergências: Agroecologia, Saúde e Justiça Ambiental, Soberania Alimentar, Economia Solidária e Feminismo (ENDC) que tem sua culminância

em 2011. O ENDC é convocado pela ANA, ABA-Agroecologia, FBSSAN, Fórum Brasileiro de Economia Solidária (FBES); RBJA, Rede Alerta contra o Deserto Verde; Marcha Mundial das Mulheres, Articulação de Mulheres Brasileiras e Abrasco⁵⁴.

O ENDC foi disparado pela ANA, a partir de uma reflexão interna sobre as disputas territoriais que o conjunto de redes locais que faziam parte do Movimento Agroecológico – experiências e territórios da agricultura familiar, camponesa e dos povos indígenas e demais povos e comunidades tradicionais – enfrentavam com projetos de desenvolvimento hegemônico. Reconhecia-se o avanço de um conjunto de experiências agroecológicas nos últimos 20 ou 30 anos, ao mesmo tempo que se constatava que elas permaneciam na invisibilidade “para a grande maioria da população e para os governos”¹¹⁽⁷⁸⁾.

O agronegócio e grandes projetos de mineração que se expandem nos territórios procuram se associar às noções de progresso e desenvolvimento, esforçando-se para ocultar os impactos negativos e para invisibilizar ou desqualificar a agricultura familiar e as experiências em agroecologia em curso nos territórios¹¹⁽⁷⁸⁾.

A ANA convida as demais organizações a assumiram o ENDC para uma construção compartilhada de vivências e exercício do diálogo entre si, a partir de territórios encontrar as convergências de ações, reconhecendo-se um conhecimento muito heterogêneo entre os diferentes campos. A metodologia de construção do ENDC expressou-se de várias formas: no esforço pedagógico de exercitar a escuta e o diálogo horizontal na busca que valoriza a unidade na diversidade; na pedagogia do território, com reflexões ancoradas nas experiências práticas e na organização de caravanas territoriais; no exercício das denúncias e resistências articuladas à construção ou ao anúncio das alternativas; na confiança e na paciência de sistematizar os temas estratégicos

durante dois anos de diálogos; na valorização da comunicação e da cultura popular como elementos estratégicos⁵⁴.

Dos aprendizados políticos, teóricos e metodológicos da Campanha e do ENDC, considerados aqui o quinto elemento, decorrem vários processos e eventos: é disparado na Abrasco o processo de elaboração do ‘Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde’, lançado em 2012 e no formato de livro, revisado e ampliado em 2015⁴; é organizada a participação da Abrasco no III e IV ENAs (2014, 2018); constrói-se o II Simpósio Brasileiro de Saúde e Ambiente – Sibsas (2014) incorporando aprendizados do ENDC; realiza-se a Jornada Nacional de Saúde e Ambiente (2015), em que se avalia o II Sibsas nos movimentos sociais e se formula a ideia-força de Sibsas em Movimento, que resulta em duas Caravanas Territoriais organizadas com o campo agroecológico em bacias hidrográficas distintas: na bacia do Rio Doce, em abril de 2016, meses após a tragédia-crime de rompimento da barragem do Fundão; e na bacia do médio São Francisco em 2017³³.

A PNAPO, criada em 2012, é uma política pública que articula agroecologia e saúde de várias formas. Tem por objetivo “integrar, articular e adequar as diversas políticas, programas e ações desenvolvidas no âmbito do governo federal, que visam induzir a transição agroecológica e fomentar a produção orgânica e de base agroecológica”²⁷⁽¹¹⁾, reunindo os diferentes órgãos do governo federal, o que inclui o setor saúde, no diálogo permanente com a sociedade civil.

Apesar dos avanços, houve um aumento da tensão entre duas tendências contraditórias ocorridas nos governos do PT. De um lado, a evolução da incorporação do paradigma agroecológico por um conjunto de organizações da sociedade brasileira que resultaram em conquistas de políticas públicas e reconhecimento de ações que promoveram a agricultura familiar agroecológica e a segurança alimentar e nutricional. De outro, o reforço das formas convencionais de produção agropecuária pelo

Estado via agronegócio levou os ideólogos da modernização a exaltar o Brasil como uma das grandes potências agrícolas do mundo⁵⁵.

Tal contradição está presente na 2ª edição do ‘Guia Alimentar para a População Brasileira’⁵⁶ que adverte para o avanço de sistemas alimentares baseados em monoculturas fornecedoras de matérias-primas para a produção de alimentos industriais ultraprocessados, com uso intensivo de agroquímicos e sementes transgênicas, e a manutenção da dupla carga nutricional. Por um lado, a manutenção da fome, por outro, o avanço rápido e cada vez mais precoce da obesidade como importante fator de risco associado com morbidades que se manifestam em altas taxas de mortalidade e morbidades por Doenças Crônicas Não Transmissíveis, como diabetes, hipertensão, alguns tipos de câncer e doenças cardiovasculares. Por meio do Guia, o Ministério da Saúde defende o incentivo à agricultura familiar, orgânica e agroecológica como estratégia de promoção da saúde da população, apontando como uma necessidade para a garantia ao direito à alimentação a transição para sistemas alimentares agroecológicos.

Apesar das contradições, a implantação da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA) nas 27 unidades da federação, sob coordenação do Ministério da Saúde, é um dos resultados do primeiro Plano Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (2013-2015). A VSPEA reconhece a Agroecologia como tema emergente e assume o estímulo à agroecologia como ações de promoção da saúde⁵⁷.

Considerações inacabadas: desafios entre retrocessos, resistências e agendas para outro futuro possível

Ao longo do artigo, buscamos apresentar diversos processos e contextos que marcaram o fortalecimento do diálogo entre

saúde coletiva e agroecologia. Nos anos 1990, em um contexto de neoliberalismo e tensões políticas, reafirmam-se as lutas por reforma agrária e ações de combate à fome e por uma agenda de SAN.

Na virada do milênio, houve uma intensificação nos diálogos entre a saúde e a agroecologia. Desde a X CNS (1996), o debate sobre a agroecologia estava presente em espaços da saúde pública, mas, somente a partir dos anos 2000, começaram a ser publicados os primeiros trabalhos acadêmicos na saúde coletiva, bem como foi sendo construído um conjunto de políticas públicas (inter)setoriais de integração da pauta agroecológica ao SUS.

Os processos de formulação e implementação dessas políticas, em âmbito federal, estadual e municipal, envolveram muitos atores sociais e produziram um conjunto rico e complexo de experiências que merecem maior dedicação por parte da saúde coletiva. Como Leroy⁴⁵ nos alertou, as populações que desenvolvem essas experiências precisam ser visibilizadas por um olhar apropriado e solidário: as saídas para a encruzilhada civilizatória de nosso tempo histórico do capitalismo estão sendo construídas em grande parte nesses territórios.

Um aspecto político importante para a intensificação dos diálogos foi a própria eleição de Lula e dos governos do PT, com o fortalecimento da participação social em um conjunto de iniciativas e políticas públicas formuladas e executadas nesse período referentes ao direito à saúde e à alimentação, assim como expansão das instituições públicas de pesquisa, ensino e extensão dedicadas ao tema. Paradoxalmente, o avanço hegemônico do projeto do agronegócio impulsionado pelas ideologias desenvolvimentistas ou neoextrativistas trouxe um conjunto de impactos estruturais na sociedade brasileira, cujas contradições influenciaram a ruptura democrática que culminou no *impeachment* da presidenta Dilma em 2016. A bancada ruralista teve papel decisivo nesse processo e posteriormente associou-se aos grupos políticos que culminaram com a

eleição do atual governo apoiado por grupos de extrema-direita e militares.

Há, portanto, a necessidade de se compreender melhor o papel do agronegócio e das corporações associadas ao processo político e ideológico em curso no País que vem quebrando direitos, fragilizando instituições democráticas e promovendo rapidamente graves retrocessos nas políticas sociais e ambientais. O momento atual é de aprofundamento das crises social, econômica, ambiental e ética, e isso exige de todos, intelectuais e ativistas, ampliar capacidades de interpretar a realidade e propor ações de resistência. O aprofundamento da questão agrária brasileira, da necessidade da defesa dos territórios de povos e comunidades tradicionais e da realização da reforma agrária no Brasil são fundamentais para o avanço da agroecologia e o fortalecimento da saúde coletiva.

As organizações de povos do campo, da floresta e das águas, assim como muitas entidades que constroem experiências de agricultura urbana no País, estão comprometidas com um projeto de sociedade de base agroecológica. Consideramos estratégico dar continuidade aos diálogos e convergências de ações intersetoriais, interinstitucionais e de fortalecimento da participação social que vieram em um crescente, principalmente desde 2011, na construção e defesa da saúde coletiva, incluindo suas instituições de pesquisa e o SUS, e da agroecologia. Reconhecer as condições e experiências que fortaleceram o diálogo entre saúde e agroecologia pode nos inspirar a pensar em estratégias para a manutenção e o avanço dessa articulação em tempos difíceis.

É importante que a produção do conhecimento na saúde coletiva siga contribuindo para revelar os impactos na saúde do agronegócio, bem como aprofunde as contribuições entre saúde e agroecologia e caminhos coerentes do SUS nesse sentido. O conceito de sistemas (agro)alimentares tem tido centralidade e possibilita justamente

uma visão integradora da realidade⁵⁵.

Em agosto de 2019, aconteceu a XVI CNS, que retomou a memória da VIII CNS e a centralidade do tema ‘Saúde e Democracia’. Defendemos as aproximações entre os movimentos sanitário e agroecológico como caminho fértil com espaços para que diversas áreas e profissionais da saúde coletiva e agroecologistas possam se engajar em uma agenda emancipatória de trabalho que contribua para outros futuros possíveis.

Colaboradores

Burigo AC (0000-0002-1640-6289)* elaborou versões preliminares do artigo, contribuiu para a concepção, delineamento do estudo, aquisição, análise e interpretação dos dados do trabalho. Porto MFS (0000-0002-9007-0584)* atuou na revisão crítica, contribuiu para a concepção, delineamento do estudo, aquisição, análise e interpretação dos dados do trabalho. ■

Referências

1. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2000; 5(2):219-250.
2. Wezel A, Bellon S, Doré T, et al. Agroecology as a science, a movement and a practice. *Agron. Sust. Develop.* 2009; (29):503.
3. Haas PM. Introduction: Epistemic communities and international policy coordination. *Internat. Organ.* 1992; 46(1):1-35.
4. Carneiro FF, Augusto LGS, Rigotto RM, et al. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro; São Paulo: EPSJV; Expressão Popular: 2015.
5. Swinburn BA, KraakVI, Allender S, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The Lancet.* 2019; 393(10173):791-846.
6. Oniec K, Dall'alba R, King L. Brazil's health catastrophe in the making. *The Lancet*, 2018; 392(10149):731-732
7. International Panel of Experts on Sustainable Food Systems. Unravelling the Food–Health Nexus: Addressing practices, political economy, and power relations to build healthier food systems. Bruxelas: IPES-Food; 2017.
8. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*, 2007; 17(1):43-62.
9. Borde E, Hernandez-Alvarez M, Porto MFP. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- de coletiva latino-americana. *Saúde debate*. 2015; 39(106):841-854.
10. Porto MFS, Rocha DF, Finamore R. Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(10):4071-4080.
 11. Monteiro D, Londres F. Pra que a vida nos dê Flor e Frutos – notas sobre a trajetória do Movimento Agroecológico no Brasil. In: Sambuichi RHR, Moura IF, Mattos LM, et al., organizadores. *A política nacional de agroecologia e produção orgânica no Brasil: uma trajetória de luta pelo desenvolvimento rural sustentável*. Brasília, DF: Ipea; 2017. p. 53-86.
 12. Palmeira M. Modernização, Estado e questão agrária. *Rev Estud. Avançados*, 1989; 3(7):87-108.
 13. Alessi NP, Navarro VL. Saúde e trabalho rural: o caso dos trabalhadores da cultura canavieira na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 1997; 13(supl2):111-21.
 14. Associação Brasileira de Saúde Coletiva; Associação Brasileira de Agroecologia. Dossiê Científico e Técnico contra o Projeto de Lei do Veneno (PL 6.299/2002) e a favor do Projeto de Lei que institui a Política Nacional de Redução de Agrotóxicos – PNARA [internet]. 2018. [acesso em 2018 dez 12]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/movimentos-sociais/abrasco-lanca-dossie-contra-o-pacote-do-veneno/35812/>.
 15. Franco CR, Pelaez V. A (des)construção da agenda política de controle dos agrotóxicos no Brasil. *Rev. Amb. Soc.* 2016; 19(3):215-232.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 8. Relatório Final. Brasília, DF: 1986.
 17. Campos GWS. A reforma sanitária necessária. In: Berlinguer G, Teixeira SMF, Campos GWS, organizadores. *Reforma Sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec; Cebes; 1988. p. 179-194.
 18. Brasil. Lei nº 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*. 20 de Set 1990.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde 9. Relatório Final. Brasília, DF: MS; 1992.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde 10. Relatório Final. Brasília, DF: MS; 1996.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde 11. Relatório Final. Brasília, DF: MS; 2000.
 22. Castro AM. A Trajetória do Combate à Fome no Brasil. In: Aranha A, organizadora. *Fome Zero: uma história brasileira*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2010. p. 18-25. (vol 1).
 23. Brasil. Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Setor Saúde. Informe Técnico Operacional. Ministério da Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(1):104-108.
 24. Souza M. Programa Uma Terra e Duas Águas (P1+2): uma iniciativa inovadora para o enfrentamento da pobreza rural. *Rev. Agricult. Exp. em agroecol*. 2014; 11(2):12-15.
 25. Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária. *Marco referencial em agroecologia*. Embrapa. Brasília, DF: Embrapa; 2006.
 26. Massukado LM, Balla JV. Panorama dos cursos e da pesquisa em agroecologia no Brasil. *Rev. Eletrôn. Jornalismo Cient [internet]*. 2016 [acesso 2019 abril 10]; (182):1-6. Disponível em: <http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=127&id=1548>.
 27. Sambuichi RHR, Moura IF, Mattos LM, et al. Introdução. In: Sambuichi RHR, Moura IF, Mattos LM, et al. *A política nacional de agroecologia e produção orgânica no Brasil: uma trajetória de luta pelo desenvolvimento rural sustentável*. Brasília, DF: Ipea; 2017.

28. Anais do 28º Encontro Nacional Unitário de trabalhadores e trabalhadoras, povos do campo, das águas e das florestas; 20-22 Ago. 2012. Brasília, DF; 2012.
29. Dias J, Chiffolleau M, Cintrão RP, et al. Por normas sanitárias mais justas e inclusivas – em defesa da Comida como Patrimônio e da Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. *Rev. Agri. Exp. Agroecol.* 2018; 14(2):33-39.
30. Porto MFS. Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: Um ensaio de epistemologia política. *Rev. Crítica Ciênc. Soc.* 2011; 93:31-58.
31. Porto MFS. Uma Ecologia Política dos Riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
32. Collado AC, Gallar D, Candon J. Agroecología Política: la transición social hacia Sistemas Agroalimentarios Sustentables. *Rev. Econ. Crítica.* 2013; (16):244-277.
33. Tambellini AT, Burigo AC, Miranda AC, et al. Histórias e desafios na construção coletiva de uma ciência engajada para a transformação social. In: Rigotto RM, Aguiar ACP, Ribeiro LAD, organizadores. *Tramas para a justiça ambiental: diálogo de saberes e práxis emancipatórias.* Fortaleza: Edições UFC; 2018. p. 303-344.
34. Miranda AC, Moreira JC, Carvalho R, et al. Neoliberalismo, uso de agrotóxicos e a crise da soberania alimentar no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; 12(1):7-14.
35. Azevedo E, Pelicioni MCF. Agroecologia e promoção da saúde no Brasil. *Rev. Panam. Salud. Pública.* 2012; 31(4):290-295.
36. Azevedo E, Pelicioni MCF. Promoção da Saúde, Sustentabilidade e Agroecologia: uma discussão intersectorial. *Saúde Soc.* 2011 [acesso em 2020 fev 21]; 20(3):715-729. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300016.
37. Navolar TS, Rigon AS, Philippi JMS. Diálogo entre Agroecologia e Promoção da Saúde. *RBPS.* 2010; 23(1):69-79.
38. O'Rourke ME, De Longe MS, Salvador R. Insights from agroecology and a critical next step: integrating human health. *Agroecol. Sust. Food Syst.* 2017 [acesso em 2020 fev 21]; 41(7):880-884. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/21683565.2017.1326073>.
39. Vandermeer J, Aga A, Allgeier J, et al. Feeding Prometheus: An Interdisciplinary Approach for Solving the Global Food Crisis. *Front. Sustain. Food Syst.* 2018; 2(39).
40. De Schutter O. Informe del relator especial sobre el Derecho a la Alimentación [internet]. 2010. [acesso em 2014 jul 10]. Disponível em: http://www.srfood.org/images/stories/pdf/officialreports/20110308_a-hrc-16-49_agroecology_es.pdf.
41. Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação. Segundo Simpósio Internacional sobre Agroecología: ampliar la escala de la agroecología para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) [internet]; 3-5 Abr. 2018; Roma: Sede de la FAO; 2018. [acesso em 2018 maio 20]. Disponível em: <http://www.fao.org/about/meetings/second-international-agroecology-symposium/es/>.
42. III Conferência Internacional Agricultura e Alimentação em uma Sociedade Urbanizada. 17-21 Set. 2018; Porto Alegre (RS): UFRGS; 2018.
43. Brasil. Guia Alimentar para a População Brasileira. Promovendo a Alimentação Saudável. Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PN-PIC-SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

46. Antonio GD, Tesser CD, Moretti-Pires RO. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(46):615-33.
47. Carneiro FF, Burigo AC, Dias AP. Saúde no Campo. In: Caldart RS, Pereira IB, Alentejano P, et al., organizadores. *Dicionário da educação do campo*. Rio de Janeiro: EPSJV; Expressão Popular, 2012. p. 691-698.
48. Leroy JP. Debatendo o Capítulo Ambiente, Espaço, Território e o Campo da Saúde: a agricultura. In: Minayo MCS, Miranda AC, organizadores. *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 61-66.
49. Azevedo E. Alimentos orgânicos: ampliando conceitos de saúde humana, social e ambiental. Florianópolis: Insular; 2003.
50. Leisa. *Salud y Agricultura*. *Leisa Revista de Agroecología*. 2007; 23(3):1-44.
51. Leisa Brasil. *Saúde pela Natureza*. *Leisa Revista de Agroecología*. 2007; 4(4):1-40.
52. Stotz EN. A “questão agrária” e a saúde pública: considerações em torno de uma crítica ao neoliberalismo. *Ciênc. Saúde Colet*. 2007; 12(1):15-17.
53. Carneiro FF, Almeida VES. Os riscos socioambientais no contexto da modernização conservadora da agricultura. *Ciênc. Saúde Colet*. 2007; 12(1):22-23.
54. Carta Política [internet]. 2011. [acesso em 2018 maio 3]. Disponível em: <https://agroecologia.org.br/wp-content/uploads/2013/01/carta-politica-do-encontro-nacional-de-dialogos-e-convergencias.pdf>.
55. Petersen P, Mussoi EM, Soglio FD. Institucionalización del enfoque agroecológico em Brasil: avances y desafíos. *Agroecol*. 2013; 8(2):73-79.
56. Brasil. Ministério da Saúde. *Guia Alimentar para a População Brasileira. Promovendo a Alimentação Saudável*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
57. Brasil. Ministério da Saúde. *Relatório Nacional de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos*. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Agrotóxicos na ótica do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. p. 191 (v. 1, t. 2).

Recebido em 10/06/2019
Aprovado em 13/09/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A Reforma Sanitária Brasileira e a natureza do Estado: apontamentos críticos sobre a questão agrária

Brazilian Sanitary Reform and the nature of the State: critical notes on the agrarian issue

Daniel Figueiredo de Almeida Alves¹, Leonardo Carnut², Áquilas Mendes^{3,4}

DOI: 10.1590/0103-11042019S819

RESUMO Desde o nascedouro do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, seus intelectuais apresentavam uma leitura particular sobre o papel do Estado na formação social e sobre o desenvolvimento das forças produtivas. A análise desta visão é fundamental para o entendimento dos limites do aparelho de Estado na opção política realizada pelo movimento. Este estudo, portanto, tem como objetivo debater criticamente com as formulações acerca da natureza do Estado, a categoria ‘cidadania’ e suas especificidades em países subdesenvolvidos. Utiliza-se deste percurso crítico para analisar a práxis da Reforma Sanitária e as relações entre saúde e questão agrária no Brasil. Para tanto, optou-se pela modalidade textual do tipo ensaio. De modo geral, a natureza do Estado em países subdesenvolvidos pode ser repensada a partir da economia mundial. Essa natureza desvela a função estatal de (re)produtor das relações capitalistas, caracterizada por uma violência particular apresentada politicamente na forma-regime de ‘legitimidade restrita’. Essa violência está intimamente ligada às relações de exploração no campo e são essenciais para o desenvolvimento da acumulação capitalista. Este argumento parece importante para repensar a centralidade da questão agrária no movimento sanitário.

PALAVRAS-CHAVE Estado. Capitalismo. Saúde pública. Reforma dos serviços de saúde. Saúde rural.

ABSTRACT *Since the birth of the Brazilian Sanitary Reform movement, its intellectuals presented a particular reading about the role of the State in the social constitution and development of the productive forces. The analysis of this view is fundamental for understanding the limits of the State apparatus in the political choice made by such movement. Therefore, this study aims to critically debate with the formulations about the nature of the State, the category of ‘citizenship’ and its specificities in underdeveloped countries. This critical path is used to analyze the Sanitary Reform praxis on the relationship between health and agrarian issues in Brazil. Thus, we opted for the textual type of an essay. Overall, the nature of the State in underdeveloped countries can be rethought from global economy. That nature imposes on the State the role of (re)producer of capitalist relations, characterized by a particular violence politically presented in the form-regime of restricted legitimacy. Such violence is closely linked to exploitative relations in the countryside and is essential in the development of capitalist accumulation. This argument seems to be important to rethink the centrality of the agrarian issue within the sanitary movement.*

KEYWORDS *State. Capitalism. Public health. Health care reform. Rural Health.*

¹Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) – São Paulo (SP), Brasil. d.fig94@gmail.com

²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (Cedess) – São Paulo (SP), Brasil.

³Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública – São Paulo (SP), Brasil.

⁴Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Programa de Estudos Pós-Graduados em Economia Política – São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

Com o processo de redemocratização na transição de regime político da ditadura civil-militar-empresarial para a Nova República, as diversas lutas sociais exigiam da centralidade da questão social uma busca pela legitimação de orientação democrático-popular. Entre estas lutas, a Reforma Sanitária Brasileira se insere nesse contexto enquanto movimento de base técnica e intelectual¹, majoritariamente representada pela atuação de sanitaristas filiados ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), e, em certa medida, de base popular exemplificada pela atuação do Movimento Popular em Saúde (Mops)², Movimentos Eclesiais de Base, e diversos grupos menores de trabalhadores e sociedade civil organizados autonomamente. Uma das particularidades do movimento da Reforma Sanitária foi, em certa medida, o emprego de categorias centrais da tradição marxista e de atuação de inspiração socialista para compor o entendimento da conjuntura em que se encontravam. O emprego dessas categoriais contribuiu sobremaneira para aprofundamento das análises sobre o contexto brasileiro da luta de classes em que os reformistas estavam.

Com esse intuito, compreendemos que a obra de Sonia Fleury Teixeira³ é uma das principais contribuições teóricas acerca da atuação tático-estratégica do movimento sanitário, mesmo considerando que as contribuições dessa autora não esgotam a pluralidade⁴⁻⁷ de interpretações sobre a conjuntura nem sobre os caminhos da reforma por diversos outros intelectuais de grande monta. Contudo, em virtude do curto espaço para uma reflexão mais diversa sobre as disputas interpretativas realizadas por seus intelectuais e movimentos sociais, elegemos Fleury por considerá-la a principal articuladora desses intelectuais e, ainda, por deter formação teórica densa em ciência política com foco no Estado⁸, objeto de nossa análise.

Entre a vasta obra da autora, reconhecida-mente produtora de uma ‘teoria da Reforma

Sanitária’, consideramos que o que mais sintetiza a elaboração original que conduziu o movimento aos caminhos que percorreu em seu percurso é o texto de sua madurez ‘Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária’, publicado pela editora Cortez em 1989³. Ele nos serviu de base para alçar reflexões a respeito do pensamento político produzido naquele momento, e um possível diálogo, ainda que com restrições temporais, sobre como podemos pensar a interpretação de suas categorias centrais em articulação à questão agrária no Brasil.

Assim, reforçamos que, dentre estas contribuições que Fleury nos brinda, destacamos o prolífico debate sobre a natureza do Estado e sua derivada importância na luta pela construção de uma contra-hegemonia. Esse debate, dentro da conjuntura na qual se encerrava, apontava para a cidadania enquanto tática e estratégia de edificação de um consenso social que poderia levar ao acirramento das contradições entre as classes na sociabilidade capitalista e que – profundamente influenciadas pelas formulações de Coutinho⁹ – aliam-se à tese da democracia enquanto valor universal, conforme revisada por Neves¹⁰ e cuja evidência histórica entre Fleury e Coutinho foi demonstrada por Dantas².

Com o patente processo de burocratização da Reforma Sanitária e da possibilidade de inflexão de regime político, porém, ambas as contribuições – natureza do Estado e a categoria ‘cidadania’ – devem ser colocadas sob as lentes da crítica; justamente pela compreensão de que essas são categorias centrais no conteúdo e forma de atuação do movimento sanitário, o que possibilita realizar um balanço dos limites iminentes destas para orientação de uma práxis transformadora aliada à perspectiva da determinação social da saúde¹¹.

É pertinente pontuar que, neste ensaio, não se trata de questionar o uso das táticas e estratégias políticas usadas pelos atores-autores da Reforma Sanitária em termos de uma ‘incompreensão teórica’ ou da ‘desconsideração da natureza específica da formação social e política dos países

subdesenvolvidos', mas, sim, de entender como uma articulação entre a questão agrária (como epicentro da disputa capital-trabalho) e Reforma Sanitária pode ser tematizada.

Neste momento, recordamos que este ensaio visa, apenas, uma análise teórica da Reforma Sanitária circunscrita ao exame de um único texto de uma autora por reconhecer sua relevância para o movimento, e não com pretensões de generalizar sua perspectiva, já que o movimento da reforma, como dito antes, é bastante plural. Assim, a análise aprofundada do texto da autora (que possui várias outras formulações articuladas que não são apresentadas ao leitor) foram escolhidas por tematizar diretamente as categorias sob reflexão neste ensaio, o que, em si mesmo, já é um esforço louvável em repensar a teoria.

Dessa maneira, ante a problemática apresentada, o presente ensaio tem como objetivo debater criticamente com as formulações acerca da natureza do Estado, a categoria 'cidadania' e suas especificidades em países subdesenvolvidos e de inserção dependente, utilizando, para isso, do percurso crítico para analisar a práxis da Reforma Sanitária sobre as relações entre saúde e questão agrária no Brasil.

Reforma Sanitária e natureza do Estado

Primeiramente, devemos nos debruçar com mais atenção sobre as análises empreendidas sobre a natureza do Estado e suas especificidades em países de inserção dependente na economia mundial^{12,13}.

A interpretação de Fleury³, realizada com intuito de buscar uma teoria para o movimento, contribui para o correto desenvolvimento da análise que a natureza do Estado capitalista não pode ser mecanicamente interpretada como uma extensão da vontade das classes dominantes. Como vemos nas duas citações a seguir:

A compreensão do Estado, não mais como exclusivamente um comitê de negócios da

burguesia, mas como arena de lutas políticas crivada das contradições que atravessam a estrutura de classes tem como correspondente a identificação de que o poder passa tanto pela direção/dominação hegemônica quanto pela coerção³⁽³¹⁾.

É certo que a compreensão do Estado como uma relação que se cristaliza materialmente (Poulantzas, N., 1980) deixa claro que qualquer transformação na estrutura de poder não poderá se reduzir ao nível da luta política, mas deverá ser também materializada sua ossatura material do Estado. Mas, para além de uma materialização do poder, o Estado, todas as suas instâncias materiais passam a ser vistas como arena política. A estratégia de construção da hegemonia em Gramsci concentrava-se na esfera da sociedade civil, mas os estudos recentes, especialmente de Poulantzas, colocam a sociedade política, o Estado no sentido estrito, no seio da luta de classes³⁽⁴³⁾.

Fleury³ nos adverte que as interpretações do Estado à luz da vertente funcionalista-estruturalista do marxismo são insuficientes, indo em direção a uma perspectiva mais poulantziano-gramsciana do debate¹⁴. Em nossa análise, essa abordagem, ainda em ancoradouro marxista, apresenta limites no que tange à devida mediação entre as categorias 'capital' e 'economia mundial constituída'. Mesmo considerando que a autonomização relativa da esfera política em relação à econômica é uma crítica marxiana importante¹⁵, do ponto de vista teórico, a falta da 'economia mundial' pode equiparar a natureza de ambos os Estados capitalistas de países desenvolvidos e subdesenvolvidos, como se ambas as categorias derivassem da mesma dedução lógica e histórica¹⁶.

Ora, segundo Mathias e Salama¹⁶, a dedução lógica da natureza do Estado capitalista de países desenvolvidos e subdesenvolvidos perpassa uma sequência de categorias diferentes. Essas diferenças têm implicações determinantes em suas funções fundamentais e na forma de suas existências, ou seja, alteram

drasticamente a conformação dos regimes políticos e suas decorrentes necessidades de legitimação, o que torna necessário, para a qualificação do debate, uma apresentação mais detalhada de ambos os casos.

Dessa maneira, antes de analisarmos a natureza do Estado presente no contexto brasileiro, o estudo dessa natureza em países desenvolvidos ajuda na compreensão mais acertada dessa realidade. Como proposto, no caso dos países desenvolvidos, devido ao desenvolvimento do capitalismo por mecanismos endógenos (dedução histórica da formação do Estado-nação¹⁷), é cabível deduzir a categoria Estado diretamente da categoria capital¹⁶. A partir desse entendimento, o Estado não é uma simples superestrutura política que se remete em última instância ao econômico¹⁴, mas, sim, tem um papel fundante nas relações de produção e da sociabilidade burguesa, permite a realização do valor das mercadorias no âmbito da circulação e ocupa-se da socialização da reprodução da força de trabalho.

Antes de criar as relações de produção tipicamente capitalistas, o Estado também tem um papel fiador. O fetiche da mercadoria¹⁸ torna-se realizável em conjunto com o fetiche do sujeito de direito¹⁹, ou seja, a produção e a troca de mercadorias tornam-se possíveis, e, em termos políticos, com a noção moderna de ‘emancipação política’²⁰, isto é, de cidadania. Em suma, temos que a natureza do Estado em países desenvolvidos também é dependente do papel de fiador das relações de produção capitalista e de reprodução das condições de regeneração da força de trabalho a partir das necessidades ampliadas da acumulação.

Esclarecendo: não houve nenhum processo de formação de relações capitalistas de produção sem o papel ativo e mesmo violento do Estado. Quer dizer, os Estados dos países desenvolvidos ou centrais também impuseram de ‘fora’ relações capitalistas às suas populações. Eles não apenas se comportaram como ‘fiadores’ de relações capitalistas preexistentes, mas desempenham esse papel. Ademais, o próprio surgimento do capitalismo nos países

centrais também se deveu (e daí assinalar a centralidade do papel da terra e sua disputa) ao processo específico de sua formação social nos países centrais. Esse processo não explica apenas a formação capitalista no ‘sul global’, como costuma se dizer hoje, mas também no ‘norte global’.

Em países subdesenvolvidos, contudo, a categoria Estado não pode ser tão deduzida da categoria capital¹⁶ quanto em países de capitalismo central. Diferentemente dos países desenvolvidos, as relações de produção e a sociabilidade burguesa são exógenas à formação social, que foi imposta a partir da violência colonial e neocolonial sobre os países da América Latina, Ásia e África^{21,22}. Portanto, as categorias capital e Estado são mediadas, nesse caso, pela economia mundial constituída. É importante dizer que, na análise de Mathias e Salama¹⁶, trata-se de uma ‘dedução lógica’ e que não se trata de uma chave esquemática de análise, mas, sim, uma forma de entendimento do processo de derivação dos Estados em países subdesenvolvidos a partir de sua forma jurídica. Logo, isso é apenas uma dimensão da compreensão, que, longe de distorcer aspectos fundamentais do processo histórico de formação dos Estados tanto no centro como na periferia, tenta adjudicar mais elementos a essa interpretação.

Temos que a divisão internacional do trabalho molda a natureza do Estado e condiciona a determinação deste aos ditames da acumulação do capital em nível mundial. Dessa maneira, vemos que, nesses países, antes mesmo de haver relações de produção capitalistas, já havia um Estado capitalista; nesse caso, o Estado é responsável pela criação dessas relações. Sua natureza e sua legitimação do regime político se ancoram no forjar das relações de produção capitalistas, majoritariamente desenvolvidas pelo uso da violência. Esta, por consequência, gera uma maior preponderância do trânsito entre trabalho formal e informal (ou seja, de uma economia doméstica do trabalho que se sobrepõe as formas clássicas – e protegidas

– das relações de trabalho) ou, ainda, nos termos de Matias e Salama: ‘socialização doméstica da força de trabalho’¹⁶.

A partir dessa breve apresentação da problemática, ficam evidentes as limitações em equalizar a natureza do Estado brasileiro ao de países desenvolvidos. De fato, o Estado brasileiro não é uma ‘correia de transmissão’ dos interesses das classes dominantes locais, contudo, também não é um ente neutro, ou terreno estéril de intencionalidades que encontram na sua forma política ancoradouro para reproduzir mais facilmente os interesses das frações de classes dominantes.

O Estado, em sua natureza, ou, ainda, em sua ossatura jurídico-política, possui elementos que garantem, em última instância, a reprodução da sociabilidade capitalista. No caso dos países subdesenvolvidos, esses elementos são forçados pela inserção desse Estado na economia mundial constituída em seu nascedouro, cujo modo de dominação é majoritariamente baseado na ‘violência de classe’ objetivada para forçosamente criar relações de produção capitalistas. Isso reforça a tese de que as bases populares, por mais resistências que ofereçam, parecem não ser o suficiente para construção da legitimidade popular que opere na construção de um Estado com finalidade nacional, uma vez que a legitimidade para justificar o Estado advém da ‘forma-regime’ ou, em outras palavras, dos ‘regimes políticos’ que garantam o Estado em sua condição de subordinação aos países centrais.

Visto que, na especificidade da natureza do Estado de países subdesenvolvidos, a democracia, que não é um valor universal²³, mas, sim, um acidente de percurso, dá-se no desenvolvimento da categoria cidadania enquanto tática e estratégia, tão cara ao movimento sanitário^{2,3}, devendo-se o Estado ser analisado por essa ‘dedução lógica’ e por suas derivações na forma de regime político.

Nas elaborações de Fleury³, o desenvolvimento histórico da categoria da cidadania pode ser entendido enquanto contradição dialética. Promove a mistificação da consciência das

classes dominadas pela igualdade formal na sociabilidade burguesa – condicionante essencial para a ideologia liberal do Estado – e, ao mesmo tempo, foi necessária para organização do movimento operário. Temos que a seguinte citação exprime essa dialética:

Este efeito de mascaramento é responsável pela reprodução social na medida em que a condição de cidadania passa a ser o fundamento do dever político, ampliando o consenso relativo à ordem política, ‘reservando assim à coerção física uma posição permanente, porém virtual’. No entanto, se por um lado a cidadania enquanto relação individual de direito entre o cidadão e o Estado, é a negação da existência das classes sociais, por outro lado, seu reconhecimento, contraditoriamente, foi imprescindível para a constituição, organização e luta das classes dominadas³⁽²¹⁾. [grifo nosso].

Concordamos com as elaborações da autora sobre a unidade contraditória da categoria cidadania, porém, essas formulações aplicam-se com mais fidelidade à natureza do Estado em países desenvolvidos, podendo-se aproveitar apenas de parte dessa compreensão sobre os mecanismos de legitimação e coerção em âmbito subdesenvolvido, especialmente no contexto brasileiro.

Para refinar melhor esta análise, fazem-se necessários alguns esclarecimentos de ordem contextual e paradigmática. Entendemos que Fleury, ao adotar um ponto de vista socialdemocrata, considera como coerção física a ação de violência deliberada do Estado sobre seus cidadãos. Em função do regime ditatorial próprio da conjuntura vivenciada na elaboração deste texto, este trecho nos reserva a ideia de que a violência política não existiria em condições de normalidade democrática (ou, em suas palavras, a violência seria apenas ‘virtual’, ou seja, paira no ar como um tom de ‘ameaça’).

No entanto, sob uma interpretação marxista deste trecho, a coerção física proporcionada pelo Estado (inclusive no período da ditadura)

não passa de uma das diferentes formas de violência objetiva que o Estado moderno realiza para manutenção da sociabilidade capitalista. Em outros termos, o que se critica é que há presença de violência, mesmo quando sob um regime político democrático-liberal (que não há nada de virtual nisto), pois a própria democracia (burguesa) é uma forma de legitimar a violência do Estado moderno sob outras formas de sociabilidade que não sejam capitalistas. Dito isto, parece então prudente assinalar que a defesa da cidadania, mesmo sob os ventos de transição democrática, apresenta limites do ponto de vista tático de um movimento que se dizia, até então, em busca do socialismo.

Assim, conforme a mediação que viemos construindo para compreender o Estado em países subdesenvolvidos, a violência objetiva é aguçada (ou fica explícita) nesses países quando a forma-regime (forma jurídica essencial) assume um caráter restritivo. Em outras palavras, é um fator central nesses países a criação de regimes políticos de legitimidade restrita, tais quais as formas do Estado brasileiro assumiram para destravar a acumulação capitalista visto em âmbito de sua inserção na economia mundial²⁴. Esse regime, à época, foi a ditadura militar-empresarial entre 1964 e 1984. Hoje, podemos dizer que é uma espécie de democracia blindada²⁵.

Para aprofundar a qualificação do debate proposto, não podemos somente nos remeter, em plano abstrato, à dedução lógica das categorias. A dedução histórica é fundamental para o entendimento do descompasso entre a tática e a estratégia da Reforma Sanitária Brasileira para com a natureza do Estado em países subdesenvolvidos. Para tanto, os estudos sobre o ‘capitalismo dependente’ promovidos por intelectuais brasileiros são incontornáveis.

Em linhas gerais, a questão da dependência não pode ser explicada somente pela posição de colônia no processo sócio-histórico de formação brasileira, mas, sim, pela subserviência das classes dominantes perante a economia mundial constituída¹² – economia esta que não

surge a partir da ‘livre troca’ de mercadoria entre nações, mas pela violência imperialista²⁶. Ou seja, a burguesia supostamente nacional, desde o seu nascedouro, não apresenta interesse para romper com a dependência e desenvolver as forças produtivas com finalidade nacional. Pelo contrário, revela um longo histórico de ‘modernizações conservadoras’ com intuito de abafar e manter sua dominação sobre os ‘de baixo’²⁷.

Essa tendência histórica de manutenção da ordem vigente implica na particularidade específica do capitalismo dependente. O aprofundamento das relações de produção capitalistas não se traduz, linearmente, em nenhum caso, muito menos nos países subdesenvolvidos, cujo florescimento das forças produtivas, na maior parte das vezes, não se expressa em melhorias das condições de vida das classes dominadas. Nessa dinâmica dependente, a existência do ‘arcaico’ e da superexploração é uma condição necessária para engendrar o moderno^{12,28} – configurando a formação social brasileira em um verdadeiro mosaico de relações de produção e de tempos históricos.

Como ilustrado por Oliveira²⁹, no período de maior industrialização brasileira – compreendida nos planos desenvolvimentistas de Juscelino Kubitschek –, houve uma diminuição real do salário dos trabalhadores urbanos; acompanhada de uma expansão da ‘informalidade’, ‘socialização doméstica da força de trabalho’ e relações ‘não-capitalistas’ de produção no campo – que, apesar de não serem capitalistas, são parte constituintes da totalidade social imposta pela divisão internacional do trabalho.

No entanto, somente isso não é o suficiente para entender a dinâmica da dependência que particulariza o papel do Estado brasileiro. Para Mathias e Salama¹⁶, a falta de interesse da burguesia brasileira e suas frações podem ser compreendidas pelo papel em que jogam na assunção dos interesses imperialistas em utilizar o Estado brasileiro para mantê-las em sua posição de classe. O Estado brasileiro tem, em sua gênese, a mescla entre unidade

doméstica e unidade de produção. Isso significa dizer que não são as classes dominantes brasileiras, nos diversos tempos históricos, que engendram e cristalizam as relações capitalistas. Elas ajudam, mas não detêm a autoria. É o Estado que as (re)produz em associação com o Estado e os interesses da burguesia dos países de capitalismo central¹⁶.

Mathias e Salama¹⁶ bem explicam essa dialética. Para os autores, a intervenção estatal nos países subdesenvolvidos se legitima pelo investimento em infraestrutura e em setores estratégicos dos ramos industriais (ou de ‘base’), pois necessitam ‘abrir espaço’ para as formas iniciais de exploração capitalista. Já nos países desenvolvidos, a intervenção estatal se legitima devido ao desenvolvimento de uma ‘gestão estatal da força de trabalho’ (previdência social, alocações diversas etc.), que tem como função precípua regenerar a força de trabalho.

Desse modo, em países desenvolvidos, o Estado tem na ideia de ‘cidadania’ os elementos para o controle e manutenção da ordem burguesa podendo ser expressa em sua máxima sofisticação. Ele pode operar o ‘protocolo democrático’ (sufrágio universal, eleições periódicas e universalidade das liberdades civis) com certa clareza e completude na vida social, já que esses elementos são as formas de dominação já estabelecidas, ‘consensuadas’, com o mínimo de violência por meio da repressão física continuada. Isto é a regra.

Nos países subdesenvolvidos, a regra é outra. É a incompletude dos ‘protocolos’ da democracia burguesa, ou, em outras palavras, a sua instabilidade que vigora. É necessário que seus fundamentos sejam, na prática, frágeis ou incipientes para que se justifique o ‘peso’ da intervenção estatal na tentativa (quase sempre bem-sucedida) de impor o modo de produzir capitalista; nem que seja por meio da violência clara e concreta, de forma sistemática e continuada. Por isso, o regime político (como a ditadura, por exemplo) é um aliado importante nesse processo, especialmente quando há entraves na acumulação ampliada do capital, ou, ainda, resistência popular organizada.

Nesse contexto, podemos dizer que a violência é uma das marcas constitutivas da sociabilidade capitalista, e não uma posição ‘virtualizada’. Em ambos os casos (países desenvolvidos e subdesenvolvidos) há violência. É assim que a dialética da cidadania ‘pende’ com maior intensidade para a ‘mistificação da consciência da classe trabalhadora’ do que no sentido de organizá-la, pois, ao enfatizar a democracia como estratégia para o movimento da Reforma Sanitária, a produção de consciência social sobre a violência no capitalismo³⁰ e o reconhecimento da classe enquanto sujeito histórico da transformação social³¹ ficam comprometidos. Assim, reconhecendo o logro para aquele momento, mas no sentido de avançar no debate da Reforma Sanitária, é essencial reconhecermos os limites claros dessa tática e estratégia, sobretudo, baseados na leitura do Estado nos dias de hoje.

Uma vez apresentadas as diferentes naturezas do Estado capitalista e suas implicações sobre a categoria cidadania, propomos, para a próxima sessão, uma análise materialista e dialética³² da relação entre a questão agrária, Reforma Sanitária e saúde – compreendida enquanto necessidade radical do ser social^{33,34}. A questão agrária é central para o entendimento consistente da dinâmica de acumulação capitalista no Brasil^{12,16,21,35}; além de estar intimamente ligada à reprodução social da dialética saúde-doença^{36,37}.

A conformação histórica da questão agrária no Brasil e sua centralidade para Reforma Sanitária

A questão agrária é central para a compreensão não somente da dinâmica de acumulação capitalista³⁵ em países de inserção dependente e de características subdesenvolvidas, mas também para o desenvolvimento dos países de capitalismo central, sendo essa relação mediada pela economia mundial constituída.

Nas formulações de Marini¹², o próprio desenvolvimento manufatureiro e industrial de países de capitalismo central é, em parte, devido ao excedente da produção de origem agropecuária oriundos, significativamente, da América Latina. Essa dinâmica de especialização da produção de mercadorias, em condição de deterioração dos termos de troca, possibilitou a cristalização da divisão internacional do trabalho e, em seu decurso, intensifica a dinâmica da dependência. Como vemos na citação a seguir:

A criação da grande indústria moderna seria fortemente obstaculizada se não houvesse contado com os países dependentes e tido que se realizar sobre uma base estreitamente nacional. De fato, o desenvolvimento industrial supõe uma grande disponibilidade de produtos agrícolas, que permite a especialização de parte da sociedade na atividade especificamente industrial. No caso da industrialização europeia, o recurso à simples produção agrícola interna teria bloqueado a elevada especialização produtiva que a grande indústria tornava possível. O forte incremento da classe operária industrial e, em geral, da população urbana ocupada na indústria e nos serviços, que se verifica nos países industriais do século passado, 'não poderia ter acontecido se estes não contassem com os meios de subsistência de origem agropecuária, proporcionado de forma considerável pelo países latino-americanos'. Isso foi o que permitiu aprofundar a divisão do trabalho e especializar os países industriais como produtores mundiais de manufaturas¹²⁽¹³⁶⁻¹³⁷⁾. [grifo nosso].

Consequentemente, o aprofundamento dessa especificidade é a característica essencial da acumulação capitalista no Brasil. Ou seja, dependência que somente gera mais dependência¹². Nesse quesito, a questão agrária é o veio condutor desse processo e é o que unifica a América Latina como um bloco econômico.

Historicamente, as relações de produção no campo que poderiam ser classificadas como

'não-capitalistas', ou seja, relações de produção que não apresentam como característica majoritária a generalização do assalariamento (a forma-mercadoria da força de trabalho), possibilitaram, em boa medida, a parcial industrialização urbana em momentos favoráveis da conjuntura internacional¹⁶. Como exemplifica Oliveira²⁹, a solução do chamado 'problema agrário' nos anos de inflexão da economia de base agrário-exportadora para urbano-industrial é uma condição fundamental para o processo de (re)produção ampliada do capital. Essa solução tem como um ponto fundamental a constante expansão da ocupação de terras com baixíssimos níveis de capitalização e, de certa maneira, opera como uma 'acumulação primitiva' – que, nas especificidades do subdesenvolvimento, é estrutural, não somente 'genética'. Portanto, devido ao cultivo de subsistência nas zonas de expansão, esse mecanismo rebaixa os preços dos produtos das lavouras destinadas ao consumo interno (sobretudo do crescente contingente urbano).

Em outras palavras, a característica estrutural da 'acumulação primitiva' no subdesenvolvimento tem importantes repercussões, tanto nas relações de produção no campo quanto na esfera agrária-urbana. No primeiro caso, esta acumulação é responsável pela formação de uma força de trabalho que serve às culturas comerciais do mercado interno e externo. No segundo caso, também devido ao rebaixamento do custo real da alimentação (determinado pela reprodução desta força de trabalho rural) a acumulação primitiva desenvolve um importante papel na perpetuação dos baixos custos de reprodução da força de trabalho urbana²⁹, consequentemente possibilitando uma maior extração de mais-valia relativa. Este mecanismo permite a remessa de mais-valor para o centro desenvolvido, permitindo maior acumulação de capital no centro e a manutenção da taxa de lucro condizentes com uma industrialização parcial na periferia.

É necessária, porém, uma mediação entre a economia mundial constituída, as relações de produção 'não-capitalistas' no campo e

a industrialização urbana. Essa mediação é o Estado. Por meio de sua forma, o regime político, atua não somente como fiador dessa relação, mas como o seu produtor direto¹⁶. Dessa maneira, o que antes era determinado pelo 'exterior', é internalizado pela natureza do Estado.

Essa atuação é mediatizada pela violência; por meio desta, o Estado 'moderniza' as relações 'não-capitalistas'. Entretanto, essa é ainda uma 'tarefa' inconclusa. Esse processo é exemplificado nas citações a seguir:

[...] O desenvolvimento do capitalismo, portanto, não se processava endogenamente mediante a resolução e superação das contradições, mas resultava essencialmente de uma agressão contra as relações comunitárias. Mais tarde, esse 'exterior' passou a ser representado pelo próprio Estado. O Estado coloca-se fundamentalmente na origem do impulso a esse processo de modernização, mesmo quando esse último - faz-se acompanhar por uma elevação dos custos. Esse paradoxo é assim revogado pelo papel assumido pela política do Estado. Essa, finalmente, encontra seu fundamento não numa exterioridade total, mas - de fato e como já sabemos - no que faz desses Estados, nos países subdesenvolvidos, Estados capitalistas. 'O Estado, com efeito, é o lugar e o meio de difusão das relações mercantis num contexto não-capitalista'¹⁶⁽¹⁰⁸⁾. [grifo nosso]

[...] O assalariamento é o produto de uma modificação das estruturas agrárias, de uma monetarização das condições de reprodução da força de trabalho, modificação e monetarização que não poderiam se realizar sem a intervenção direta ou indireta do Estado. A violência estatal assume assim outras formas que não as que pôde ter antes. 'É a pré-condição e o suporte da penetração das relações mercantis no campo. O assalariamento é o produto mediatizado da violência no campo'¹⁶⁽¹¹⁰⁾. [grifo nosso].

Por sua vez, essa mudança de relação de produção de forma 'drástica' ou 'acelerada'

- característica do subdesenvolvimento - leva a uma intensa deterioração das condições de vida dos trabalhadores camponeses. Apesar de empregar modernas técnicas e de aumentar a produtividade, encurta a vida dos camponeses. Primeiramente, a modernização leva à especialização da produção, e uma maior parcela da terra é destinada para este fim, o que restringe a produção de cunho autossuficiente e promove o assalariamento e a monetização. Em segundo lugar, a especialização da produção não é direcionada, necessariamente, ao mercado interno, mas, sim, às necessidades impostas pela divisão internacional¹². Dessa maneira, engendra-se uma relação contraditória: modernização com aumento progressivo dos custos; aumento da produtividade com recrudescimento das condições de vida e intensificação da fome como um fenômeno social. Dessa vez, não por uma escassez natural, e, sim, gerada pelo próprio desenvolvimento das forças produtivas¹⁶.

A partir dessa contradição imanente e pela compressão da realidade pela perspectiva totalizante, a dialética da saúde-doença da classe trabalhadora do campo é concebida por uma determinação social¹¹. Em outras palavras, a saúde é intrinsecamente determinada por essas modalidades de exploração e das condições de vida deterioradas, sendo estas impostas pela natureza do Estado mediatizada pela violência de classe.

Ora, nessas condições a saúde, enquanto entendida como necessidade radical derivada da ontologia do ser social³³, torna-se uma impossibilidade. De fato, uma das consequências da sociabilidade burguesa é o giro antropológico entre a mercadoria e o gênero humano³⁸: o trabalhador do campo é alienado do produto de seu trabalho, e as relações que orientam essa produção são mistificadas. Pouco se pode falar em consenso e cidadania em um ambiente de uso tão irrestrito da violência de classe; não é uma realidade 'virtual', é o meio pelo qual a classe trabalhadora é tragada para o capitalismo dependente.

Assim, ao reconhecermos a centralidade da questão agrária como fundamento da

inserção dependente do Brasil ao imperialismo internacional é que nos parece premente que a Reforma Sanitária retome a análise da questão agrária como foco de crítica e ação anticapitalista. Sabe-se que, tradicionalmente, o campo da saúde coletiva³⁷ vem tematizando a questão agrária, mas ainda em uma perspectiva de tomar como inevitável o modo de produção capitalista no campo e ainda, por vezes, desvinculá-lo de uma análise da totalidade social, tal qual estamos empreendendo neste ensaio. De fato, não é de estranhar que o campo da saúde coletiva não tangencie as relações de produção, natureza de Estado e o regime político sobre a determinação social da saúde. Este campo ainda enfoca sua produção em temas de investigação, como: ações relacionadas com a saúde e o meio ambiente em escolas, ações de formação em saúde ambiental, ações de formação que envolvem jovens e mulheres no marco da reforma agrária, produção saudável e o cuidado desenvolvido por profissionais de saúde para a população rural³⁹.

Ora, entendemos a importância dos enfoques de pesquisa referidos acima, mas sua insistência torna insuficiente o debate sobre a relação campo-capitalismo tão necessário para repensar os rumos da Reforma Sanitária. Ao desconsideramos a dinâmica da dependência e o papel que o Estado desempenha como (re) produtor das relações capitalistas nos países subdesenvolvidos, reduz-se a análise. Se assim for, há o reforço do descolamento da questão agrária como uma variável explicativa (traduzida como um 'fator ambiental' ou 'ecológico') e esvaziando-a da centralidade na conformação da sociabilidade capitalista, posição que não condiz com a totalidade da dinâmica de acumulação no capitalismo contemporâneo. O que, de certa maneira, pode transformar a saúde no campo em uma questão de técnica e avanços parciais por meio de políticas públicas ambientais e de saúde³⁷ (o que é importante), mas não suficiente para avançar na crítica antissistêmica.

Dessa maneira, ante o exposto, podemos formular algumas perguntas: de que maneira a tática e a estratégia do movimento da Reforma

Sanitária poderia influir sobre a saúde da classe trabalhadora situada no campo? A ocupação das instituições do aparelho de Estado pode alterar esta estrutura determinada pela própria natureza do Estado capitalista?

Compreendemos que a cidadania, enquanto tática e estratégia derivada da democracia enquanto valor universal é necessária, porém insuficiente por não adentrar no cerne da questão sobre as relações de exploração e saúde no campo. A cidadania como estratégia equaliza os modos de legitimação do Estado de países desenvolvidos com os subdesenvolvidos, e, portanto, desconsidera mediações importantes sobre os regimes políticos de legitimidade restrita e suas funções em países como o Brasil. Além disso, minora a essência violenta do Estado na realidade concreta como um instrumento essencial para a acumulação capitalista em países dependentes.

Entretanto, apesar dos avanços do movimento sanitário, a mera ocupação dos aparelhos de Estado sem sua 'quebra'⁴, levou à burocratização do movimento e à desmobilização de sua, já pequena, base popular. Portanto, sem uma perspectiva totalizante da saúde enquanto necessidade radical, e que, necessariamente, perpassa uma posição política anticapitalista⁴⁰, estamos fadados à burocratização e ao alijamento das demandas e necessidades das classes dominadas. Certamente, essas não se resumem aos ditames da técnica e dos cargos institucionais.

Considerações finais

Ante o exposto, o presente ensaio procurou fomentar um debate sobre as formulações acerca da natureza do Estado, a categoria 'cidadania' e suas especificidades em países subdesenvolvidos e de inserção dependente, utilizando, para isso, do percurso crítico para analisar a práxis da Reforma Sanitária sobre as relações entre saúde e questão agrária no Brasil.

A partir desse mote, realizou-se um resgate das elaborações teóricas da teoria marxista da

dependência e da análise de Mathias e Salama, com intuito de qualificar o debate sobre as especificidades particulares da dependência e subdesenvolvimento do capitalismo no Brasil e América Latina e como a questão agrária é central nesse debate.

O Estado tratado pela principal intelectual da Reforma o considera como um lócus privilegiado para a luta de classes, não um ‘comitê de negócios da burguesia’. Em que pese à relevância de sua reflexão para o período conjuntural em que se encontrava, esta mesma reflexão não desenvolve as especificidades da natureza do Estado em países subdesenvolvidos e dependentes como o Brasil, o que nos coube avançar nessa questão.

Outro aspecto fundamental que consideramos avançar é a mistificação da violência enquanto uma realidade ‘virtual’, sendo que a

violência de classe é o meio pelo qual o regime político – seja esse ditatorial ou não – legitimasse em países como o nosso. Portanto, a categoria cidadania advinda pela expansão da democracia apresenta limitações para com a interpretação da questão agrária na totalidade social do capitalismo no Brasil, e, por isso, tratá-la com o aporte desenvolvido neste ensaio pode oportunizar a Reforma Sanitária a retomar a sua radicalidade, aprofundando a autocrítica sobre suas posições teóricas e práticas.

Colaboradores

Alves DFA (0000-0003-0080-1919)*, Carnut L (0000-0001-6415-6977)* e Mendes A (0000-0002-5632-4333)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
2. Dantas AV. Reforma Sanitária Brasileira: ainda em busca de uma teoria para um debate necessário. In: Dantas AV. Do socialismo à democracia: tática estratégica na reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 149-203.
3. Teixeira SF. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: Teixeira SF, organizador. Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; 1989. p. 17-46.
4. Oliveira JA. Para uma teoria da Reforma Sanitária Brasileira: “democracia progressiva” e políticas sociais. In: Fleury S, Bahia L, Amarante P, organizadores. Saúde debate: fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2008.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Escorel S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
6. Arouca S. O dilema preventivista: contribuições para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
7. Gerschman SA. A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
8. Fleury S. Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
9. Coutinho CN. A democracia como valor universal. In: Silveira E, organizador. Encontros com a Civilização Brasileira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1979. p. 33-47
10. Neves V. Estratégica democrática em Carlos Nelson Coutinho. In: Iasi M, Figueiredo IM, Neves V. A estratégia democrático-popular: um inventário crítico. Marília: Lutas Anticapital; 2019. p. 205-225.
11. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
12. Marini RM. Dialética da dependência. In: Stedile JP, Traspadini R, organizadores. Ruy Mauro Marini: vida e obra. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular; 2011. p. 131-172.
13. Luce MS. Teoria marxista da dependência: problemas e categoria – uma visão histórica. São Paulo: Expressão Popular; 2018.
14. Wood EM. A separação entre o “econômico” e o “político” no capitalismo. In: Wood ME. Democracia contra capitalismo: a renovação do materialismo histórico. São Paulo: Boitempo; 2011. p. 27-50.
15. Marx K. Crítica da filosofia do direito de Hegel. 3. ed. São Paulo: Boitempo; 2013.
16. Mathias G, Salama P. O Estado superdesenvolvido: ensaios sobre a intervenção estatal e sobre as formas de dominação no capitalismo contemporâneo. São Paulo: Brasiliense; 1983.
17. Anderson P. Linhagens do Estado absolutista. São Paulo: Unesp; 2016.
18. Marx K. O capital: crítica da economia política: livro 1 - o processo de produção do capital. 2. ed. São Paulo: Boitempo; 2017.
19. Pachukanis EB. Teoria geral do direito e marxismo. São Paulo: Boitempo; 2017.
20. Marx K. Sobre a questão judaica. São Paulo: Boitempo; 2010.
21. Mariátegui JC. O problema da terra. In: Mariátegui JC. Sete ensaios de interpretação da realidade peruana. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular; 2010. p. 67-113.
22. Fanon F. Os condenados da terra. Minas Gerais: UFJF; 2006.
23. Moraes JQ. Contra a canonização da democracia. Crítica Marxista [internet]. 2001 [acesso em 2019 maio 25]; 12:9-40. Disponível em: https://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/artigo7101quarti.pdf.
24. Sampaio Jr PA. Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa. Ser. soc. soc. [internet]. 2012 [acesso em 2019 maio 25]; 112:672-688. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n112/04.pdf>
25. Demier F. Depois do golpe: a dialética da democracia blindada no Brasil. Rio de Janeiro: Mauad; 2017.
26. Netto JP, Braz M. O imperialismo. In: Netto J, Braz M. Economia Política: uma introdução crítica. 8. ed. São Paulo: Cortez; 2012. p. 181-222.
27. Fernandes F. Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina. São Paulo: Globo; 2009.
28. Ianni O. A Idéia de Brasil Moderno. São Paulo: Brasiliense; 1992.

29. Oliveira F. Crítica à razão dualista: o ornitorrinco. São Paulo: Boitempo; 2013.
30. Hillani A. As violências do Capital. In: Anais do II Seminário Nacional de Teoria Marxista: o capitalismo e suas crises; 2016 maio; Uberlândia. Uberlândia: Pueblo Editora; 2016. p. 1-13.
31. Iasi ML. Reflexão sobre o processo de consciência. In: Iasi ML. Ensaio sobre a consciência e emancipação. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular; 2011. p. 11-46.
32. Chasin J. Marx: estatuto ontológico e resolução metodológica. São Paulo: Boitempo; 2009.
33. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 1992.
34. Lessa S, Tonet I. Introdução à filosofia de Marx. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular; 2011.
35. Prado Jr C. A questão agrária no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras; 2014.
36. Stotz EN. A “questão agrária” e a saúde pública: considerações em torno de uma crítica ao neoliberalismo. Ciênc. Saúde Colet. 2007 [internet]. [acesso em 2019 maio 25]; 12(1):15-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/03a.pdf>.
37. Delgado G. Questão Agrária e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2012.
38. Márkus G. Marxismo e Antropologia: o conceito de ‘essência humana’ na filosofia de Marx. São Paulo: Expressão Popular; 2015.
39. Rückert B, Aranha AVS. Lutar por saúde é lutar por reforma agrária: estudo sobre práticas de saúde no Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Saúde e Soc. 2018 [internet]. [acesso em 2019 maio 25]; 27(1):116-127. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n1/1984-0470-sausoc-27-01-116.pdf>.
40. Ferrara FA. Teoría social y salud. Bueno Aires: Catalogos; 1985.

Recebido em 03/06/2019

Aprovado em 01/09/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988

Feminists movements and the process of Sanitary Reform in Brazil: 1975-1988

Paloma Silva Silveira¹, Jairnilson Silva Paim¹, Karla Galvão Adrião²

DOI: 10.1590/0103-11042019S820

RESUMO O presente ensaio visou apresentar reflexões iniciais de uma pesquisa mais ampla ainda em curso sobre as relações entre os movimentos feministas e a Reforma Sanitária Brasileira no período de 1975 a 1988. Tema pouco estudado em uma conjuntura adversa, a ditadura militar, mas também marcada por efervescências políticas e sociais, a partir de uma pesquisa documental preliminar, foram identificados eventos e documentos que indicam diálogos entre esses dois movimentos sociais. Engajados na luta pela redemocratização social e democratização da saúde, os movimentos feministas e sanitário apresentaram propostas convergentes exemplificadas pela formulação e tentativa de implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism). Primeira política pública de saúde que traz a integralidade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde, no Paism, encontram-se proposições defendidas pelo Movimento Sanitário e vinculadas às pautas feministas na saúde. Entretanto, esses trânsitos parecem ter sido marcados por algumas dificuldades relacionadas com a conjugação das denominadas questões mais ‘amplas’ com as ‘específicas’ e os desafios para elaboração de pautas comuns entre os dois movimentos. Reconhece-se, portanto, a complexidade da temática. Ousa-se apresentar essas reflexões para explicitar os diálogos, as conquistas alcançadas e, talvez, contribuir para a construção de estratégias renovadas de luta pelo direito à saúde.

PALAVRAS-CHAVE Mulheres. Feminismo. Política de saúde. Direito à saúde. Democracia.

ABSTRACT *This essay aims to present reflections from a larger, ongoing research project on the relationship between feminists movements and the Brazilian Sanitary Reform in the period between 1975 and 1988. It is a little-studied topic in an adverse political scenario, namely, the military dictatorship, but a period also marked by political and social effervescence. It was based on a preliminary archival research that identified events and documents that indicate dialogues between these two social movements. Engaged in the struggle for redemocratization and the democratization of health, these movements presented convergent proposals exemplified by the formulation and attempts of implementation of the Program for Integral Care for Women's Health (Paism). The first public policy to promote integrality, one of the principles of the Unified Health System, in the Paism we find propositions defended by the Sanitary Reform Movement and linked to feminist issues in healthcare. However, that dialogue appears to have been marked by some difficulties related to the synchronization of the so-called 'broader' issues with 'specific' ones, and the challenges for the elaboration of common issues between the two movements. We recognize, therefore, the complexity of the topic. We dare to present these reflections in order to make explicit the dialogues, the successes achieved, and to contribute to the construction of renewed strategies of struggle for the right to health.*

KEYWORDS *Women. Feminism. Health policy. Right to health. Democracy.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. palomasilveira25@gmail.com

²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.



Introdução

Podemos compreender a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) como um movimento social emergido em meados da década de 1970, que está ainda em processo de institucionalização no Brasil¹. O denominado Movimento Sanitário reuniu diferentes segmentos da sociedade civil e tinha como bandeira de luta o direito à saúde, elegendo o lema que ‘saúde é democracia’²⁻⁴. A criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, é considerada um marco. Em 1977, a revista ‘Saúde em Debate’, vinculada ao Cebes, defendeu a saúde como ‘direito de cada um/a e de todos/as os/as brasileiros/as’, apontando para a importância da reestruturação da atenção à saúde e que esta fosse comprometida com a modificação das reais condições de saúde da população. O Cebes, desde sua fundação, problematizava alguns aspectos fundamentais da reforma, como: a unificação dos serviços de saúde, a participação social das/os cidadã/os e a ampliação do acesso a serviços de qualidade¹.

Na década de 1970, o Brasil estava sob regime militar. Crises em vários setores, incluindo a saúde marcaram esse período. As condições precárias de saúde e as ineficazes respostas do Estado desencadearam mobilizações. Diversos movimentos sociais na saúde e também fora desta, como, por exemplo, os movimentos feministas, lutaram contra a ditadura participando e organizando diferentes ações para a redemocratização do País e para democratização da vida social^{1,2,5}:

Voltando aos anos 70 é interessante observar, como o faz Barsted (1992), que os temas da reprodução e da sexualidade não inauguraram a primeira pauta do feminismo contemporâneo brasileiro. A conjuntura política do regime militar, a aliança com a Igreja e com os partidos de esquerda eram fundamentais na luta contra o arbítrio e, em função disto, as questões referentes à sexualidade e

reprodução tiveram que ficar estrategicamente fora do emergente discurso feminista. Um governo civil eleito pelo povo é a grande aspiração do momento⁶⁽³⁸³⁻³⁸⁴⁾.

De modo geral, os movimentos sociais podem ser definidos como ações sociopolíticas de caráter conservador ou progressista, construídas por coletivos de distintos segmentos que surgem em um determinado momento sócio-histórico da sociedade civil e que têm a potência para desencadear transformações sociais⁷. Assim, nesse período, a consolidação da democracia era o objetivo político principal, sendo esta entendida como o pilar para a construção de uma nova sociedade. Configurando-se uma nova conjuntura política, era importante a organização dos movimentos sociais para a obtenção e garantia dos direitos sociais na Nova Constituição⁶.

Em 1986, um ano após o término da ditadura militar, foi realizada a 8a Conferência Nacional de Saúde (CNS), e a Reforma Sanitária foi a expressão, que em um primeiro momento, caracterizou o movimento de democratização da saúde. Evento emblemático para o movimento sanitário, em seu relatório final, consta o que se compreendia como Reforma Sanitária¹:

Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencionalmente a chamar Reforma Sanitária⁸⁽²⁾.

Ao adotar um conceito amplo de saúde “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho e transporte, emprego e lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais

podem gerar grandes desigualdades de nível de vida”⁸⁽⁴⁾, a VIII CNS concebia a RSB para além de uma reforma administrativa e financeira, ou mesmo restrita ao setor saúde. Contudo, no processo de redemocratização, quando o governo federal estabeleceu a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), em seus diversos documentos estavam presentes uma concepção da RSB limitada a modificações no sistema de serviços de saúde. Em oposição a essa percepção, alguns atores e atrizes do Movimento Sanitário debateram a importância do que denominavam como uma ‘totalidade de mudanças’, a partir de quatro dimensões interligadas: a específica, a institucional, a ideológica e das relações de produção¹.

A dimensão específica corresponde à própria dinâmica do fenômeno saúde/doença nas populações, ao conhecimento da situação de saúde, da experiência acumulada, da comparação com outros povos, entre outros elementos. A dimensão institucional se refere a todas as instituições que atuam no setor saúde, desde a fabricação de insumos até aquelas que formam recursos humanos. A terceira dimensão é a ideológica. Nesta conjugam-se valores, concepções e preconceitos produzidos em um momento histórico sobre a situação sanitária. Por fim, a dimensão das relações de produção que corresponde à determinação social das necessidades de saúde. A análise da RSB a partir dessas dimensões possibilitava a sua articulação com a estrutura social: infraestrutura econômica e superestrutura político-ideológica¹.

Dessa forma, a RSB tem sido analisada enquanto um processo sócio-histórico, como uma reforma social que transcende a dimensão setorial⁴ e pensada por alguns autores como práxis de reforma social geral para alcançar a revolução do modo de vida². Paim², ao mencionar a revolução do modo de vida, refere-se ao conceito desenvolvido por Heller⁹. A filósofa húngara o apresenta atrelado a um tipo de práxis, distinguindo quatro: reforma parcial, reforma geral, movimentos políticos revolucionários e revolução social total/revolução do modo de vida.

A práxis denominada de reforma parcial corresponde a um tipo de atividade que se propõe transformar setores específicos da sociedade, focalizando em determinadas situações. Nesses casos, as ações das massas não duram muito tempo, podendo se converter em veículos de manipulação, pois criam um simulacro de transformação da ordem social. O segundo tipo de práxis, a reforma geral, propõe a transformação de toda a sociedade por meio de reformas parciais. Os movimentos para a reforma geral são organizados com uma ampla base de massas e não deixam de existir depois da realização de uma reforma parcial².

Já o terceiro tipo de práxis se realiza nos movimentos políticos revolucionários e tem como objetivo a transformação radical de toda a sociedade pela conquista do poder político. O que impulsiona o movimento é uma parcela da população, especificamente, uma elite revolucionária com o respaldo ativo das massas. Entretanto, com a vitória, desenvolve-se um movimento de refluxo, a atividade das massas se torna passiva, e o modo de vida da maioria da população permanece inalterado. O quarto tipo de práxis é a revolução social total, que significa ao mesmo tempo a revolução do modo de vida. Essa práxis implica um movimento de segmentos cada vez mais amplos da população, e a vida cotidiana das pessoas sofre uma transformação como consequência de sua implicação^{2,9}.

Apesar de ter sido pensada como práxis de reforma social geral sendo teorizada para alcançar a revolução do modo de vida, a RSB apresentaria como desenlace uma reforma parcial setorial e institucional, evidenciada pelos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁰. Entretanto, cabe ressaltar que, como uma reforma parcial, a RSB alcançou importantes conquistas, como o reconhecimento do direito universal à saúde, incluído na Constituição de 1988, a primeira constituição que tem uma seção sobre a saúde, e o reforço da noção de cidadania relacionada à seguridade social^{2,11}.

Desde meados de 1970 até a redemocratização, não foi apenas o Movimento Sanitário

que debateu a saúde como horizonte para reformas sociais. O ano de 1975, considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) o Ano Internacional da Mulher, é reconhecido, por algumas feministas, como marco importante de organização e reorganização das ações dos movimentos no Brasil¹²⁻¹⁴ e as questões relacionadas com a saúde compreendidas como fundamentais não poderiam ficar de fora⁶. Nesse cenário, ao menos duas perguntas emergem: existiram diálogos entre esses dois movimentos? Alguns estudos e documentos encontrados apontam que sim, mas como esses foram estabelecidos? Dessa forma, este ensaio objetiva apresentar algumas reflexões iniciais sobre as relações estabelecidas entre os movimentos feministas e sanitário, tema ainda pouco explorado, especialmente, quando consideramos o período de 1975 a 1988^{15,16}.

Considerações sobre as relações entre os movimentos feministas e o Movimento Sanitário no Brasil

Os movimentos feministas podem ser definidos como movimentos coletivos de luta das mulheres por direitos e por emancipação. A própria diversidade que constitui os movimentos feministas dificulta uma definição consensual^{17,18}. Existem diversas configurações dos feminismos no Brasil¹⁸, assim como em outros países¹⁷, que se caracterizam por questões teórico-metodológicas, ideológicas e culturais distintas, entre outros aspectos. Temos como exemplos os feminismos do Sul e decoloniais, negro, indígenas, radicais, liberais e marxistas etc.¹⁸. Entretanto, alguns aspectos aparecem comuns nas diferentes ações sociopolíticas que se autointitulam como feministas: o reconhecimento da opressão específica vivida pelas mulheres, a divisão desigual dos poderes nas sociedades e a certeza de que as diferenças nas relações entre homens e mulheres não estão

inscríticas na natureza, e, sim, na organização sociopolítica das sociedades, sendo, portanto, passíveis de mudança^{12,17}.

Existe uma distinção, ainda hegemônica, que foi realizada por algumas historiadoras e feministas da América do Norte e da Europa, dos movimentos feministas a partir de períodos históricos denominados como ondas. De maneira bastante sucinta, a primeira onda, segunda metade do século XIX e início do século XX, corresponderia às lutas pelo direito ao voto. Na segunda onda, metade da década de 1960 e começo dos anos 1970, enfatizava-se que é impossível a igualdade em uma sociedade patriarcal e que o 'privado é político'. Críticas relacionadas a essa divisão têm sido feitas, por ser uma forma de historiografia lacunar que termina por apagar parte da história dos feminismos¹⁷. Considerando essas críticas, optou-se por não utilizar tal divisão. Contudo, é importante mencionar que, dentro da dinamicidade social e da pluralidade que envolve os movimentos feministas, foram identificadas a terceira e a quarta ondas¹⁸.

Em meados da década de 1970, os feminismos brasileiros se reorganizaram sendo influenciados pelas experiências dos feminismos internacionais. Foram formados grupos de reflexão e de autoconsciência, especialmente no eixo Rio-São Paulo, por mulheres, predominantemente, de estratos sociais médios, profissionais, intelectualizadas, que tinham retornado dos Estados Unidos e da Europa, onde tinham entrado em contato com as ideias feministas¹³. Segundo Pinto¹³, algumas mulheres que fizeram parte desses grupos vão adquirir, posteriormente, uma projeção nacional. A hegemonia delas no movimento acabou produzindo exclusões e supressão da diversidade dos feminismos no Brasil, e o movimento dessa época passou a ser compreendido como de classe média e branco¹⁹.

Carneiro²⁰ analisa como a violência contra as mulheres negras e indígenas e a violação de seus corpos pelos colonizadores produziram marcas históricas profundas, apagadas pelo mito da democracia racial. A autora aponta

que essas experiências de múltiplas opressões não foram consideradas pelo discurso clássico dos feminismos no Brasil e questiona:

Quando falamos do mito da fragilidade feminina, que justificou historicamente a proteção paternalista dos homens sobre as mulheres, de que mulheres estamos falando? Nós, mulheres negras, fazemos parte de um contingente de mulheres, provavelmente majoritário, que nunca reconheceram em si mesmas esse mito, porque nunca fomos tratadas como frágeis. Fazemos parte de um contingente de mulheres que trabalharam durante séculos como escravas nas lavouras ou nas ruas, como vendedoras, quituteiras, prostitutas²⁰⁽¹⁾.

Críticas relacionadas com a ausência de reconhecimento das articulações entre classe e raça foram realizadas pelas feministas negras, demonstrando tensões e conflitos dentro dos feminismos nacionais²¹. Foge ao alcance deste ensaio analisar de forma mais aprofundada tais tensões. Contudo, é fundamental reconhecê-las e compreender que as dinâmicas dos movimentos feministas envolvem disputas com convergências e divergências entre os diferentes grupos¹⁹. Nesse período, a pauta de luta que pode ser considerada como aglutinadora, pois perpassava as experiências de, praticamente, todas as mulheres (ainda perpassa), é a reapropriação dos seus corpos. A consigna 'Nosso corpo nos pertence' se espalhou pelo mundo, desencadeando diferentes ações¹⁵. Foram criados diversos grupos e instituições não governamentais que trabalhavam na área da saúde, além de um amplo movimento popular de bairro composto, sobretudo, por mulheres com maior ou menor influência de ideias feministas. Os feminismos colocam uma posição alternativa ao debate populacional vigente expresso nas posições 'natalistas' e 'controlistas', formulando a noção de direitos reprodutivos²²:

Durante os anos 60 e início dos 70, a posição oficial do Brasil tendia ao natalismo.

Influenciado pela Igreja Católica, amparado nas elevadas taxas de crescimento do PIB verificadas durante o 'milagre econômico', e em preocupações militares geopolíticas de ocupação territorial, o governo descartava as posições neomalthusianas prevalentes em países do hemisfério norte, ao mesmo tempo em que fazia 'vista grossa' às entidades de planejamento familiar que operavam no país²³⁽²⁷⁾.

O crescimento populacional começou a ser considerado, a partir da década de 1950, como um problema para o desenvolvimento econômico dos países do denominado primeiro mundo, principalmente, os Estados Unidos. Existia a preocupação que uma explosão demográfica aumentasse o consumo e assim provocasse a escassez de matérias-primas para as indústrias estadunidenses, dificultando seus projetos políticos e econômicos. O neomalthusianismo, antes sem muito espaço no Brasil, vai ganhando força à medida que o modelo econômico nacional arrefece e a influência estadunidense aumenta com a difusão de ideias de que por meio do controle demográfico se alcançaria um bom desenvolvimento econômico e social, diminuindo a pobreza^{11,16}. As feministas negras denunciaram essas práticas 'controlistas', neomalthusianas, como racistas, já que realizaram a esterilização em massa das mulheres negras e pobres²¹. É neste contexto adverso que a noção de direito ao próprio corpo foi sendo construída.

Apesar de ter sofrido influências das experiências internacionais, mais especificamente, os feminismos franceses e estadunidenses¹⁹, grande parte dos grupos feministas da década de 1970 estava vinculada a organizações de influência marxista que faziam oposição à ditadura militar, isso levou o movimento a adquirir características próprias²⁴. O novo marco de direitos sofre uma releitura na América Latina, busca se afastar da concepção liberal e individualista, almejando compreender os direitos reprodutivos como também sociais²².

Corrêa e Petchesky²⁵ definem os direitos sexuais²⁶ e direitos reprodutivos em termos

de poder e recursos. O poder estaria atrelado à capacidade de tomar decisões a partir de informações seguras sobre o processo reprodutivo e a sexualidade, e os recursos como tudo aquilo que é necessário para a concretização destas decisões. As autoras propõem quatro princípios que fundamentam os direitos sexuais e direitos reprodutivos: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade. Entretanto, enfatizam que:

Os direitos sexuais e reprodutivos (ou quaisquer outros), compreendidos como 'liberdades individuais' e 'escolhas', não têm sentido, especialmente para grupos sociais mais pobres privados de direitos – quando estão ausentes as condições que permitem seu exercício. Estas condições constituem os direitos sociais e envolvem uma política de bem-estar social, segurança pessoal e liberdade política, elementos essenciais para a transformação democrática da sociedade e para a abolição de injustiças raciais, étnicas, de gênero ou classe²⁵⁽¹⁴⁹⁻¹⁵⁰⁾.

Uma discussão importante nesse campo traz a necessidade de demarcar as especificidades para sexualidade e reprodução, desde sua construção enquanto saúde sexual e saúde reprodutiva, até sua constituição como direito humano. Os direitos sexuais fruto dos debates feministas e dos movimentos LGBTQI+ vêm demarcar necessidades com relação ao direito ao prazer e o livre exercício das sexualidades. Sua separação dos direitos reprodutivos é uma estratégia necessária para demarcar que o exercício das sexualidades não deve estar atrelado à reprodução. Como tradicionalmente as mulheres foram colocadas no lugar da procriação e do cuidado materno como destino, estas análises devem ser consideradas. Além disso, as comunidades LGBTQI+ também podem vivenciar suas sexualidades sem a necessidade desta relação direta²⁶.

De acordo com Ávila⁶, os movimentos feministas, ao formularem a noção de direitos reprodutivos, estariam projetando um novo modelo de sociedade que exige reformas sociais

e alarga o campo da cidadania, e da democracia. Para a autora, os direitos reprodutivos têm que ser compreendidos dentro de uma dinâmica histórica dos feminismos, em que a ideia do específico como isolado ou separado deve ser superada e os conceitos e princípios devem servir como base de referência para as redefinições da política e das condições socioeconômicas não só da vida das mulheres, mas de toda a sociedade, comprometidos com a transformação das desigualdades sociais.

Nessa dinâmica histórica, foram realizados vários eventos, incluindo, em 1984, o I Encontro Nacional de Saúde em Itapeverica da Serra, São Paulo¹⁵. Esse encontro reuniu grupos de mulheres e feministas de diferentes estados, que elaboraram a Carta de Itapeverica²⁷. Documento considerado marco para algumas mulheres e feministas que militavam na área da saúde, a Carta²⁷ foi o primeiro registro público realizado pela sociedade civil, que apresentava a noção de saúde integral da mulher¹⁶.

A Carta de Itapeverica

Na Carta²⁷, dividida em duas partes, as mulheres apresentam uma série de denúncias tanto em caráter mais geral, relacionadas com as crises socioeconômica e sanitária em que vivia o Brasil, quanto sobre as especificidades das mulheres. Trazem algumas análises sobre o sistema de saúde, criticando o seu modelo privatista e medicalizante que não priorizava ações de prevenção e educação, não sendo adequado às necessidades da população. No que se refere às especificidades, o documento denuncia as condições precárias de atendimento às mulheres, sobretudo, as de estratos sociais baixos e sua visão reducionista da mulher como apenas reprodutora. Há o repúdio às ações 'controlistas' do Estado, com as esterilizações em massa, principalmente, das mulheres negras, ideias eugênicas²¹, e as justificativas fundamentadas no neomalthusianismo:

[...] as falsas soluções que propõem a implantação de um programa de planejamento familiar de cunho controlista, visando a

erradicação da pobreza no país. A miséria reinante no Brasil, como nos demais países do Terceiro Mundo não é resultado de uma 'explosão demográfica', e sim fruto de modelo econômico concentrador de renda²⁷⁽²⁻³⁾.

Na segunda parte da Carta²⁷, encontramos as propostas que se iniciam com uma conceitualização de saúde. Para as mulheres, o conceito de saúde em voga focalizava o indivíduo e a doença, enfatizando apenas os aspectos biológicos. Assim, propõem um conceito de saúde que considere sua dinamicidade e a interação entre os aspectos individuais, sociais, sexuais e de classe, sendo o processo saúde/doença compreendido a partir da análise das condições de vida. Apontam que as restrições sociais que impõem às mulheres o lugar de reprodutora, excluindo-as das decisões sobre os próprios corpos, acarretam problemas específicos, justificando a necessidade de um programa de saúde integral da mulher, que considere todos os ciclos biológicos e o contexto sociocultural. Reivindicam a participação das mulheres em todo processo de elaboração, implantação e fiscalização dessas ações e, assim, realizam uma defesa veemente do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism)²⁸.

Na Carta²⁷, notamos como existem análises e propostas que dialogavam com a RSB como, por exemplo, as críticas ao sistema de saúde e a concepção de saúde, então hegemônica. Podemos interpretar esse fato como um indicativo do trânsito de pessoas entre esses dois movimentos. Isso fica mais evidente em textos que analisam a criação e posterior tentativa de implantação do Paism²⁸, no início da década de 1980^{4,11,22,29-31}, considerado a primeira política pública de saúde que traz a integralidade, um dos princípios finalísticos do SUS³².

O Paism

Em 1984, o Paism^{22,28,31} foi anunciado pelo Ministério da Saúde como uma nova e diferenciada abordagem da saúde das mulheres.

Até aquele momento, a atenção à saúde das mulheres no Brasil referida nas políticas públicas estava relacionada, exclusivamente, com o aspecto materno-infantil. O foco principal dos diversos programas de saúde era realizar intervenções nos corpos das mulheres/mães, com o objetivo de garantir o nascimento de crianças que fossem adequadas às necessidades da reprodução social^{4,11,29}.

O Paism²⁸ foi elaborado por um grupo que reuniu sanitaristas, pesquisadores/as, feministas e representantes do Ministério da Saúde. As inovações não se referiram apenas aos conteúdos e propostas do programa, mas também era a primeira vez que um programa voltado para as mulheres tinha as próprias mulheres organizadas como interlocutoras privilegiadas, participando ativamente do seu planejamento, implantação e fiscalização^{4,22,29}. Entretanto, como analisam Osis³¹ e D'Oliveira²², o Paism²⁸ continha um paradoxo. Ao mesmo tempo que representava algo inovador, surgiu em um contexto adverso, o do regime militar (mesmo que no seu ocaso) e também era a primeira vez que o Estado brasileiro propunha, de maneira explícita, um programa sobre a regulação da fecundidade, o que provocou suspeita sobre suas reais intenções.

O programa não recebeu o apoio imediato nem unânime dos movimentos feministas. Houve uma divisão: algumas acusavam o Paism²⁸ de ser um programa com nova roupagem 'controlista', havia uma desconfiança sobre a proposta contraceptiva assumida pelo Estado, e o de se engajar em sua implantação, buscando assegurar a contextualização dessa proposta na perspectiva dos direitos reprodutivos. Apesar dessa divisão, a maior parte dos movimentos feministas aderiu à segunda opção, compreendendo-a como uma possibilidade de interferir no direcionamento que as políticas públicas destinadas à saúde das mulheres poderiam adquirir²².

Em 1986, o Paism²⁸ foi definido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) como referência para a atenção às mulheres. Foram elaboradas estratégias para a implantação do programa que refletiam a

articulação do Inamps com o Ministério da Saúde por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS). No Paism²⁸, encontra-se um conjunto de princípios e de diretrizes programáticas, que engloba os diferentes momentos dos ciclos de vida e situações de saúde das mulheres, incluindo, os temas relacionados com a reprodução. Sobre o planejamento familiar, afirma a livre escolha, preconizando que as pessoas não se submetam a riscos para a saúde em consequência da procriação e da anticoncepção. Tendo como propósito a garantia da autonomia na escolha dos métodos contraceptivos, são valorizadas práticas de educação em saúde e sexualidade, compreendidas como potentes ferramentas para a produção de informações que promovam a capacidade crítica das mulheres para a eleição dos métodos e que a atenção ao planejamento familiar seja realizada dentro da atenção à saúde, dessa forma, sob as diretrizes do princípio da integralidade^{4,28,30}.

Entretanto, não abordou a questão do aborto como um direito reprodutivo das mulheres ou mesmo pressionou para que fosse cumprida a lei²³. No Brasil, a prática do aborto é considerada crime como consta nos arts. 124 a 127 do Código Penal de 1940. Em duas situações, não é passível de penalização: quando a gravidez representa risco de morte para a mulher e quando a gravidez é resultado de violência sexual, e em 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu autorizar as mulheres que assim o desejarem a interromper a gravidez em casos de fetos anencéfalos, sem que a prática configurar aborto criminoso. Tal omissão no Paism²⁸ pode ser interpretada como uma estratégia dos movimentos feministas para não colocar em risco as alianças políticas com outros movimentos sociais e com a Igreja Católica progressista, na luta pela redemocratização³³.

Osis³¹ analisando a história do Paism²⁸ e o seu significado social, conclui que o programa foi precursor, inclusive no cenário internacional, ao ter como proposta o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais restrita

às ações voltadas para o planejamento familiar. A nova visão proposta pelas feministas sobre a integralidade compreendia a mulher como indivíduo e sujeita de direitos, percebida como uma totalidade, e não reduzida a um corpo reprodutivo individual ou populacional. Nessa perspectiva, ainda solicitavam a democratização do saber médico, a consideração dos saberes das mulheres e reivindicavam o direito ao acesso universal à saúde e aos cuidados médicos^{4,22}.

O Paism²⁸ surge em um período de efervescentes mudanças no campo da saúde, e sua implantação estava condicionada a uma reestruturação do modelo assistencial¹¹. Exigia a configuração de uma rede de serviços de saúde com acesso universal, hierarquizada e regionalizada, o que refletia as proposições contidas na RSB^{4,22}. Costa³⁰ pontua as conquistas do Movimento Sanitário no que diz respeito à consagração da saúde como direito universal e dever do Estado, como consta na Constituição, e dos movimentos feministas em terem mudanças nas concepções sobre os lugares das mulheres, refletidas, mesmo que apenas no plano formal, na definição sobre saúde das mulheres. Entretanto, segundo D'Oliveira²², as articulações entre essas duas fontes, Feminismos e Reforma Sanitária, não foram realizadas de maneira harmônica:

A priorização, elemento essencial para a proposta médico-sanitária, e a integralidade, ponto básico do feminismo, tinham em comum o estímulo à ampliação da cobertura assistencial, mas com lógicas diversas. Enquanto as mulheres pediam o acesso ampliado a serviços com nova qualidade e renovadas relações de poder, a Reforma Sanitária pensava em um acesso ampliado com racionalização das ações do ponto de vista médico sanitário, o que implicaria, em tese, em priorização, com escolhas baseadas, sobretudo, no saber médico²²⁽¹⁰⁸⁻¹⁰⁹⁾.

Para Ávila e Corrêa¹⁵, desde o início, questionamentos sobre o saber/poder médico estiveram presentes nas reflexões e reivindicações

dos movimentos feministas. As concepções de saúde e assistência à saúde das mulheres, nas análises das feministas, estavam fundamentadas em uma concepção de natureza feminina compreendida como frágil, descontrolada e direcionada exclusivamente à reprodução social. O saber/poder médico produzia um disciplinamento do corpo feminino, bem como justificava a hierarquia entre os sexos, em que as mulheres ocupavam (ainda ocupam) o lugar de inferioridade. A saúde, assim, emerge no cenário dos feminismos como um espaço para mostrar como a procriação era um lugar de aprisionamento e de redução da dimensão humana das mulheres^{4,15}.

Essas ideias, para além do Paim²⁸, parecem ter circulado no evento emblemático do Movimento Sanitário, a VIII Conferência, já que ocorreu, pela primeira vez, uma mesa sobre a saúde das mulheres²³. No entanto, em seu relatório⁸, não encontramos menção a elas, ou seja, apesar da conquista do espaço de debate, as pautas feministas não foram incluídas no documento final, nem mesmo foram consideradas na concepção ampliada de saúde. Vaitsman³⁴, ao analisar a concepção de saúde da VIII Conferência, assinala que essa definição, apesar de reconhecer a importância de aspectos como liberdade, meio ambiente, educação e lazer, não restringindo a saúde ao econômico, os reduz à determinação das formas de organização social da produção. Aponta que a saúde ou sua ausência não seria apenas o resultado das relações estabelecidas no processo social de produção. Embora as formas de organização social de produção gerem desigualdades, esse aspecto não deveria ser considerado como o principal ou mesmo o único determinante das desigualdades sociais e do processo saúde/doença.

Destaca que existem outras dimensões que produzem desigualdades, como gênero, raça, idade etc., que, combinadas com as relações de classe, produzem diferenças nos modos de vida e, conseqüentemente, nos processos saúde/doença:

A existência de saúde, que é física e mental – está ligada a uma série de condições irreduzíveis umas às outras. Um conceito ampliado não poderia então considerar saúde só como resultante das formas de organização social da produção. Pois é produzida dentro das sociedades que, além da produção, possuem certas formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente³⁴⁽¹⁷¹⁾.

Tais análises nos remetem a uma problemática que é recorrentemente apresentada por diferentes autoras, a conjugação das denominadas lutas ‘específicas’ com as tidas ‘questões mais amplas’¹²⁻¹⁵. As dificuldades em superar essa dicotomia parecem ter marcado as relações entre os movimentos feministas com outros movimentos sociais, incluindo o sanitário. Como discorre Teles¹²⁽⁶³⁾:

A luta pela libertação da mulher não devia em nenhum momento ser desvinculada da busca de soluções dos problemas mais gerais da sociedade. Mas em raríssimas oportunidades as forças políticas que se propõem a travar as lutas gerais elegeram a questão da mulher como fundamental para o desenvolvimento do próprio processo de libertação do povo.

A luta geral que pode ser representada pela redemocratização e, no caso da saúde, pela democratização da saúde, para alguns setores, não se relacionava com as lutas feministas. Argumentos de que as pautas das mulheres enfraqueceriam e/ou dividiriam as lutas pelas ‘causas maiores’ e que as transformações sociais mais amplas desencadeariam mudanças nos modos de vida, provavelmente, foram trazidos como justificativas, pois tais posicionamentos eram comuns mesmo entre as forças progressistas¹²⁻¹⁵. Resta-nos questionar como a RSB poderia alcançar uma ampla transformação social sem considerar as denominadas especificidades, gênero, raça, etnia, sexualidades etc., já que estas são dimensões sociais importantes

que constituem a vida cotidiana das pessoas, produzindo diferentes desigualdades que se conectam e, ao mesmo tempo, vão além da organização social da produção. A denominada especificação deve ser compreendida como uma complexificação do olhar sobre o/a sujeito/a de direito, um distanciamento de uma visão de ser humano abstrata. Ela acentua e concretiza as diferenças, considerando os diversos marcadores sociais que, ao longo do tempo, vêm delimitando experiências de maior ou menor cidadania²³.

Os desafios em colocar no processo de democratização da saúde e redemocratização política o reconhecimento das mulheres como sujeitas de direito e com necessidades específicas se faziam presentes em diferentes espaços^{4,15}. É dentro desse campo de correlações de forças conservadoras e progressistas não muito favoráveis às agendas feministas que os movimentos de mulheres e feministas atuaram, de maneira bastante ativa, na elaboração da Nova Constituição. A estratégia principal utilizada, mesmo não tendo sido consensual, foi de ocupar e qualificar com conteúdos feministas os espaços institucionais que estavam sendo (re)organizados no período de transição democrática^{15,23}.

A Nova Constituição

Em 1985, foi criada, pelo governo federal, uma conquista do movimento de mulheres e feministas, um espaço institucional importante: o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). No Conselho, as mulheres puderam organizar suas reivindicações e acompanhar de perto os debates na Assembleia Nacional Constituinte^{12,13,15}. Um cartaz que fora distribuído com os dizeres ‘Constituinte para valer tem que ter palavra de mulher’ exemplificava a mobilização das mulheres²³. Além de realizar campanhas para que os direitos das mulheres fossem incorporados na nova Constituição, foi o CNDM que promoveu o encontro em que grupos feministas e de mulheres elaboraram a ‘Carta da mulher brasileira aos constituintes’.

O documento emblemático foi distribuído para os constituintes e era composto por duas partes. Na primeira parte, estavam descritas propostas mais amplas, que ultrapassavam as necessidades específicas das mulheres, com a defesa da justiça social, da reforma agrária, do ensino público e gratuito, a criação do SUS, entre outros temas. Já na segunda parte, estão apresentadas as reivindicações das mulheres no trabalho, na saúde, nas relações de conjugalidade etc.¹³.

Pitanguy²³ destaca duas proposições importantes da carta, no que se refere à saúde: a defesa da saúde como um direito de todos e dever do Estado e que a saúde das mulheres não se restringe à dimensão materno-infantil. Os princípios da atenção integral presentes no País²⁸ foram reafirmados, da mesma forma que se combatia um modelo de regulação da fertilidade que fosse realizado de maneira coercitiva por instituições públicas ou privadas, que impusesse ou mesmo negasse o acesso aos métodos contraceptivos.

Durante o processo da constituinte, o CNDM enviou mais de 120 propostas e emendas populares elaboradas por diferentes entidades de mulheres e feministas ao Congresso Nacional, demonstrando como as mulheres estavam articuladas e ativas em todo o processo de construção da nova Constituição^{13,23}. As propostas foram, quase todas, incorporadas no texto da Constituição de 1988, e pela primeira vez foi reconhecida a igualdade jurídica entre homens e mulheres. No que se refere à saúde, vale a pena destacar a importância da atuação dos movimentos feministas que impediu retrocessos na lei relacionados com os direitos reprodutivos, especificamente, com o aborto. Mesmo não sendo colocada explicitamente a questão da legalização nos documentos produzidos, as feministas conseguiram garantir que não ocorresse mudanças na legislação³³. Na época, também existia uma bancada religiosa conservadora, que pretendia introduzir a premissa do ‘direito a vida desde a concepção’, o que significaria retrocessos na lei^{12,23}.

A Constituição de 1988 não estabelece o direito à vida desde a concepção e garante o direito dos cidadãos e cidadãs de decidirem

livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos/as, estabelecendo o planejamento reprodutivo (planejamento familiar, como escrito na Constituição) como um direito das pessoas e conferindo ao Estado o dever de prover os meios e os recursos necessários para tal^{15,35}. Também passa a reconhecer a violência doméstica como um problema social e que o Estado deve construir mecanismos para combatê-la¹².

Resultante do mais abrangente e democrático pacto estabelecido na história brasileira, a Constituição atual não se originou de uma ruptura completa com o regime militar. No processo da constituinte, diferentes forças democratizantes participaram, desde aquelas vinculadas à ditadura até as progressistas, que se opuseram ao autoritarismo. Em um contexto nacional marcado pela desconfiança, fragmentação política e ausência de uma visão hegemônica sobre os rumos do País, e em uma conjuntura internacional adversa com a agenda neoliberal a todo vapor, a Constituição de 1988 configurou-se como o pacto social do possível, com conquistas importantes, mesmo que no plano formal, relacionadas com os princípios da seguridade social e da universalização^{36,37}.

Ainda dentro desse período, é importante mencionar que, anterior à promulgação da Constituição e como desdobramento da VIII CNS, aconteceu, em 1986, a I Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher. O encontro organizado pelo CNDM, contando com a colaboração dos movimentos de mulheres de várias partes do país e com o apoio do Ministério da Saúde, reafirmou os princípios da ‘Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes’ e as diretrizes do Paism²⁸, articulando-as às conclusões da VIII Conferência, e, conseqüentemente, à necessidade de uma Reforma Sanitária^{15,23,38}. Para Pitanguy²³, dentre os aspectos discutidos na Conferência, dois pontos merecem destaque: uma proposta de legalização do aborto e a denúncia do abuso das esterilizações.

A atuação dos movimentos feministas e de mulheres foi, portanto, fundamental para as conquistas dos direitos consagrados na

Constituição na área da saúde tanto no que se refere às especificidades das mulheres quanto às denominadas questões mais amplas. Diferentes autoras, ao analisarem a atuação dos movimentos nesse período, destacam como as ações realizadas pelas mulheres e feministas estavam implicadas com a luta pela redemocratização do país e democratização da saúde, por conseguinte, com a construção de um projeto de sociedade democrático e comprometido com a justiça social, que também incluísse as pautas das agendas feministas^{15,23,24}.

Comentários finais

As reflexões iniciais tecidas neste ensaio indicam que existiram diálogos entre os movimentos feministas e sanitário. Identificamos propostas defendidas pela RSB nos documentos produzidos pelo ou com a participação dos movimentos de mulheres e feministas^{27,28,38}, sendo a mais ilustrativa a formulação e tentativa de implementação do Paism²⁸. Costa e Aquino⁴ analisam como o Paism²⁸ resultou de interesses convergentes entre os movimentos feministas e sanitário. A nova abordagem da política de saúde das mulheres apresentava propostas que ampliavam e davam forma ao conceito de integralidade, tentando incorporar ações programáticas integradas que fossem mais horizontais e descentralizadas, além de assumir uma visão global da saúde das mulheres, antes restrita à sua dimensão reprodutiva. O próprio recuo estratégico relacionado com a legalização do aborto³³ demonstra o engajamento dos movimentos feministas em promover articulações com outros movimentos sociais, evitando-se temas polêmicos e possíveis rupturas.

A partir da pesquisa documental preliminar^{4,6,11,15,22,23,27-30,38} encontramos uma busca incessante dos movimentos feministas na saúde para relacionar as necessidades específicas das mulheres com as denominadas ‘questões mais amplas’, exemplificadas pela implicação nas lutas pela redemocratização social e democratização da saúde. Por outro

lado, não encontramos a preocupação com as necessidades das mulheres em textos que analisam a RSB¹⁻³ e no relatório da VIII CNS⁸, evento emblemático para o movimento sanitário. O que essa omissão significou? Quais foram os motivos? Perguntas que só poderemos, talvez, responder entrevistando as pessoas autoras dessa história, o que assinala mais um limite deste ensaio e, ao mesmo tempo, são ideias para outros estudos, que podem também considerar outras conjunturas. No entanto, cabe aqui arriscar algumas interpretações.

Para além das dificuldades já mencionadas em conectar o ‘específico’ com o ‘geral’, tal circunstância parece também revelar outras tensões relacionadas com a construção de uma pauta aglutinadora. Podemos ter como exemplo o que Teles¹² descreveu sobre o que aconteceu no II Congresso da Mulher Paulista, em 1980. A autora relata que uma disputa pela hegemonia dos movimentos por diferentes forças políticas e filiações partidárias gerou conflitos que dificultaram a construção de uma atuação unitária entre os movimentos feministas e os partidos:

Estes tentavam impor sua linha programática ao movimento, desconsiderando por inteiro as singularidades das mulheres que se apresentam na família, no casamento, em relação à maternidade, ao aborto, à sexualidade, no trabalho, no processo de profissionalização e educação¹²⁽¹²¹⁾.

Como não encontramos ainda estudos que analisem as relações estabelecidas entre os movimentos feministas e sanitário no período de 1975 a 1988, supomos que situação semelhante possa ter acontecido. Ademais, é preciso considerar que a busca por uma unidade de luta dentro dos próprios movimentos sociais já é algo bastante desafiante. Disputas internas sobre quais pautas e estratégias são as mais importantes fazem parte da heterogeneidade que caracteriza os diferentes movimentos sociais⁷, com suas correntes teóricas, filiações partidárias e ideológicas etc., incluindo os

feministas¹²⁻¹⁴ e o sanitário^{2,3}. Dessa forma, estabelecer pontos em comum envolve certamente conflitos. A questão que se coloca é como esses conflitos são compreendidos.

Segundo Mouffe³⁹, o antagonismo e o conflito são inerentes à democracia. Ela defende a construção de um espaço agonístico público de contestação, em que diferentes projetos políticos hegemônicos possam ser confrontados:

Para ser aceito como legítimo, o conflito precisa assumir uma forma que não destrua o ente político. Isso significa que é preciso existir algum tipo de vínculo comum entre as partes em conflito para que elas não tratem seus oponentes como inimigos que devem ser erradicados nem considerem que suas pretensões são ilegítimas com a relação amigo/inimigo³⁹⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

A autora denomina de agonismo um tipo de relação em que os oponentes não são considerados como simples concorrentes, com interesses que podem ser negociados ou acomodados em um debate, porque, nesse caso, o antagonismo deixaria de existir. Na relação agonística, as partes conflitantes reconhecem que não existe uma solução racional para o conflito, mas também reconhecem a legitimidade de seus oponentes, que são percebidos como ‘adversários’, e não como um inimigo que deve ser eliminado. Mouffe³⁹ coloca que o modelo adversarial é imprescindível para a democracia, pois ajuda a manejar o antagonismo com a construção de canais políticos legítimos como, por exemplo, as instituições democráticas. Estas têm que garantir a expressão das vozes discordantes, já que, segundo a autora, isso reduziria a probabilidade de emergirem conflitos antagonísticos na política democrática.

A democracia moderna exige outra formulação da distinção nós/eles/as. Uma que aceite o pluralismo que a constitui e que mantenha sob controle o surgimento do antagonismo. Para isso, a política democrática tem que elaborar formas coletivas de identificação que mobilizem os afetos, as paixões como denomina

Mouffe³⁹, que sejam capazes de construir cadeias de equivalência de comuns e que, ao mesmo tempo, reconheçam o caráter hegemônico de todos os tipos de ordem social, que são estabelecidos em um contexto de contingência³⁹.

Nessa perspectiva, Aquino⁴⁰, refletindo sobre a construção do SUS e a equidade de gênero em saúde, assinala que existem diferentes projetos de sociedade em disputa que acabam provocando a busca por soluções que não devem se restringir apenas às técnicas, mas considerar, sobretudo, o âmbito político. Enfatiza que é impossível obter mudanças fora do projeto de SUS democrático, proposto pela RSB e consagrado na Constituição, da mesma forma sem a defesa do Estado laico, democrático e plural que considere as articulações entre gênero, classe social, raça, etnia e sexualidades, e suas implicações para a saúde.

Compartilhando de reflexões semelhantes Paim¹⁰ propõe:

Considerando as peculiaridades da revolução passiva no Brasil que invadiu o processo da RSB, torna-se fundamental constituir sujeitos da práxis (sujeitos da resistência, novos servidores públicos, sujeitos transformadores), individuais e coletivos, capazes de defender o SUS, e sujeitos da antítese aptos em desequilibrar o binômio da conservação-mudança a favor das transformações, radicalizando a democracia e a RSB [...]. Diante das limitações dos partidos e do protagonismo dos movimentos sociais, a busca da hegemonia político-cultural e a luta pela radicalização da

democracia implicam a construção de equivalências entre agendas e sujeitos coletivos, para além da contradição capital-trabalho¹⁰⁽¹⁷²⁷⁾.

Os desafios para realizar as propostas sugeridas por Paim¹⁰ são muitos, principalmente, em uma conjuntura como a atual de graves retrocessos relacionados com as conquistas democráticas, que englobam a saúde e os direitos reprodutivos. Assim, ao elaborar este ensaio, reconhecemos suas limitações e a complexidade da temática. Nos arriscamos a traçar essas pistas analíticas para explicitar os trânsitos/diálogos entre os dois movimentos sociais, as conquistas alcançadas e compreender, ainda que incipientemente, como essas relações foram estabelecidas. Esperamos que essas reflexões, mesmo que parciais, possam contribuir para a construção de estratégias que agreguem velhos/as e novos/as sujeitos/as concretos e plurais na luta pelo direito a saúde.

Colaboradores

Silveira PS (0000-0003-0621-6059)* contribuiu para a concepção, realização da pesquisa e elaboração do ensaio. Paim JS (0000-0003-0783-262X)* contribuiu para a concepção, elaboração do ensaio, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final. Adrião KG (0000-0002-7411-425X)* contribuiu para a elaboração do ensaio e revisão crítica do conteúdo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Paim JS, Almeida-Filho N. Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Medbook; 2014. p. 203-209.
2. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
3. Fleury S. Reforma Sanitária: múltiplas leituras, diálogos e controvérsias. In: Fleury S, organizadora. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 15-30.
4. Costa AM, Aquino EL. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: Costa A, Merchán-Hamann E, Tajer D, organizadores. Saúde, equidade e gênero. Brasília, DF: UnB; 2000. p. 181-202.
5. Sarti CA. Feminismo e contexto: lições do caso brasileiro. Cad. Pagu. [internet]. 2001 [acesso em 2018 fev 16]; 16:31-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332001000100003&lng=pt&nrm=iso.
6. Ávila MB. Modernidade e cidadania reprodutiva. Rev. Estud. Feministas. 1993; (2):382-393.
7. Gohn MG. Movimentos Sociais In: Ivo ABL, coordenador. Dicionário temático desenvolvimento e questão social: 81 problemáticas contemporânea. São Paulo: Annablume; 2013, p. 309-319.
8. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 8a Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF; 1986.
9. Heller A. Teoría de las necesidades em Marx. Letra; 1986.
10. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciênc. Saud. Colet. [internet]. 2018 [acesso em 2019 jan 20]; 23(6):1723-1728. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=pt&nrm=iso.
11. Costa AM. Desenvolvimento e implantação do Paism no Brasil. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 319-335.
12. Teles MAA. Breve história do feminismo no Brasil. São Paulo: Brasiliense; 1999.
13. Pinto CR. J. Uma História do Feminismo no Brasil. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2003.
14. Pedro J. Narrativas fundadoras do feminismo: poderes e conflitos (1970-1978). Rev. Bras. História. [internet]. 2006 [acesso em 2018 maio 15]; 26(52):249-272. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01882006000200011.
15. Ávila MB, Corrêa S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: Galvão L, Dáz J, organizadores. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 70-103.
16. Brito MAF. A influência de movimentos de mulheres nas políticas públicas para a saúde da mulher no Brasil – 1984 [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2014. 125 p.
17. Fougeyrollas-Schwebel D. Movimentos Feministas. In: Hirata H, Françoise Laborie, Hélène Le Doaré, et al., organizadoras Dicionário crítico do feminismo. São Paulo: Unesp; 2009. p. 144-149.
18. Holanda HB. Explosão feminista: arte, cultura, política e universidade. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.
19. Adrião KG. Encontros do feminismo: uma análise do campo feminista brasileiro a partir das esferas do movimento, do governo e da academia [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008. 301 p.
20. Carneiro S. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspec-

- tiva de gênero. In: Ashoka Empreendimentos Sociais, Takano Cidadania, organizadores. Racismos contemporâneos. Rio de Janeiro: Takano; 2003. p. 49-58.
21. Damasco MS, Maio MC, Monteiro S. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). *Rev. Estud. Feministas*. [internet]. 2012 [acesso em 2019 ago 1]; 20(1):133-151. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 22. D'Oliveira AFL. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. *Inter. Comunic. Saúde, Educação*. [internet]. 1999 [acesso em 2017 fev 8]; 3(4):105-122. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831999000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 23. Pitanguy J. O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 19-38.
 24. Sarti CA. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. *Rev. Estud. Feministas*. [internet]. 2004 [acesso em 2017 fev 1]; 12(2):35-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2004000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
 25. Corrêa S, Petchesky R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis* [internet]. 1996 [acesso em 2017 jan 28]; 6(1/2):147-177. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311996000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
 26. Corrêa S. Cruzando a linha vermelha: questões não resolvidas no debate sobre direitos sexuais. *Horiz. Antropol.* [internet]. 2006 [acesso em 2018 ago 19]; 12(26):101-121. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832006000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
 27. Carta de Itapeperica. [Itapeperica da Serra/SP]; 1984.
 28. Brasil. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ações programáticas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1984.
 29. Osis MJ. *Atenção Integral à saúde da Mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção* [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1994. 118 p.
 30. Costa AM. *Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil*. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2009 [acesso em 2017 jun 19]; 14(4):1073-1083. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
 31. Osis MJ. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [internet]. 1998 [acesso em 2017 ago 30]; 14(supl1):25-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
 32. Teixeira CF, Souza LEPEF, Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 121-137.
 33. Scavone L. Políticas feministas do aborto. *Rev. Estud. Feministas*. [internet]. 2008 [acesso em 2017 out 31]; 16(2):675-680. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000200023&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
 34. Vaitsman J. *Saúde, Cultura e Necessidades*. In: Fleury S, organizadora. *Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. p. 157-173.
 35. Ventura M. A questão do aborto e seus aspectos jurídicos. In: Rocha MIB, Barbosa RM, organizadoras. *Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos*. Campinas: Unicamp; 2009. p. 176-205.
 36. Vieira OV, Barbosa AL. *Do compromisso maxim-*

- zador à resiliência constitucional. *Novos estud. CEBRAP*. [internet]. 2018 [acesso em 2019 jan 11]; 37(3): 375-393. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002018000300375&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
37. Cardoso JCP. A CF-1988 na Berlinda: trinta anos de disputas por um projeto nacional de desenvolvimento nos trópicos. *Saúde debate*. [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 6]; 42(esp3):18-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000700018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
38. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher. Brasília, DF; 1987.
39. Mouffe C. *Sobre o político*. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2015.
40. Aquino EML. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. *Cad. Saúde Pública*. [internet]. 2014 [acesso em 2017 maio 25]; 30(supl1):8-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300002&lng=pt&nrm=iso.

Recebido em 10/04/2019

Aprovado em 07/08/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Promoção da saúde e efetivação da Reforma Sanitária no contexto dos povos originários

Health promotion and accomplishment of Health Care Reform in the context of indigenous populations

Ana Elisa Rodrigues Alves Ribeiro¹, Regina Célia de Souza Beretta¹, Wilson Mestriner Junior²

DOI: 10.1590/0103-11042019S821

RESUMO O Brasil teve atos e políticas excludentes que levaram à quase dizimação dos variados povos indígenas. Buscando voz e inclusão, o movimento dos povos originários contou com a presença de representantes das próprias comunidades para a consolidação da Reforma Sanitária nesse contexto. Conselheiros indígenas de saúde e agentes indígenas de saúde fomentam a resiliência para reivindicar, proteger e curar relações, lidando com a perspectiva biomédica, e atuação de profissionais não indígenas. Este trabalho objetiva evidenciar as aprendizagens colaborativas e práticas interdisciplinares no atual sistema de saúde brasileiro, para a promoção da saúde dos povos originários. Em uma revisão integrativa, propôs-se discorrer sobre o impacto da formação profissional com ênfase na questão étnica, possibilidades de atuação não colonizadora e inclusiva, e a contribuição dos diversos atores, indígenas ou não, que possibilitam a consolidação desse subsistema de atenção, considerando suas especificidades e sua maneira própria do fazer da saúde. A autonomia, com foco no empoderamento, fortalecida por meio do reconhecimento do papel fundamental dos próprios indígenas e de pessoas ligadas à causa indigenista que se estabeleceram para tal assistência, consolidaram a Reforma Sanitária também nesses territórios, na tentativa de universalidade no acesso, integralidade da atenção, promoção da equidade e redução de iniquidades.

PALAVRAS-CHAVE Práticas interdisciplinares. Promoção da saúde. Reforma dos serviços de saúde. Saúde de populações indígenas.

ABSTRACT *Brazil has always had historic practices and excluding politics that almost decimated the varied indigenous peoples. Seeking a voice and inclusion, the movement of original populations counted on the presence of communities' representatives to consolidate the Health Care Reform. Health indigenous advisors and indigenous health agents promoted resilience to claim, protect, and cure relations, dealing with the biomedical perspective, and the performance of non-indigenous professionals. The present study aims to emphasize interdisciplinary placement and collaborative learnings among original populations' health actors in the current Brazilian health system for the promotion of health among original peoples. Through an integrative review, it was proposed a glossing over the impact of professional qualification emphasizing ethnic issues and practices proper to such context, possibilities of a non-colonial and inclusive actuation, and the contribution of several actors, indigenous or not, that made such health sub-system possible, considering its specificities and its own way of working in health. Autonomy, focused on empowerment, strengthened by the recognition of the essential role of indigenous peoples and non-indigenous contributors established for such health assistance, consolidated Health Reform also in these territories, trying to achieve universality in service access, integrality of care, promotion of equity, and reduction of inequities.*

KEYWORDS *Interdisciplinary placement. Health promotion. Health care reform. Health of indigenous peoples.*

¹Universidade de Franca (Unifran) – Franca (SP), Brasil.
anaelisa.rar@gmail.com

²Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.



Introdução

O movimento global da promoção da saúde, por ocasião da segunda Conferência mundial, realizada em 1988 na Austrália pela Organização Mundial da Saúde, trouxe pela primeira vez a preocupação com a promoção da saúde dos povos originários de todo o mundo¹. No Brasil, um dos maiores conflitos para os povos indígenas se deu no aspecto biótico e da saúde, pelo contato com doenças mortais e a forma de colonização que, desde o princípio, os tornaram grupos vulneráveis e sujeitos a iniquidades².

Até a Reforma Sanitária Brasileira, apenas iniciativas aleatórias e esporádicas relacionadas a saúde das comunidades indígenas ocorreram, não levando em conta os valores e práticas de saúde desses povos^{3,4}. Conflitos econômicos e sociais, especialmente aqueles ligados às questões territoriais e de exploração de recursos, justificaram e ainda justificam descaso, legislações tardias e efetividades nulas nas políticas implantadas para essas populações; culminando no atual quadro de saúde dos povos indígenas⁵. O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, com seus princípios fundamentais de descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social, propiciou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes capacidade civil plena, não mais de tutela, legislando e tratando sobre suas questões de saúde⁶. Em função das especificidades culturais multi-étnicas, esses povos necessitaram de abordagens diferenciadas em saúde para que a Reforma Sanitária fosse efetiva, consolidando um subsistema de atenção especial, a partir da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em 2002 e posteriormente com a Secretaria Especial de Saúde Indígena no Ministério da Saúde^{3,7}.

A Secretaria Especial de Saúde Indígena, responsável pela atual coordenação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, foi implementada tardiamente, após inúmeros contratemplos, para oferecer

um novo modelo de responsabilidade sanitária e gestão. Alinhada com as diretrizes do SUS, mas também às necessidades dos povos originários, suas características especiais visam a um modelo descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária e financeira; a fim de desenvolver ações de atenção integral à saúde e educação em saúde para essas populações, planejar e coordenar as ações de saneamento e edificações de saúde nos territórios, articular estados, municípios e organizações não governamentais nas ações de atenção à saúde indígena e promover o fortalecimento do controle social dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) do Brasil⁸.

Foi preciso um olhar ampliado e adaptado para que se cumprisse a Reforma Sanitária nos territórios indígenas, inclusive acerca dos próprios trabalhadores de saúde envolvidos para esses fins. Respeitando suas organizações socioculturais e seus valores e práticas tradicionais de saúde, essa atual conformação de promoção e assistência à saúde indígena atualmente é alvo de ataques e retrocessos de direitos tão duramente conquistados. Compreender esse modelo de organização construído ao longo do tempo pode contribuir para que iniquidades em saúde sejam evitadas, bem como auxiliar na prevenção de situações que indiretamente as favoreçam, como o preconceito/racismo que gera violência, abuso do álcool e um elevado índice de suicídio nesses grupos; a compreensão das transformações do seu modo de vida; os interesses políticos e econômicos de grupos não indígenas presentes nos territórios que modificam o meio e o trabalho dos indivíduos. Foram necessárias diversas e complexas adaptações para que esses grupos populacionais tivessem o acesso ao sistema de saúde brasileiro com a atual conformação das equipes de saúde, em uma estrutura orçamentária específica dos recursos desse setor e diversas políticas que visam contribuir para a luta dessas populações contra o preconceito, a exploração e as disputas territoriais.

As aprendizagens colaborativas e práticas interdisciplinares foram enfatizadas

atualmente pela Organização Pan-americana da Saúde como ações imprescindíveis para a resolução das questões de saúde. Esse marco é resultante de estudos voltados para os indivíduos envolvidos na saúde e possibilita mudanças na medicina e na assistência à saúde, a partir dos recursos humanos⁹. Corroborando o histórico de ações nos territórios indígenas e necessidades enfatizadas por suas políticas de saúde, as aprendizagens colaborativas e práticas interdisciplinares estão apoiadas nas experiências de diferentes profissionais e atores a fim de prestar uma melhor qualidade de assistência. Assim, o reconhecimento dos atores de saúde tradicionais, o apoio às lideranças e a mudança de atitudes dos profissionais de saúde de acordo com valores locais e culturais foram mecanismos que serviram de base para aperfeiçoamentos na atuação e na formação dos profissionais de saúde dos DSEI e que continuam aperfeiçoando o fazer diário da saúde indígena¹⁰.

Favorecer o empoderamento dos povos originários pelos seus representantes sociais e de saúde é um mecanismo que também contribui para a promoção da saúde, a missão da Secretaria Especial de Saúde Indígena e dos órgãos prestadores desses serviços: de valorização da cultura indígena e do diálogo intercultural. A contribuição dos profissionais e atores da saúde indígena para a consolidação do SUS, promoção da saúde e empoderamento desses grupos nos territórios ainda não foi retratada na literatura e dialoga com perspectivas passadas, presentes e futuras da saúde indígena¹¹.

Metodologia

Foi utilizada como metodologia uma revisão integrativa dessa temática, visto que, para compreender as diversas articulações de atores e suas contribuições para a saúde indígena, é preciso uma síntese dos fatores que a envolvem na análise¹². Ao longo do tempo, diversas maneiras de interação profissional ocorreram na assistência à saúde desses povos, adaptando-se às premissas políticas e de direitos, e gerando

aprendizagens colaborativas e práticas interdisciplinares. A compreensão de como os atores da saúde indígena se articulam pode favorecer a promoção da saúde indígena e reduzir retrocessos.

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca na base de dados de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) utilizando, para tal busca, as seguintes palavras ou conjunto de palavras acrescidos de 'e' ou 'ou': 'Saúde Indígena', 'Promoção da Saúde Indígena', 'Agentes Indígenas de Saúde', 'Capacitação em Saúde Indígena' e 'Educação Permanente em Saúde Indígena'.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos ou documentos publicados em português, inglês e espanhol, na íntegra e que retratassem a temática dos atores da saúde indígena no Brasil e países América Latina, nos últimos 15 anos. Como critérios de exclusão, aqueles trabalhos que se repetiam nos diversos descritores foram excluídos, bem como aqueles que mesmo sendo apresentados na busca das palavras não traziam informações sobre atores ou profissionais da saúde indígena ou alguma relação com a formação destes. Seguindo esses critérios, 23 artigos foram selecionados, uma vez que traziam esses aspectos ligados aos 'recursos humanos' da saúde indígena. Os estudos selecionados foram divididos em temáticas que facilitassem a compreensão dos papéis, a inter-relação dos atores envolvidos e sua formação para a saúde indígena como apresentado no *quadro 1*. As análises foram realizadas de forma descritiva para observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

Formação profissional e educação permanente em saúde indígena

Para compreender a importância de uma formação profissional diferenciada para especificidades étnicas, e um aperfeiçoamento

constante dos serviços de saúde por meio da educação permanente, é preciso retomar discussões teóricas da literatura sobre as condições sociopolíticas e de saúde atuais dos povos indígenas justificadas por uma propagação do padrão eurocêntrico historicamente construído como superior. Esse padrão não leva em conta os valores tradicionais indígenas e suas contribuições sociais ou de saúde para a cultura brasileira, gerando preconceitos, discriminações e iniquidades tanto em saúde como nos diversos âmbitos da sociedade¹³.

Um dos materiais avaliados nesta revisão, que relata a gestão de um projeto de extensão em áreas indígenas, abordou a necessidade da capacitação diferenciada para esse contexto retratando temáticas como: a relação do homem em sociedade; diferentes culturas e o contato social; o estudo da relação étnico-racial no Brasil; conceitos de cidadania e política; humanização da saúde; sociologia, antropologia, promoção de saúde, saúde indígena e as políticas de atenção à saúde desses povos, na formação dos profissionais de saúde e agentes indígenas de saúde¹⁴.

Também sobre a formação profissional diferenciada para atuação no subsistema de atenção à saúde indígena, Moreira e Motta¹⁵ enfatizaram o desenvolvimento da competência cultural na própria graduação em saúde, apresentando falhas nessa abordagem e uma necessidade de adequação das grades curriculares para esse fim. No mesmo ano, em um trabalho realizado por uma demanda de alunos indígenas, a Universidade de Brasília instituiu a Disciplina de Saúde Indígena no Departamento de Saúde Coletiva, com perspectivas de compor a matriz curricular da Residência Multiprofissional em Saúde. Essa iniciativa foi relatada no trabalho como uma conquista estudantil pioneira sobre o tema, evidenciando como a formação em saúde indígena e a interculturalidade ainda se encontram distantes da maioria das realidades de ensino em saúde¹⁶.

Outro trabalho encontrado também aborda a inclusão de disciplinas sobre populações tradicionais amazônicas na graduação de

enfermagem da região Norte. Esta região é composta por 24 dos 34 DSEI, justificando uma maior atenção na formação em saúde indígena, mas ainda assim não possui a abordagem da temática dos povos originários em todas as instituições de ensino. De 69 instituições, apenas 14 cursos apresentaram disciplinas sobre o tema, porém não relacionadas com a interdisciplinaridade e suas especificidades no contexto da saúde indígena¹⁷. Esse fato sinaliza como a formação está distanciada das realidades de saúde e das políticas públicas, podendo implicar também inequidades com populações mais vulneráveis.

Martins¹⁸ defendeu uma dissertação na área da enfermagem, na qual discorre sobre o aprendizado em saúde indígena *in loco* ou na própria área indígena, após uma formação que não contemplava as especificidades étnicas e tinha a abordagem hegemônica de saúde; sendo conhecimentos e competências sobre concepções de saúde, corpo, cuidado, e interpretação das doenças e do processo de cura adquiridos apenas na prática em saúde, sem embasamentos teóricos na formação superior e com uma escassez de cursos no País também para este fim após a graduação.

Contextualizando de uma forma mais clara essa ausência de profissionais que compreendem sobre as especificidades étnicas e vulnerabilidades do contexto da saúde indígena, e também no sentido de efetivar a Reforma Sanitária, de atendimento e cobertura de profissionais médicos nessas áreas pelo Sistema de Saúde brasileiro, em 2013, foi instituída a Medida Provisória nº 621, de implementação do Programa Mais Médicos. Em seu terceiro eixo, está a tentativa de suprir emergencialmente a carência de profissionais médicos no interior do País, sendo os DSEI considerados os de maior vulnerabilidade em parte por suas localizações territoriais, em sua maioria localizadas na Amazônia Legal, mas principalmente devido à influência dos macrodeterminantes sociais da saúde desses grupos¹⁹.

No desafio da formação dos profissionais do Programa Mais Médicos para atuarem

no contexto intercultural, foi oferecida pelo Ministério da Saúde uma especialização em saúde indígena para esses profissionais. Entretanto, essa iniciativa ainda carece de considerações acerca das demandas necessárias na atenção à saúde dos diversos grupos no País, com uma necessidade de direcionamento para as diversas realidades e compreensão de que, para os próprios indígenas, a biomedicina muitas vezes se apresenta como complementar à sua medicina tradicional, não sendo apenas o suprimento da demanda médica uma solução para as questões de saúde desses povos²⁰. Também em decorrência desses fatores, outro trabalho relata que, em 2018, o Ministério da Saúde publicou a ‘Necessidades de Educação Permanente no Projeto Nacional do Programa Mais Médicos’, o que sugere este constante ajuste na abordagem em saúde para esses povos²¹.

Como forma de favorecer a intersectorialidade e a resolução dos problemas resultantes do contato intercultural, a Política de Educação Permanente em Saúde elaborada e implantada pelo Ministério da Saúde em 2004, caracteriza-se, portanto, como uma opção político-pedagógica para a saúde indígena²². Além das necessidades e abordagens de formação em saúde indígena encontradas nesta revisão integrativa, também é relevante ressaltar que a Política de Educação Permanente em Saúde dialoga com a necessidade da intersecção educação-saúde para atores dos serviços de assistência à saúde dos povos originários, uma vez que constrói também aprendizagens colaborativas e direcionadas. A intersectorialidade e a interculturalidade, na própria efetivação dessa política e também nesse subsistema, podem ser construídas constantemente e em conjunto com as comunidades assistidas, como alguns estudos mais recentes retratam, na reestruturação dos serviços diante de novas ou diferentes demandas na assistência à saúde²³.

Tendo em vista os entraves culturais e a dificuldade de acesso à educação formal encontrados por esses povos, foi registrada e aprovada, em 2012, a Lei nº 12.711/2012, uma ação afirmativa que favorece acesso às universidades

federais por indígenas²⁴. Essa inserção das populações originárias nas universidades pode ser também uma possibilidade para enfrentamento de vulnerabilidades e inequidades em saúde por meio do empoderamento, e capacitação direta dos indígenas para cuidarem de suas comunidades e também dialogarem com os diversos âmbitos ligados ao contato cultural.

Aprendizagens colaborativas e práticas interdisciplinares na saúde indígena

Existem mecanismos que podem auxiliar no trabalho colaborativo em equipe e que são aplicáveis no sistema de saúde indígena local, de forma a alcançar uma melhoria direta de resultados na saúde desses povos; esses mecanismos podem estar ligados à prestação de serviços de saúde, no próprio ambiente do trabalho em saúde, na cultura ou maneira de execução desse trabalho ou ligados ao apoio institucional¹⁰.

O papel dos Agentes Indígenas de Saúde é, sem dúvida, um retrato claro da aprendizagem colaborativa voltada para a comunidade, uma vez que esse profissional se torna um elo entre os saberes tradicionais e biomédicos, na equipe multidisciplinar não indígena e com o apoio de lideranças e representantes dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena. Diversos artigos encontrados nesta revisão retratam os benefícios e mecanismos de aprendizagem colaborativa ligados a esses atores na prestação do serviço em saúde no território indígena²⁵⁻²⁷. Uma vez que os desafios das relações de contato cultural são constantes nessa dinâmica, muitas vezes com a tendência colonizadora dos próprios profissionais de saúde que tiveram uma formação biomédica, o reconhecimento do agente indígena de saúde como membro da equipe multidisciplinar no território é fundamental inclusive para a sensibilização e tentativa de romper com esses padrões, ampliando o ‘como fazer a saúde indígena’ para uma troca de saberes efetiva entre todos.

Com relação às práticas interdisciplinares ligadas ao ambiente em que as relações de saúde ocorrem, Ribeiro e colaboradores²⁸ retrataram as Casas de Saúde do Índio (Casai) como espaços mediadores entre a rua e a aldeia. Nos ambientes de saúde, os serviços e o cuidado se estabelecem com práticas e códigos sociais influenciáveis, sendo no contexto indígena susceptíveis à visão etnocêntrica. Neste estudo, a falta de prática interdisciplinar foi evidenciada nesses ambientes, sendo retratadas concepções profissionais que relativizavam as dos indígenas.

Sobre a temática da educação permanente em saúde, a prática interdisciplinar de cultura de trabalho ocorre na associação dos atores da saúde com outros setores das comunidades indígenas, como o da educação indígena. Questões como a linguagem também precisam ser trabalhadas, respeitadas e transpostas; intervenções pedagógicas em educação foram realizadas no Paraná com o povo Kaingang, nos períodos de 2004 a 2007, possibilitando a elaboração e a publicação de material pedagógico bilíngue em saúde: Educação para a Saúde – *Eg hárh keto venhkarhrán* e Terra Limpa – *Ga Jānhkri*. A ampla participação de professores, estudantes e comunidade nas terras indígenas promoveu saúde com uma melhoria direta de resultados²⁹.

A prática intersetorial em saúde indígena, seguindo o princípio da atenção diferenciada, também deve abranger setores de gestão e apoio institucional, como dos DSEI, da Sesai e das instituições prestadoras de serviço, uma vez que levam a aprendizagens colaborativas. Vargas³⁰ defendeu a tese sobre gestão participativa do DSEI Cuiabá e sua viabilidade política, fornecendo orientações sobre a perspectiva de voz dos atores indígenas na formulação do Plano Local de Saúde. Mota e Nunes³¹ verificaram práticas de gestores do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas na Bahia com relação a contribuições sociais, políticas e culturais na sua operacionalização. Um dado relevante apontado foi a presença de indígenas na gestão como forma

de contribuição para práticas contextualizadas e orientadas para os problemas vivenciados pelas comunidades, criticando uma gestão ainda de hegemonia não indígena.

Langdon e Diehl³² também questionaram a subparticipação política dos indígenas nos Conselhos Distritais de Saúde uma vez que a estes compete somente aprovar e acompanhar a execução do Plano Distrital, acompanhar as ações dos conselhos de saúde locais e exercer o controle social das atividades de atenção à saúde indígena. Isso corrobora o intuito deste trabalho que é evidenciar o papel de todos os atores de saúde para uma efetiva promoção desta e consolidação da Reforma Sanitária, trazendo ainda a necessidade dessa prática estar nas diversas esferas: territoriais, distritais e de gestão.

Promoção da saúde indígena

A promoção da saúde objetiva fomentar a capacidade dos indivíduos e grupos para o controle de seus próprios determinantes de saúde. O empoderamento é um exemplo desse processo de fortalecimento dos sujeitos, de incentivo à autonomia de maneira dinâmica, por meio de aspectos cognitivos e afetivos que levam a mudanças nos aspectos conduturais e de participação social e política dos envolvidos, inclusive dos atores da saúde. Por meio das mudanças geradas pelo empoderamento, pode-se, também, gerar aprendizagens colaborativas e práticas intersetoriais³³. Outro aspecto que se relaciona ao empoderamento e à promoção da saúde é o termo resiliência, como estudado nas ciências humanas, representando a capacidade de (re) construção positiva ante as adversidades³⁴.

Um dos artigos relatou esse aspecto ligado à promoção de saúde sob a perspectiva dos próprios indígenas. Os Agentes Indígenas de Saúde do povo Munduruku perceberam certo desempoderamento social de seus cargos após a inserção das equipes multiprofissionais de saúde indígena²⁷. A complexa organização dos serviços ligados à saúde indígena é evidente neste caso, e coube ao povo Munduruku esta

autopercepção e reorganização pelo processo de resiliência. Os agentes indígenas de saúde, como atores nessa dinâmica, verificaram uma emergência em reconsolidar seus papéis, empoderando-se politicamente em uma complexa rede de interação com o poder estatal.

Esse processo de resiliência também corrobora a promoção da saúde indígena na reivindicação, proteção e cura de suas relações no território, por meio de aprendizagens colaborativas e práticas inter-setoriais que reorganizam o próprio sistema de saúde de perspectiva biomédica não indígena para essa realidade.

Outro trabalho que dialogou diretamente com a promoção da saúde e suas diversas abordagens relatou a experiência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Universidade Federal de Tocantins, integrando ensino-serviço-comunidade, pesquisa e extensão. Em respostas às demandas de alunos indígenas e de aldeias locais, alunos de enfermagem, medicina, serviço social e nutrição, e uma professora antropóloga, pretenderam contribuir para a promoção da saúde indígena por meio do trabalho educativo em saúde. Trabalharam os efeitos negativos do álcool na saúde dos indivíduos e da coletividade, com preceitos da cultura, a desvalorização e marginalização indígena em relação à

sociedade, dando visibilidade às interpretações dos indígenas e dos atores da equipe de saúde como interlocutores do campo de pesquisa³⁵.

Em 2015, um relato de experiência foi publicado abordando as práticas dos *promotores de salud autónomos zapatistas* em uma comunidade indígena *tojolabal* no México. O empoderamento indígena mexicano de organização comunitária nos princípios da educação popular em saúde pode servir de inspiração para a compreensão da aprendizagem colaborativa de diversos atores para a promoção de saúde indígena no mundo. Sem vínculos com as políticas públicas, nem com o setor privado, mas com a própria organização do movimento popular, este estudo enfatizou o protagonismo, o diálogo, a superação das desigualdades e o desenvolvimento da autonomia indígena³⁶.

O protagonismo Pankararu no Brasil foi relatado sob a perspectiva da promoção da saúde, a respeito do empoderamento das lideranças dessa etnia para a percepção de sua situação de saúde, identificação das ações prioritárias e reformulação geral das organizações e estabelecimentos, modificando todo o cenário local a partir de questões culturais, antropológicas e sociais que ocorrem no dia a dia do trabalho em saúde indígena³⁷.

Quadro 1. Trabalhos e documentos utilizados na revisão integrativa, divididos em temáticas para a compreensão dos papéis, a inter-relação dos atores e formação para a saúde indígena

Formação profissional e educação permanente em saúde indígena	Aprendizagens colaborativas e práticas interdisciplinares na saúde indígena	Promoção da saúde indígena
Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Educação profissional básica para agentes indígenas de saúde. Brasília. 2005.	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Diagnóstico situacional do Subsistema de Saúde Indígena - relatório inicial (revisado). Brasília: Consórcio Institute of Development Studies/Saúde Sem Limites/Centro Brasileiro de Análise e Planejamento; 2009.	Morel APM. Popular Health Education and Community Organization: a report on the Zapatista autonomous health promoters in Chiapas/Mexico. Rev. APS. out/dez 2015; 18(4): 523-527.
Castro NJC, Cavalcante IMS, Palheta ASE, Santos DN. Inclusão de Disciplinas em Graduação se Enfermagem sobre Populações Tradicionais Amazônicas. Cogitare Enferm. (22)2:e49730, 2017.	Diehl EE et al. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(5):819-831, maio, 2012.	Oliveira JWB, Aquino JM, Monteiro EMLM. Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. Rev Bras Enferm, Brasília, maio-jun 2012; 65(3):437-44.

Quadro 1. (cont.)

Formação profissional e educação permanente em saúde indígena	Aprendizagens colaborativas e práticas interdisciplinares na saúde indígena	Promoção da saúde indígena
Cruz CS, Jesus SS. Lei 11.645/08: A escola, as relações étnicas e culturais e o ensino de história- algumas reflexões sobre essa temática no PIBID. XXVII Simpósio Nacional de História. Conhecimento Histórico e Diálogo Social. Natal, Rio Grande do Norte, 22-26 de julho de 2013.	Faustino RC, Chaves M, Toledo MJO, Mota LT, Angelis Neto G, Nanni MR. Intervenções pedagógicas em educação para a saúde realizadas junto aos grupos indígenas kaingang de ivai e faxinal no Paraná. Cienc Cuid Saude 2007;6(supl2):433-441.	Scopel D et al. Intermedialidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(12):2559-2568, dez, 2015.
Fontão MAB, Pereira EL. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. Comunicação Saúde Educação. 21(supl1):1169-80. 2017.	Langdon EJ, Diehl EE. Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. Saúde Soc. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19-36, 2007.	Silva RP, Barcelos AC, Hirano BQL, Izzo RS, Calafate JMS, Soares TO. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa Mais Médicos. Comunicação Saúde Educação 2015; 19(supl):1005-14.
Frias L. As cotas raciais e sociais em universidades públicas são injustas? Direito, Estado e Sociedade n. 40 p. 154 a 164 jan/jun 2012.	Langdon EJ, Diehl EE, Wiik FB, Dias-scopel RP. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(12):2637-2646, dez, 2006.	-
Hoefel MGL, Severo DO. Coletivo de estudantes indígenas. Disciplina de Saúde Indígena na UnB: uma conquista do Movimento Estudantil Indígena. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 10(4), 229-234, dez, 2016.	Mota SEC, Nunes M. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. Saúde Soc. São Paulo, v. 27, n. 1, p. 11-25, 2018. DOI 10.1590/S0104-12902018170890.	-
Martins JCL. O trabalho do enfermeiro na Saúde Indígena: desenvolvendo competências para a atuação no contexto intercultural. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2017. 175 p.	Ribeiro AA, Arantes CIS, Gualda DMR, Rossi LA. Aspectos culturais e históricos na produção do cuidado em um serviço de atenção à saúde indígena. Ciência & Saúde Coletiva, 22(6):2003-2012, 2017.	-
Mendes AM, Duarte FS. Necessidades de educação permanente no Projeto Mais Médicos para o Brasil. PMMB. Acervo Una-SUS. Brasília; s.n.; jul. 2018.	Scopel D et al. Intermedialidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(12):2559-2568, dez, 2015.	-
Mestriner Júnior W, Mestriner SF, Bulgarelli AF, Mishima SM. O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto Huka-Katu. Cienc. Saúde Colet.; 16(supl1):903-912, 2011.	Vargas KD. Gestão Participativa no Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá: Uma análise de sua viabilidade política. Tese apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências. 2015.	-
Moreira GO, Motta LG. Competência Cultural na Graduação de Medicina e de Enfermagem. Revista Brasileira De Educação Médica 40 (1):164-171; 2016.	-	-

Fonte: Elaboração própria.

Discussão e considerações

O contexto indigenista, de luta e resistência, traz grandes pistas da capacidade de organização comunitária, valorização cultural, formas de reivindicar direitos, e do modo próprio de organizar a saúde desses povos. Apesar de

seguirem o modelo descentralizado e hierarquizado do SUS, o perfil epidemiológico e a distritalização da saúde nas áreas indígenas possuem peculiaridades locais de uma região para outra que também moldam a maneira como ocorreu a Reforma Sanitária nesses territórios³⁸.

Lideranças políticas e profissionais médicos tradicionais – como pajés, parteiras, raizeiros e rezadores – já eram existentes nessas culturas, e ainda são protagonistas nos saberes culturais e de orientação para as comunidades, com impacto no fazer da saúde indígena³⁹. Com a formação de conselhos de saúde que pudessem representar essa população e a participação de uma equipe multidisciplinar indígena e não indígena, houve a possibilidade de efetivar o empoderamento desses povos a partir do controle social e assisti-los nos serviços do SUS, garantindo acesso e o princípio da universalidade⁶.

Uma vez que a história revela um estado de maior fragilidade em saúde ou maiores riscos que expõem os povos indígenas ao adoecimento, o conceito de vulnerabilidade para práticas sociais e históricas dentro do contexto de saúde justifica as diversas abordagens e atores de saúde⁴⁰. A formação para saúde indígena envolve uma maior complexidade, e precisa trabalhar conteúdos ampliados, como: papéis sociais das comunidades, da família, ciclo biológico, riscos e vulnerabilidades, padrões culturais de alimentação, relação entre doenças e hábitos alimentares, imunização, procedimentos e tratamentos padronizados, vigilância nutricional, ações básicas de saúde, acompanhamento e desenvolvimento das crianças e educação em saúde⁴¹.

Adentrando as interfaces saúde, cultura e modo de vida de maneira específica e inclusiva, os DSEI contam atualmente com uma equipe multiprofissional e intersetorial. Conselheiros locais e distritais, agentes indígenas de saúde e saneamento, médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, engenheiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, agentes de combate a endemias, técnicos de saneamento e apoiadores técnicos compõem os recursos humanos da saúde indígena⁴². Tais atores se apresentam como fonte de aprendizagens e práticas diversas para as questões de saúde atuais e que ainda possam envolver os povos originais brasileiros;

na gestão, assistência, avaliação, controle ou acompanhamento das políticas públicas de saúde voltadas para esses povos e promoção da saúde indígena. Entretanto, até mesmo nesse contexto, os padrões eurocêntrico e da medicina ocidental, considerados ‘corretos’, precisam ser constantemente questionados, dando oportunidade de expressão aos próprios conselheiros indígenas³.

Na perspectiva de fortalecimento dos DSEI, o processo de formação de agentes indígenas de saúde e saneamento possibilita a efetivação sanitária desse subsistema de atenção à saúde, uma vez que estes são pilares dos recursos humanos no DSEI, intermediando todo o processo e conhecendo as especificidades desse contexto juntamente com o controle social. Sobre os aspectos pedagógicos e a elaboração curricular, as questões raciais e étnicas das teorias pós-críticas do currículo ressaltam a necessidade de inclusão de formas culturais e experiências de grupos sociais discriminados pela identidade europeia dominante⁴³. Assim, a formação de agentes indígenas de saúde, como atores dentro e um contexto multiétnico, também envolve esses aspectos, necessitando que significados e valores culturais sejam abordados e respeitados mesmo em uma formação para o sistema de saúde considerado ocidental.

O papel central dos agentes indígenas de saúde foi considerado nesta revisão integrativa para a atenção primária diferenciada, sensível ao pluralismo e à diversidade cultural. Diehl et al.²⁴ estudaram em uma revisão de literatura a implantação, formação, participação e contribuições desses atores nas equipes multidisciplinares de atenção básica à saúde indígena, tratando de problemas na capacitação e centralização desta, não reconhecimento de antigas capacitações e ambiguidades de papéis após a implementação dos DSEI⁴⁴. Positivamente, esse grupo profissional vem sendo reconhecido e contratado em maior número pelos órgãos responsáveis, uma vez que são, muitas vezes, os únicos estabelecidos nos territórios, além de serem alvos de reivindicação central das organizações indígenas.

Esse achado dialoga com o papel político do agente indígena de saúde no contexto interétnico trabalhado em outro artigo encontrado nesta revisão integrativa e com os intuítos da promoção da saúde²⁶.

Em tempos de grandes mudanças nas conquistas sociais já alcançadas, grupos de maior vulnerabilidade, como os povos originários, tendem a sofrer os maiores impactos, como evidenciado nos índices de mortalidade infantil indígena atuais – muito superiores aos verificados na média nacional⁴⁵. Além disso, o acesso a informações acerca da realidade dos povos indígenas na formação em saúde precisa de uma ampliação visto que existe uma discrepância entre territórios e população autodeclarada indígena no País; os dados de 2010 do Censo/IBGE mostram que hoje a maior parte desses povos tem um importante contingente populacional em áreas urbanas/periurbanas (cerca de 61 mil pessoas só nos estados da região Norte) impactando a efetivação de seus direitos⁴⁶.

Como apresentado nesta revisão integrativa, os diversos atores envolvidos na saúde indígena podem ressignificar suas práticas para a promoção da saúde desses povos, sendo fundamental para eles o fortalecimento de sua autonomia para essa construção de aprendizagens colaborativas e práticas interdisciplinares. A abordagem completa dos recursos humanos da saúde indígena, com todos seus atores, em uma prática não colonizadora pode contribuir

para a redução de iniquidades sociais sofridas por tais grupos, promover saúde e consolidar os ganhos de muitos anos de resistência. Atualmente, com atuais cenários políticos nacionais e internacionais, as reformas sanitárias nesses territórios são desafios e devem ir além, não só para os povos indígenas, mas protagonizada por eles.

Agradecimentos

Agência de fomento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo apoio institucional à Universidade de Franca.

Colaboradores

Ribeiro AERA (0000-0002-8057-3049)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento e para a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Beretta RCS (0000-0003-2817-0805)* contribuiu substancialmente para revisão crítica do conteúdo; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Mestriner Junior W (0000-0003-2202-388X)* contribuiu substancialmente para a concepção e revisão crítica do conteúdo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Segunda Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde; 5-9 Abr. 1988; Adelaide (Aus): OMS; 1988.
2. Ribeiro D. O Povo Brasileiro: a formação e o sentido do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras; 2006.
3. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília, DF: MS; Fundação Nacional de Saúde; 2002.
4. Conselho Indigenista Missionário. A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. CIMI; 2013. [Ed. Revisada].
5. Fundação Nacional de Saúde. Boletim informativo Especial. Saúde Indígena: uma década de compromisso. 8. ed. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde; 2009.
6. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: 1988.
7. Brasil. Decreto nº 7.330 de 19 de outubro de 2010. Oficialização da Secretaria Especial de Saúde Indígena. Diário Oficial da União. 22 Out 2010.
8. Brasil. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Sesai [internet]. [acesso em 2018 maio 3]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sesai>.
9. Organização Panamericana de Saúde. Relatório Final. Documento CSP29/10. In: 29ª Conferência Sanitária Panamericana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 2017 Set 25-29; Washington, DC. Washington, DC; 2017. 1-125.
10. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas: no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar. Relatório do encontro internacional sobre a Saúde em Todas as Políticas. Adelaide: OMS; 2010.
11. Souza JM, Tholl AD, Córdova FP, et al. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2014; 19(7):2265-2276.
12. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8(1Pt1):102-6
13. Cruz CS, Jesus SS. Lei nº 11.645/08: A escola, as relações étnicas e culturais e o ensino de história- algumas reflexões sobre essa temática no PIBID. In: Anais do XXVII Simpósio Nacional de História. Conhecimento Histórico e Diálogo Social; 2013 Jul 22-26; Natal. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2013. p. 1-10.
14. Mestriner Júnior W, Mestriner SF, Bulgarelli AF, et al. O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto Huka-Katu. Ciênc. Saúde Colet. 2011; 16(supl.1):903-912.
15. Moreira GO, Motta LG. Competência Cultural na Graduação de Medicina e de Enfermagem. Rev. bras. educ. med. 2016; 40(1):164-171.
16. Hoefel MGL, Severo DO. Coletivo de estudantes indígenas. Disciplina de Saúde Indígena na UnB: uma conquista do Movimento Estudantil Indígena. Tempus, actas de saúde colet. 2016; 10(4)-229-234.
17. Castro NJC, Cavalcante IMS, Palheta ASE, et al. Inclusão de Disciplinas em Graduação de Enfermagem sobre Populações Tradicionais Amazônicas. Cogitare Enferm. 2017; 22(2):e49730.
18. Martins JCL. O trabalho do enfermeiro na Saúde Indígena: desenvolvendo competências para a atuação no contexto intercultural. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2017. 175 p.
19. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.

20. Fontão MAB, Pereira EL. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. *Interface. – Comum. Saúde Edu.* 2017; 21(supl1):1169-80.
21. Mendes AM, Duarte FS. Necessidades de educação permanente no Projeto Mais Médicos para o Brasil. PMMB. Brasília, DF: Acervo Una-SUS; 2018.
22. Figueiredo MCB. Formação de Facilitadores de educação permanente em saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: Ensp, 2014.
23. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(3):913-922.
24. Frias L. As cotas raciais e sociais em universidades públicas são injustas? *Direito, Est. e Soc.* 2012; (41):154-164.
25. Langdon EJ, Diehl EE. Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde Soc.* 2007; 16(2):19-36.
26. Diehl EE, Langdon EJ, Dias-Scopel RP. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28(5):819-831.
27. Scopel D, Dias-Scopel RP, Langdon EJ. Intermedicabilidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2015; 31(12):2559-2568.
28. Ribeiro AA, Arantes CIS, Gualda DMR, et al. Aspectos culturais e históricos na produção do cuidado em um serviço de atenção à saúde indígena. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(6):2003-2012.
29. Faustino RC, Chaves M, Toledo MJO, et al. Intervenções Pedagógicas Em Educação Para A Saúde Realizadas Junto Aos Grupos Indígenas Kaingang De Ivai E Faxinal No Paraná. *Cienc Cuid Saude.* 2007; 6(supl2):433-441.
30. Vargas KD. Gestão Participativa no Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá: Uma análise de sua viabilidade política. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015. 411 p.
31. Mota SEC, Nunes M. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. *Saúde Soc.* 2018; 27(1):11-25.
32. Langdon EJ, Diehl EE, Wiik FB, et al. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22(12):2637-2646.
33. Kleba ME, Wendausen A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saude soc.* 2009; 18(4):733-743.
34. Noronha MGRCS, Cardoso OS, Moraes TNP, et al. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? *Ciênc. Saúde Colet.* 2019; 14(2):497-506.
35. Silva RP, Barcelos AC, Hirano BQL, et al. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa Mais Médicos. *Comum. Saúde Edu.* 2015; 19(supl):1005-14.
36. Morel APM. Popular Health Education and Community Organization: a report on the Zapatista autonomous health promoters in Chiapas/Mexico. *Rev. APS.* 2015; 18(4): 523-527.
37. Oliveira JWB, Aquino JM, Monteiro EMLM. Promoção da saúde na comunidade indígena Pankaruru. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(3):437-44.
38. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Diagnóstico situacional do Subsistema de Saúde Indígena – relatório inicial (revisado). Brasília, DF: Consórcio Institute of Development Studies; Saúde Sem Limites; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento; 2009.
39. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Educação profissional básica para agentes indígenas de saúde. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde; 2005.

40. Ayres JRCM, Franca-junior I, Calazas GJ, et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa RM, Parker R. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder. Rio de Janeiro: Editora 34; 1999.
41. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional De Promoção Da Saúde. 3. ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7. Brasília, DF 2010.
42. Associação Para o Desenvolvimento da Medicina. Xingu [internet]. [acesso em 2018 maio 24]. Disponível em: <http://www.saudeindigena.spdm.org.br/site/index.php/dsei/xingu>.
43. Malta SCL. Uma abordagem sobre currículo e teorias afins visando à compreensão e mudança. Espaço Curríc. 2013; 6(2):340-354.
44. Fundação Nacional de Saúde. Distritos Sanitários Especiais Indígenas DSEIs, 1991-2001 [internet]. [acesso em 2018 set 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diret_indigena.pdf.
45. Equipe Mapa Guarani Continental. Caderno Mapa Guarani Continental: povos Guarani na Argentina, Bolívia, Brasil e Paraguai. Campo Grande: MS; Cimi; 2016.
46. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Folder Brasil Indígena [internet]. 2013 [acesso em 2018 maio 24]. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/ascom/2013/img/12-Dez/pdf-brasil-ind.pdf>.

Recebido em 10/06/2019
Aprovado em 15/10/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva

LGBT health policy and its invisibility in public health publications

Marcos Vinicius da Rocha Bezerra¹, Camila Amaral Moreno¹, Níliá Maria de Brito Lima Prado¹, Adriano Maia dos Santos¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S822

RESUMO Trata-se de uma revisão de literatura que tem por objetivo identificar o que expressaram as publicações dos principais periódicos nacionais da área da saúde coletiva, sobre gestão, políticas e práticas em saúde direcionadas à população LGBT, no período compreendido entre 2004 e 2018. A busca de documentos se deu por meio da ferramenta ‘busca integrada’, sendo selecionados artigos disponíveis na íntegra que estavam indexados na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram analisadas as publicações de dez periódicos nacionais, e selecionadas 27 publicações que discutiam políticas públicas de saúde para a população LGBT. Observou-se pouca expressão de temas relacionados com a população LGBT, nos 14 anos do recorte temporal proposto por este artigo, uma vez que, dos 14.700 artigos encontrados, somente 92 faziam referência à população LGBT, e apenas 27 discutiam as políticas de saúde. Desse modo, verifica-se a necessidade de realização de pesquisas direcionadas à análise de implantação das políticas públicas de saúde LGBT, que subsidiem a construção de dados epidemiológicos e informações que traduzam as necessidades em saúde dessa população.

PALAVRAS-CHAVE Políticas de saúde. Minorias sexuais e de gênero. Equidade de gênero.

ABSTRACT This is a literature review that aims to identify what is expressed in the publications of the main national journals regarding management, policies, and health practices addressed to the LGBT population, in the period comprehended between 2004 and 2018. The search of documents was carried out through the tool ‘integrated search’, being selected available articles in their whole that were indexed in the database Scientific Electronic Library Online (SciELO). We analyzed the publications of 10 national periodicals and selected 27 publications that addressed health public policies towards the LGBT population. Little expression of related themes regarding the LGBT population was observed, in the 14 years of the temporary cut proposed by this article, since from the articles found, only 92 made reference the LGBT population and only 27 discussed health policies. Thus, it is verified the need for accomplishment of researches addressing the analysis of implantation of health public policies towards LGBT, that subsidize the construction of epidemiological data and information that translate the needs in the health of that population.

KEYWORDS Health policy. Sexual and gender minorities. Gender equity.

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Vitória da Conquista (BA), Brasil.
marcosfisio10@yahoo.com.br



Introdução

A partir da década de 1970, intensificaram-se, em países latino-americanos, os movimentos em prol das reformas no setor social, com o intuito de minimizar as desigualdades socioeconômicas e reduzir a pobreza da população, bem como reestruturar ou fortalecer os sistemas de saúde¹. No Brasil, as bases do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) inscritas na Constituição Federal de 1988, e regulamentadas pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, alicerçaram o caminho para a construção de uma política universal e integral, sinalizando a necessidade de inclusão de populações até então marginalizadas.

O processo de redemocratização da saúde, a partir do caráter contra hegemônico da RSB, propiciou a abertura para o debate sobre cidadania e direitos sociais que reverbera em importantes contribuições para a construção de um modelo de assistência pautado na equidade em saúde².

Nesse contexto político, emergiram diversos grupos sociais, como os de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (LGBT) que passaram a se articular por maior visibilidade, melhorias na qualidade de vida, igualdade de gênero e orientação sexual e pela luta por direitos civis³, bem como para a resolução de questões inconclusas referentes à epidemia de Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids)⁴.

No campo da saúde coletiva, surgem, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas de promoção da equidade, que têm por objetivo diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão expostos, intervindo nos determinantes sociais da saúde. Ancoradas no princípio da justiça social, as políticas de equidade em saúde passaram a constituir uma das bandeiras dos movimentos sociais, em particular, o LGBT.

Compreendendo a questão saúde como objeto de ação política, diversos movimentos sociais organizados apresentaram demandas e especificidades aos governantes tendo em

vista que, embora a RSB tenha propiciado a permeabilidade para as demandas das minorias sociais, tais diálogos obtiveram uma penetração heterogênea no âmbito governamental. Esse fato corroborou o desenvolvimento tardio de políticas públicas de saúde, como observado para população LGBT, impulsionadas somente a partir de 2004 com a publicação do Plano Brasil Sem Homofobia.

Esse marco jurídico constituiu uma ampla estratégia para ampliação, reconhecimento e fortalecimento da cidadania e dos direitos humanos no Brasil e significou não apenas a legitimidade das demandas LGBT, mas também a institucionalização e maior participação do movimento social nos espaços de elaboração de políticas de saúde em todos os âmbitos federativos⁵. Do Plano Brasil Sem Homofobia, nasceram ramificações nos setores do Estado, a exemplo de coordenações, planos, políticas e programas⁶⁻⁹.

Posto isso, pôde-se observar as particularidades, complexidade e a garantia de políticas públicas que perpassam a questão dos direitos LGBT. Entre estes, o reconhecimento da orientação sexual e identidade de gênero como determinante social da saúde⁹; o direito ao uso do nome social^{6,10}; e o acesso ao Processo Transexualizador (PrTr) no serviço público de saúde^{4,11}, que se constituíram estratégias para ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde.

Embora sejam inegáveis os progressos na formulação de políticas de saúde, em particular as relacionadas com o combate à homofobia e de promoção da cidadania e dos direitos humanos da população LGBT, ao que parece, não se logrou proporcionar a equidade e a igualdade no atendimento a essa população no SUS¹², constituindo um desencontro aos princípios defendidos pela RSB.

Para melhor compreender essa hipótese, faz-se necessário identificar o que expressaram as publicações dos principais periódicos nacionais da área da saúde coletiva sobre as políticas em saúde direcionadas à população LGBT, no período compreendido entre 2004 e 2018.

Aspectos metodológicos

Trata-se de síntese integrativa da produção científica veiculada pelos principais periódicos nacionais da área da saúde coletiva. O recorte temporal parte da publicação do Plano Brasil Sem Homofobia, em 2004, por ser um marco no desenvolvimento de políticas públicas específicas a essa população.

Os dez periódicos eleitos estão indexados no Scientific Electronic Library Online (SciELO), quais sejam: ‘Cadernos de Saúde Coletiva’; ‘Cadernos de Saúde Pública’; ‘Ciência e Saúde Coletiva’; ‘Revista Brasileira de Epidemiologia’; ‘Revista Interface: comunicação, saúde, educação’; ‘Revista de Saúde Pública’; ‘Revista Saúde e Sociedade’; ‘Saúde em Debate’; ‘Revista Physis’ e ‘Revista Trabalho, Educação e Saúde’. A busca das revistas se deu por meio da ferramenta ‘busca integrada’, sendo selecionados artigos disponíveis na íntegra.

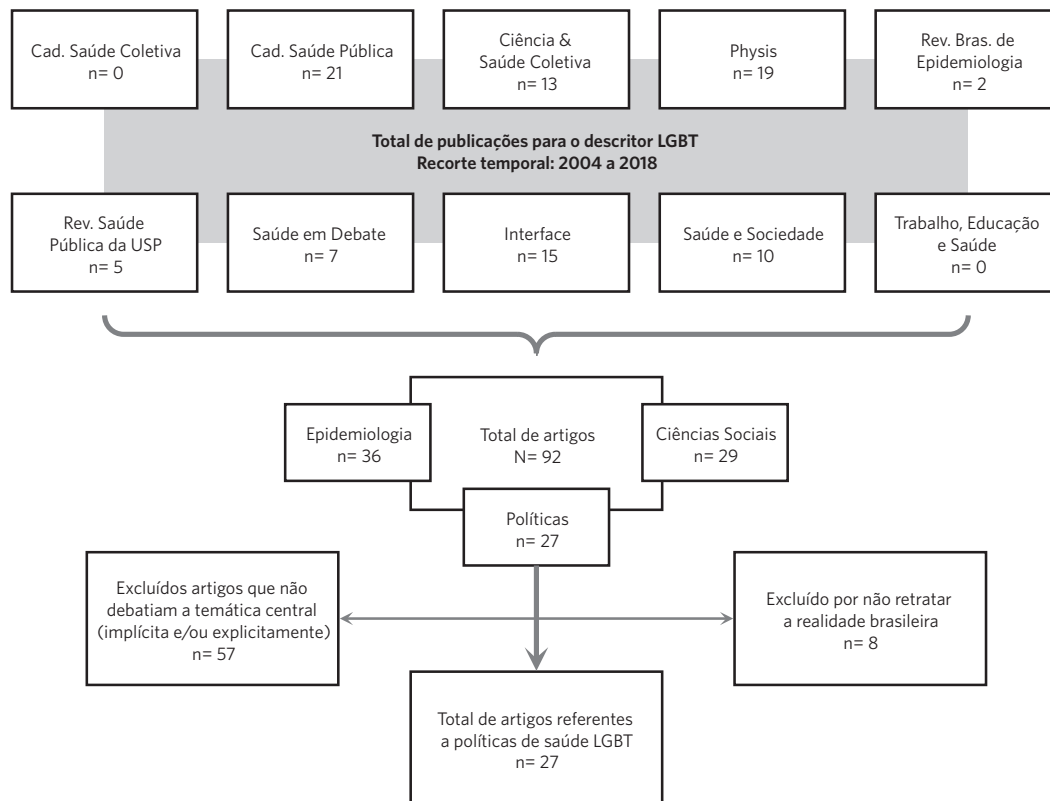
Os descritores foram identificados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em idiomas português (Minorias Sexuais e de Gênero), inglês (*Sexual and Gender Minorities*) e espanhol (*Minorías Sexuales y de Género*). As estratégias de busca incluíram sinônimos dos descritores: Pessoas LGBT; Minorias de Gênero; Pessoas LGBTQ; Mulheres Lésbicas; Pessoa Lésbica; Pessoas LBG; Pessoas Lesbigsays; Pessoas não Heterossexuais. Também foram incluídos os descritores transexuais e travestis, uma vez que estes não estavam contemplados nas categorias abordadas pelo descritor Minorias Sexuais e de Gênero. Foram eleitos artigos nos idiomas inglês, espanhol e português.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: 1) artigos disponíveis na íntegra; 2) possuir relação com a política pública de saúde LGBT no período 2004 a 2018; 3) publicados em periódicos brasileiros na área da saúde coletiva, classificados com qualis A1 a B2, excetuando-se a revista ‘Saúde em Debate’ e os ‘Cadernos de Saúde Coletiva’, cujos artigos publicados estavam disponíveis on-line somente a partir do ano de 2012. Como critério de exclusão: artigos com acesso restrito; periódicos com qualis menor que B2 e fora do período delimitado; assuntos divergentes da temática central deste estudo. A coleta de dados ocorreu em março de 2019.

A seleção e a extração dos dados dos documentos foi realizada em quatro etapas: 1ª etapa: busca e seleção dos artigos; 2ª etapa: leitura de todos os títulos e resumos; 3ª etapa: leitura na íntegra e sistematização dos artigos que apresentavam publicações relacionadas a temática central; e 4ª etapa: identificação e classificação dos artigos selecionados, de acordo com a área de concentração da saúde coletiva – epidemiologia; política, planejamento e gestão em saúde; e ciências humanas e sociais.

Na etapa inicial da revisão, foram identificados 92 artigos. Na sequência, foram excluídos 65 artigos após a leitura de títulos e resumos, sendo que 57 não debatiam a temática central (implícita e/ou explicitamente), ou se referiam à identidade de gênero e/ou fatores de risco para transmissão do vírus HIV/Aids, sem abordar aspectos relacionados com o ciclo da política pública de saúde LGBT, e ainda 8 que não retratavam a experiência brasileira. Ao final, foram selecionados 27 artigos (*figura 1*).

Figura 1. Fluxograma de busca e estratificação de artigos



Fonte: Elaboração própria.

Cada artigo foi analisado segundo os critérios: ano de publicação, periódico, metodologia, área da saúde coletiva, aspectos relacionados com as políticas de saúde LGBT e principais desafios. Após a finalização da matriz de resultados, foi realizada uma comparação quantitativa das publicações disponíveis entre os periódicos, para balanceamento de publicações relacionadas com a política de saúde LGBT (tabela 1).

Os resultados foram apresentados segundo dois tópicos, quais sejam: 1. Caracterização

geral dos artigos; 2. Perspectivas históricas das políticas de saúde LGBT. Ademais, a discussão, para ampliar a compreensão contemplou três subtópicos, conforme as três grandes áreas do campo da saúde coletiva: 1. Área de epidemiologia: vulnerabilidade e afastamento de pessoas LGBT do cuidado em saúde; 2. Área de ciências sociais: heteronormatividade e padrão heterossexual compulsório nos serviços de saúde; e, 3. Área de políticas, planejamento e gestão em saúde: dimensões de acesso à atenção à saúde.

Tabela 1. Número de publicações nos periódicos de saúde coletiva

Revistas/Periódicos	Total de Publicações	Total de publicações LGBT	Publicações sobre Políticas LGBT
Cadernos de Saúde Coletiva	375	00	00
Cadernos de Saúde Pública	3.462	21	05
Ciência e Saúde Coletiva	4.152	13	04
Revista Brasileira de Epidemiologia	1.064	02	00
Revista Interface	940	15	05
Revista de Saúde Pública da USP	1.887	05	01
Revista Saúde e Sociedade	1.214	10	02
Revista Physis	762	19	06
Revista Trabalho, Educação e Saúde	466	00	00
Saúde em Debate	378	07	04
Total	14.700	92	27

Fonte: Elaboração própria.

Resultados

Caracterização geral dos artigos

Foram analisadas as publicações de dez periódicos nacionais veiculadas entre 2004 e 2018. Destaca-se que, nesse recorte temporal, foram publicados 14.700 artigos, sendo que, destes, somente 92 (0,6%) faziam referência à população LGBT, e apenas 27 (0,2%) discutiam políticas públicas de saúde envolvendo tal população.

Ao contrastar as publicações conforme as áreas de concentração da saúde coletiva, encontraram-se: 5 artigos na área de epidemiologia, 19 artigos na área de política, planejamento e gestão em saúde; e 3 artigos na área de ciências sociais e humanas. Entre os periódicos investigados, os 'Cadernos de Saúde Pública' apresentaram maior número de publicações referente à população LGBT (21 artigos), porém a 'Revista Physis' abordou, em maior número, as políticas públicas de saúde LGBT ou questões relacionadas (6 artigos).

Entre todas as publicações, a maioria (12)

abordou a população de travestis e transexuais. Por sua vez, em relação aos temas centrais, destacaram-se: discriminação, preconceito e violência à LGBT; acesso a serviços de saúde; assistência integral à saúde da população LGBT; equidade em saúde; PrTr; vulnerabilidade da população LGBT; direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT; e medidas de prevenção/control de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e HIV/Aids.

A respeito da distribuição das publicações por área de concentração da saúde coletiva, constatou-se que as publicações na área da Epidemiologia abordaram a política associada ao HIV/Aids^{13,14}; aos comportamentos de risco¹⁵; ao uso de drogas lícitas, ilícitas¹⁶ e à violência¹⁷. Na área de ciências sociais e humanas, as discussões centraram-se na vulnerabilidade à infecção por HIV e outras IST¹⁸, direitos sexuais e reprodutivos da população transexual e travestis¹⁹ e políticas públicas à luz da teoria *queer*²⁰.

Na área de política, planejamento e gestão em saúde, os debates circunscreveram, em sua grande maioria, o acesso aos serviços de saúde^{11,12,17,21-28}, as fragilidades dos

atendimentos em decorrência do preconceito e discriminação institucional^{12,17,21,23-26,28-32}, violência contra população LGBT²⁹, tecnologias

e saberes na prevenção do HIV/Aids^{33,34}, adolescência e homossexualidade^{35,36}, garantia do direito à saúde^{11,12,17,23-26,28,30}.

Quadro 1. Identificação dos títulos dos artigos publicados sobre políticas de saúde LGBT nos principais periódicos da saúde coletiva, por área de concentração, 2004-2018

Autor/ano/periódico	Título	Metodologia	Aspectos relacionados a políticas LGBT	Desafios
ÁREA DA SAÚDE COLETIVA: EPIDEMIOLOGIA				
Pinto TP, Teixeira FB, Barros CRS, et al. Cad. Saúde Pública. 2017.	Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil.	Estudo Transversal/576 travestis e mulheres transexuais.	Processo Transexualizador para acesso a práticas de modificações corporais/ uso de Silicone Líquido Industrial (SLI).	Presença de obstáculos estruturais no acesso e oferta de procedimentos no SUS; idade mínima para uso de silicone industrial e para o processo transexualizador.
Brignol S, Dourado I, Amorim LD, et al. Cad. Saúde Pública. 2014.	Vulnerabilidade no contexto da infecção por HIV e sífilis numa população de Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil.	Estudo transversal, técnica de recrutamento RDS/383 HSH.	A vulnerabilidade social, individual e programática dos HSH, no contexto do HIV/DSTs.	Redução da vulnerabilidade e do estigma de populações e indivíduos frente ao HIV/AIDS e DSTs; acesso oportuno aos serviços e informações de saúde sobre risco de infecção, diagnóstico e tratamento do HIV/DST.
Magno L, Dourado I, Silva LA, et al. Rev Saude Publica. 2017.	Fatores associados à discriminação autorreferida contra homens que fazem sexo com homens no Brasil.	Estudo transversal/3.859 HSH.	A vertente das barreiras ao acesso dos serviços de saúde, a busca pela realização teste anti HIV, discriminação pelo gênero e identidade sexual.	Discriminação potencial dos serviços sobre o aconselhamento para DSTs frente à orientação sexual de HSH.
Albuquerque GA, Parente JS, Belém JM, et al. Rev. Saúde em Debate. 2016.	Violência psicológica em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do Ceará, Brasil.	Estudo transversal/316 LGBTT.	Combate à violência psicológica/verbal contra a população LGBTT.	Combater o preconceito, a hostilidade, a naturalização dos atos de violência, omissão social permissiva direcionados a LGBTT.
Rocha RMG, Pereira DL, Dias TM. Rev. Saúde e Sociedade. 2013.	O contexto do uso de drogas entre travestis profissionais do sexo.	Estudo descritivo/ 59 travestis profissionais do sexo (prontuários).	Uso de drogas nos espaços de prostituição potencializa a vulnerabilidade no contexto de vida e trabalho das travestis.	Combater o preconceito e discriminação; Fortalecer a rede de proteção as travestis profissionais do sexo e a necessidade de desenvolver estratégias e ações para redução de danos.
ÁREA DA SAÚDE COLETIVA: CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS				
Almeida. Physis: Rev. Saúde Coletiva. 2009.	Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas.	Estudo qualitativo/ 10 mulheres lésbicas e ginecologistas.	Vulnerabilidade individual, programática e social da população lésbica; invisibilidade das questões relacionadas a orientação sexual, para infecção pelo HIV/DST; movimento social na articulação e efetivação de ações voltadas a população lésbica.	Superar práticas preconceituosas a população lésbica nos serviços de saúde; Promover mudanças na formação dos profissionais de saúde para lidar com as questões relacionadas a pluralidade de gênero e orientação sexual; Ampliação de ações de divulgação de informações junto ao coletivo lésbico referentes a práticas sexuais; Mudança na cultura sexual das mulheres lésbicas.

Quadro 1. (cont.)

Autor/ano/periódico	Título	Metodologia	Aspectos relacionados a políticas LGBT	Desafios
Motta JJ. Rev. Saúde em Debate. 2016.	Sexualidades e políticas públicas: uma abordagem <i>queer</i> para tempos de crise democrática.	Ensaio Teórico/LGBT	Categorias poder, resistência e transgressão à luz da teoria <i>queer</i> , no contexto da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.	Efetivar o princípio da integralidade do cuidado frente a um modelo de assistência asentado na heteronormatividade e no padrão heterossexual compulsório; Efetivar o controle social da população LGBT nos espaços de produção das políticas relacionadas a diversidade de gênero e orientação sexual.
Angonese M, Lago MCS. Rev. Saúde e sociedade. 2017.	Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica.	Estudo etnográfico/ 4 travestis e transexuais.	Invisibilidade dos direitos sexuais e reprodutivos para travestis e transexuais ante ao modelo heterocisnormativo como uma barreira para a saúde sexual e reprodutiva.	Promover mudanças na formação dos profissionais de saúde preparando-os para atuar frente a diversidade de gênero e orientação sexual; Adequar os serviços de saúde para o atendimento à população trans; Desconstruir a noção heterocisnormativa que tem orientado os serviços e profissionais de saúde no atendimento a travestis e transexuais.
ÁREA DA SAÚDE COLETIVA: POLÍTICAS, GESTÃO, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO				
Barbosa RM, Facchini R. Cad. Saúde Pública. 2009.	Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil.	Estudo qualitativo / 30 mulheres que fazem sexo com mulheres.	Convenções sociais e de gênero para o acesso a cuidados ginecológicos não associados a heterossexualidade ou a maternidade.	Qualificar os profissionais de saúde para o atendimento às necessidades de saúde dessa população; A menor procura de mulheres que fazem sexo com mulheres em decorrência da discriminação; Dificuldade das mulheres em revelar a orientação sexual
Redoschi BRL, Zucchi EM, Barros CRS, et al. Cad. Saúde Pública. 2017.	Uso rotineiro do teste anti-HIV entre homens que fazem sexo com homens: do risco à prevenção.	Revisão narrativa da literatura/HSH.	Estratégias programáticas para enfrentamento do HIV/AIDS previstas na Meta 90-90-90, proposta pelo UNAIDS para erradicar a epidemia até 2030.	Ampliar o teste anti-HIV como uma estratégia preventiva pelos atores envolvidos na produção das políticas públicas
Sousa D, Iriart J. Cad. Saúde Pública. 2018.	'Viver dignamente': necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil.	Estudo qualitativo/ 10 homens trans.	Despatologização, a modificação corporal e os atendimentos ambulatoriais e reconhecimento das necessidades e demandas de saúde dos homens trans.	Ausência de pesquisas e indicadores epidemiológicos que expressem quadros de saúde dos homens trans; Presença de transfobia nos serviços de saúde; Ausência do processo transexualizador e mercantilização das demandas de saúde quanto as modificações corporais
Silva CG, Paiva V, Parker R. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2013.	Juventude religiosa e homossexualidade: desafios para a promoção da saúde e de direitos sexuais.	Estudo qualitativo/ 18 jovens religiosos de 15 a 25 anos .	Concepções de jovens religiosos sobre homossexualidade relevantes para informar políticas públicas para promoção da saúde sexual na cultura dominada pela tradição judaico-cristã.	Ampliação do diálogo dos formuladores de políticas públicas de saúde com os jovens religiosos e as autoridades religiosas estabelecendo a distinção entre dogma e religiosidade;

Quadro 1. (cont.)

Autor/ano/periódico	Título	Metodologia	Aspectos relacionados a políticas LGBT	Desafios
Taquette SR, Rodrigues AO. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2015.	Experiências homossexuais de adolescentes: considerações para o atendimento em saúde.	Estudo qualitativo/ 14 adolescentes de 12 a 19 anos com experiência homossexual.	Significados das práticas homoafetivas de adolescentes em contextos de vulnerabilidade.	Considerar a orientação sexual dos adolescentes nos serviços de saúde.
Rocon PC, Sodré F, Zamboni J, et al. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2018.	O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde?	Estudo qualitativo/15 pessoas trans	Garantia de acesso e da promoção de ações para cuidado integral a pessoas trans no SUS.	Necessidade de formação continuada para trabalhadores da saúde para reverter a realidade de desrespeito do nome social; Universalizar a hormonioterapia, o implante de silicone e o atendimento multiprofissional; Obrigatoriedade do diagnóstico mediador do acesso aos serviços transgenitalizadores.
ÁREA DA SAÚDE COLETIVA: POLÍTICAS, GESTÃO, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO				
Valadão RC, Gomes R. Physis: Rev. Saúde Coletiva. 2011.	A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência.	Estudo qualitativo/ Mulheres lésbicas e bissexuais.	Crítica aos modelos biomédicos e heteronormativos que provocam a invisibilidade, discriminação e preconceito da homossexualidade/lesbianidade na política integral de saúde da mulher.	Combater o preconceito, discriminação e invisibilidade acerca da lesbianidade. Necessidade de formação continuada para trabalhadores da saúde para adoção de boas práticas em saúde voltadas para a diversidade da sexualidade e identidade de gênero.
Lionço T. Physis: Rev. Saúde Coletiva. 2009.	Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transsexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios.	Ensaio teórico/ Travestis e transexuais.	Ambivalência na construção da norma técnica do PrTr no SUS, discutindo a judicialização para regulamentação e financiamento dos procedimentos médico-cirúrgicos.	Obrigatoriedade da condição diagnóstica (transsexualismo) para acesso ao PrTr; Democratizar os direitos sexuais, numa perspectiva de diversidade sexual.
Silva LKM, Silva ALMA, Coelho AA, et al. Physis: Rev. Saúde Coletiva. 2017.	Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais.	Ensaio teórico- reflexivo/ Travestis e transexuais.	Utilização do nome social como condição fundamental para promover o acesso e acolhimento de travestis e transexuais nos serviços de saúde.	Preconceito e discriminação nos serviços de saúde; Capacitar os profissionais de saúde para lidar com as questões relacionadas a identidade sexual e de gênero.
Ferreira BO, Nascimento EF, Pedrosa JIS, et al. Physis: Rev. Saúde Coletiva. 2017.	Vivências de travestis no acesso ao SUS.	Estudo qualitativo/ 6 travestis.	Discute o acesso de Travestis de Teresina - PI, ao SUS, destacando as fragilidades do atendimento, da importância da capacitação profissional e da criação de centros de referência para atendimento a essa população.	Discriminação e preconceito nos serviços públicos de saúde; Proporcionar acolhimento humanizado; Ampliar o acesso aos serviços de saúde reduzindo a procura por serviços precários e clandestinos tanto para a modificação corporal quanto para os cuidados em saúde.
Ramos S, Carrara S. Physis: Rev. Saúde Coletiva. 2006.	A Constituição da Problemática da Violência contra Homossexuais: a Articulação entre Ativismo e Academia na Elaboração de Políticas Públicas.	Ensaio teórico/ População LGBT.	Discute as diferentes formas de violência sofridas pela população LGBT.	Necessidade de criação de dispositivos e articulações em diferentes setores capazes de atuar nas diferentes formas de violência.

Quadro 1. (cont.)

Autor/ano/periódico	Título	Metodologia	Aspectos relacionados a políticas LGBT	Desafios
Zago LF, Santos LHS. <i>Physis: Rev. Saúde Coletiva</i> . 2013.	Os limites do conceito de empoderamento na prevenção ao HIV/Aids entre jovens <i>gays</i> e bissexuais no Brasil	Pesquisa qualitativa/ Jovens <i>gays</i> e bissexuais	Emprego da metodologia do empoderamento como conceito-estratégia em uma política de prevenção ao HIV/Aids.	Adaptar o conceito de empoderamento proposto para atender as dimensões sociais e políticas em que se encontram inserida a população de jovens <i>gays</i> e bissexuais
ÁREA DA SAÚDE COLETIVA: POLÍTICAS, GESTÃO, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO				
FREIRE et al. <i>Rev. Saúde em Debate</i> . 2013.	A clínica em movimento na saúde de TTTS: caminho para materialização do SUS entre travestis, transsexuais e transgêneros.	Ensaio teórico/ travestis, transe- neros e transe- xuais.	Apresenta o modelo de atenção peripatético como uma estratégia de promoção do acesso dessas populações aos serviços de saúde.	Necessidade de ações específicas voltadas a população em questão dentro e fora das unidades.
Albuquerque GA, Garcia CL, Alves MJH, et al. <i>Rev. Saúde em Debate</i> . 2013.	Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil.	Revisão de literatura/ LGBT.	Avanços e barreiras na operacionalização das políticas públicas LGBT.	Homofobia institucional; Ausência de dotação orçamentária para as políticas LGBT; Capacitação dos profissionais acerca das demandas da diversidade sexual e de gênero; Reformulação dos espaços de saúde para atendimento humanizado a população LGBT.
Lionço T. <i>Rev. Saúde e Sociedade</i> . 2008.	Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade.	Ensaio teórico/ LGBT.	Criação de políticas públicas de saúde para população LGBT no âmbito do SUS.	Discriminação e preconceito nos serviços de saúde; Estigma institucional; Desnaturalizar e desmedicalizar a sexualidade reconhecendo a homossexualidade como uma possibilidade de constituição humana legítima; Democratizar os direitos sexuais reprodutivos
Gomes SM, Sousa LMP, Vasconcelos TM, et al. <i>Rev. Saúde e Sociedade</i> . 2018.	O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT.	Estudo qualitativo/ 12 diretores e coordenadores.	Desconhecimento das diretrizes da PNSI-LGBT pelos gestores em saúde do município de Cuité (PB) e os seus reflexos nos serviços de saúde.	Desarticulação dos níveis de atenção à saúde; Desconhecimento da condição de saúde vivenciada pela população LGBT no município; Formação continuada de gestores e profissionais para o reconhecimento das especificidades e necessidades da população em questão; Discriminação e preconceito
Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. <i>Rev. Ciências e Saúde Coletiva</i> . 2017.	A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, <i>Gays</i> , Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios.	Estudo quanti e qualitativo/ LGBT.	Apresenta as principais conquistas da população LGBT no campo da saúde e discute as implantações do processo transsexualizador (PrTr) no SUS.	Discriminação, o estigma e o preconceito em relação a identidade de gênero e orientação sexual; Capacitação dos profissionais de saúde para acolhimento e ampliação do acesso da população trans; Adequar o sistema de marcação de procedimentos exames para possibilitar a inclusão das pessoas trans; Reduzida quantidade de hospitais e ambulatórios habilitados para realização do PrTr.

Quadro 1. (cont.)

Autor/ano/periódico	Título	Metodologia	Aspectos relacionados a políticas LGBT	Desafios
ÁREA DA SAÚDE COLETIVA: POLÍTICAS, GESTÃO, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO				
Souza MHT, Signorelli MC, Coviello DM, et al. Rev. Ciências e Saúde Coletiva. 2014.	Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil.	Estudo qualitativo/ 49 travestis.	Itinerário terapêutico das travestis de Santa Maria (RS), na busca de cuidados em saúde dentro de instituições não convencionais (religião de matriz africana).	Discriminação e preconceito institucional; Capacitar e qualificar os profissionais para atendimento das demandas das travestis; Respeito ao uso do nome social nas instituições de saúde; Ampliação do acesso à serviços de saúde.
Rocon PC, Rodrigues A, Zamboni J, et al. Rev. Ciências e Saúde Coletiva. 2016.	Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde.	Pesquisa qualitativa/ 15 pessoas trans.	Dificuldades enfrentadas por pessoas trans ao acesso aos serviços públicos de saúde na Grande Vitória (ES).	Desrespeito ao nome social, discriminação e o diagnóstico no PrTr como principais limitações no acesso aos serviços de saúde; Capacitar e qualificar os profissionais de saúde para o atendimento de pessoas trans nos serviços; Ampliar o número de instituições habilitadas a realizar o processo transexualizador no SUS e ampliar o acesso de pessoas trans aos serviços de saúde.

Fonte: Elaboração própria.

Perspectivas históricas das políticas de saúde LGBT

No final da década de 1970, no Brasil, surgiram diversos movimentos sociais em defesa dos direitos dos grupos lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Tais grupos travaram lutas objetivando romper com o estereótipo, bem como com as diversas formas de violência (sexual, psicológico, física e o preconceito). Sob essa ótica, o público LGBT passou a ser visualizado com um novo olhar no cenário da política de saúde; e assim surgiram discussões que até então não eram fortalecidas ou referenciadas.

Em uma perspectiva histórica, evidências científicas apontam avanços na implantação de políticas direcionadas à saúde da população LGBT. A trajetória do movimento LGBT obteve maior ascensão social a partir da redemocratização brasileira. Nesse período, iniciou-se o processo de institucionalização do movimento homossexual vinculado às

ações de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), quando ocorre um fortalecimento dos movimentos sociais diante da epidemia da Aids, e a reconfiguração de muitos destes grupos sociais em Organizações Não Governamentais (ONG)²⁹.

A década de 1990 foi marcada pelo aumento do número de organizações do movimento, pela sua diversificação de atuação e de formatos institucionais³⁷. Nesse cenário, ampliou-se a rede de articulação do movimento com a presença de novos atores sociais e maior visibilidade da diversidade sexual como questão política e social. Entre outras iniciativas, destaca-se a primeira Parada do Orgulho LGBT, em São Paulo, pela inclusão de ativistas e homossexuais não organizados por meio de uma política de visibilidade massiva³⁷.

A partir de 2004, foram publicados (figura 2), pelo Ministério da Saúde, diferentes planos, programas e políticas com intuito de combater a discriminação e o preconceito, promover a cidadania e ampliar o acesso da população

LGBT aos serviços de saúde. Ainda assim, as publicações foram restritas e não refletiram em pesquisas os avanços políticos.

O Plano Brasil Sem Homofobia, lançado pelo governo federal em 2004, foi criado para a formulação de políticas e programas específicos na intenção da melhoria da situação de vida dos grupos LGBT. Em resposta aos debates e à auscultação de demandas de representações do movimento social, as diretrizes pautaram-se no intuito de promover a inserção de ações que atendessem a especificidades de saúde desse contingente populacional.

O reduzido número de publicações, mesmo diante de importantes instrumentos normativos, assevera a baixa permeabilidade de temas relacionados com LGBT nos periódicos estudados. Uma possível explicação para esse fato apoia-se na ideia de que os temas referentes a essa população não foram considerados relevantes para compor os periódicos estudados, não se alinhavam com as linhas editoriais das revistas ou não havia produção significativa de pesquisas, na saúde coletiva, que abarcasse tal população.

Por sua vez, em conjunturas favoráveis e de maior abertura ao tema e em períodos de governos progressistas e democráticos, a comunidade LGBT galgou avanços nas políticas públicas implementadas nas diversas áreas sociais, especialmente no setor saúde.

Nessa seara, em 2006, o Conselho Nacional de Saúde passou a contar em sua composição com a representação LGBT¹⁰, e o Ministério da Saúde lançou a ‘Carta do usuário do SUS’ que, entre outras ações, prevê o atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação a essa população, além de abrir caminho para o uso do nome social³⁸. Tal ação influencia diretamente no acolhimento à população transgênero. Embora constitua importante conquista à cidadania de travestis e transexuais, poucas publicações analisaram as barreiras de acesso aos serviços de saúde para tal população.

Os anos de 2007 a 2011 foram marcados por eventos significativos para a garantia de direitos, promoção da cidadania e desenvolvimento de políticas públicas para população LGBT.

Não obstante tenha-se instituído o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e DST⁷, o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre *gays*, Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e travestis³⁹; o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNPCDH-LGBT)⁸; o PrTr⁴⁰; e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT)⁹, houve apenas cinco publicações a respeito da implantação dessas políticas, da implementação das ações desenvolvidas e do impacto destas na saúde da população LGBT. Além disso, chama a atenção a insuficiência de estudos de avaliação das políticas LGBT para a produção de dados epidemiológicos, avanço do conhecimento e fabricação de novas tecnologias voltadas para o cuidado em saúde dessa população.

Depois de muitas versões, durante a XIV Conferência Nacional de Saúde, a PNSI-LGBT foi assinada em 2011, instituindo a democratização do direito à saúde a essa parcela populacional. Essa conquista teve grande implicação dos movimentos sociais em diálogo com instituições de pesquisa e ONG para que as propostas formuladas e defendidas pudessem, de fato, adentrar a agenda governamental e ser formalizada.

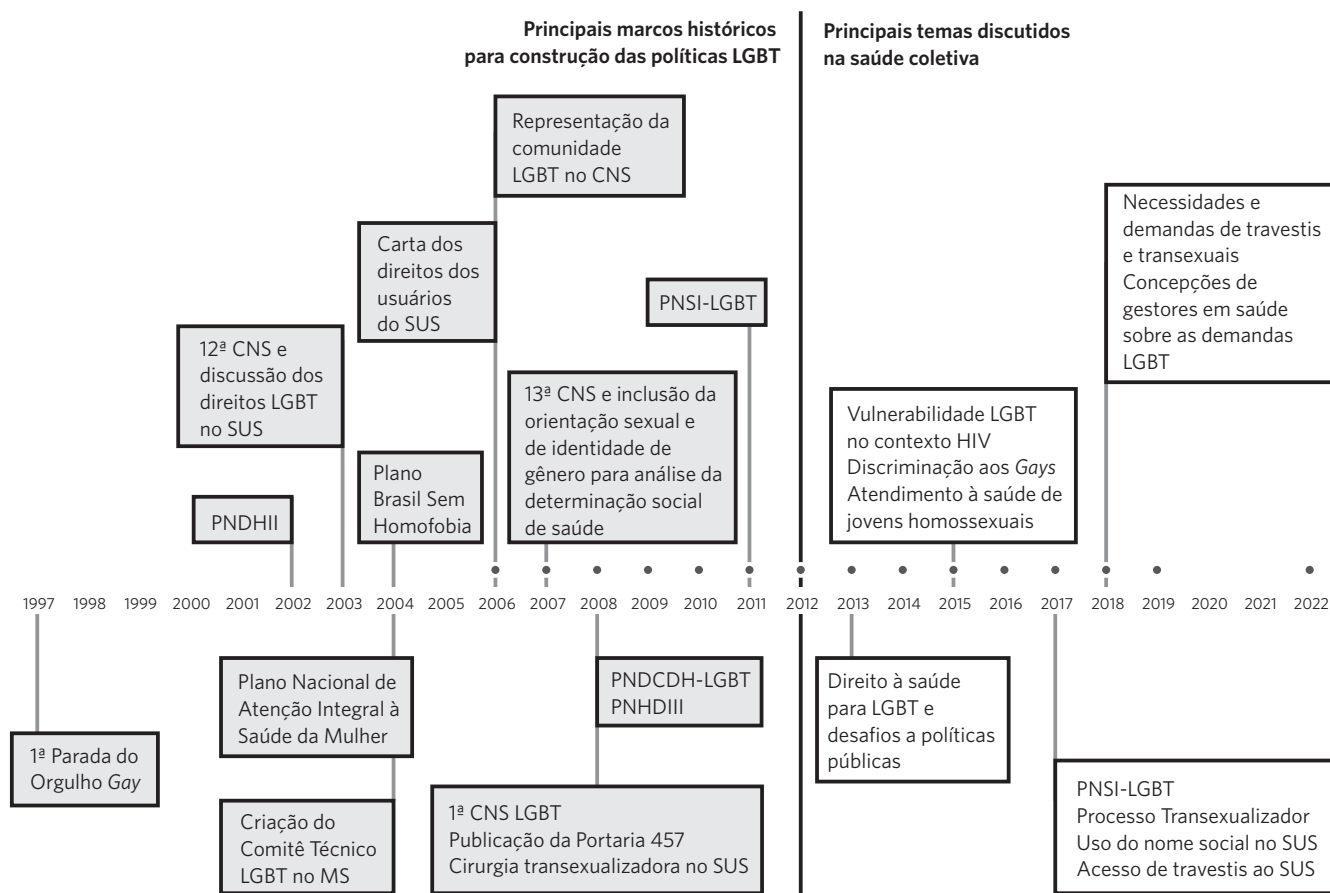
Desde então, a PNSI-LGBT tem-se constituído de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, de forma universal e gratuita. Destacamos que, nos anos subsequentes, houve maior expressão no contexto nacional dos avanços relacionados com o PrTr no SUS, do acesso de travestis e transexuais aos serviços de saúde, e as conquistas civis, como o uso do nome social no SUS, a adoção de crianças por casais homoafetivos; direito ao uso do nome social; direito de homossexual receber pensão pela morte de seu cônjuge; reconhecimento da união estável de casais homoafetivos; possibilidade de constar o cônjuge homossexual na identidade militar; licença-maternidade a pai adotivo *gay*, e o casamento civil *gay*. Todavia, é importante

destacar que todas essas conquistas precisam de maior efetivação e responsabilidade universal por parte do Estado, principalmente no que se refere ao processo de inclusão e equidade.

Em suma, as políticas públicas surgem na intenção de resguardar e proteger a integridade

física, moral, mental e identitária da população LGBT, mas cabe ao Estado adotar todos os instrumentos necessários para que se assegure a estes indivíduos, historicamente marginalizados, o pleno acesso e proteção ao direito fundamental à saúde.

Figura 2. Linha do tempo dos principais marcos sociais, normativos e técnicos para o desenvolvimento de políticas LGBT no Brasil



Fonte: Elaboração própria.

Discussão

Os temas relacionados com a população LGBT tiveram pouca expressividade no cômputo geral das publicações identificadas nos últimos

15 anos. Entretanto, os poucos artigos trouxeram importantes contribuições ao tratarem de temas complexos e apontarem vulnerabilidades em decorrência da identidade de gênero e orientação sexual.

Área de epidemiologia: vulnerabilidade e afastamento de pessoas LGBT do cuidado em saúde

Ao desvelar fatores associados à prática de uso de silicone industrial entre travestis e mulheres transexuais¹⁵, apontou-se a necessidade de assegurar o acesso aos recursos necessários para realização das modificações corporais ao longo do percurso de transição. Para tanto, o artigo aponta para a necessidade de políticas públicas que reconheçam a diversidade das demandas de saúde desse grupo social, na perspectiva de construção da identidade de gênero pautada na singularidade com que cada indivíduo vivencia seu processo de transição.

Na mesma direção, o uso e abuso de drogas por travestis profissionais do sexo que frequentavam um serviço de saúde apontou a importância de que uma política integrada seja desenvolvida para aumentar os repertórios de existência dessas pessoas, em termos de educação, saúde e trabalho, historicamente restringidos¹⁶.

Em sintonia com os demais temas, a violência psicológica praticada contra LGBT sinaliza um fenômeno complexo e multidimensional, enquanto reflexo do preconceito e hostilidade direcionados às expressões de sexualidade não heteronormativas, além de figurar como problema de saúde pública, evidenciando a necessidade primordial de conhecimento das especificidades de assistência a cada grupo da comunidade LGBT⁴¹.

Por fim, a vulnerabilidade social, individual e programática dos HSH, no contexto da epidemia do HIV/DST¹³, bem como a discriminação desse grupo¹⁴ demonstram a complexa cadeia relacional entre estigma e adoecimento que, por sua vez, culmina no afastamento do público LGBT do cuidado em saúde, e a necessidade da articulação de ações voltadas para promoção de ações diferenciadas, com o objetivo de reduzir desigualdades de grupos em condições de exclusão social e iniquidade em saúde, mesmo quando este é disponibilizado no SUS.

Por outro lado, uma política de enfrentamento das iniquidades da população LGBT requer iniciativas estratégicas vigorosas, entre as quais, a capacitação dos profissionais de saúde sobre as práticas sexuais e sociais de LGBT. Esta é questão fundamental para que o cuidado seja condizente com suas reais necessidades em saúde.

Em síntese, os artigos abordaram a perspectiva da integralidade da atenção à saúde desses segmentos populacionais brasileiros e o descaso dos profissionais de saúde e dos serviços, por exporem a população LGBT a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão social que violam seus direitos humanos, entre os quais, o direito à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento.

Área de ciências sociais: heteronormatividade e padrão heterossexual compulsório nos serviços de saúde

Ao discutir as possibilidades de infecção por DTS e Aids, aponta-se que práticas de saúde forjadas em padrões heteronormativos, associadas à cultura sexual de mulheres lésbicas, expõe esse grupo a diferentes tipos de vulnerabilidade (individual, programática e social)¹⁸, culminando no afastamento dos serviços de saúde, na desinformação das mulheres lésbicas acerca das formas de infecção por DTS/Aids, ao mesmo tempo que alimentam fragilidades nos programas de saúde desenvolvidos para as mulheres. O autor destaca a necessidade de mudanças na formação dos profissionais de saúde, superando a etnocentricidade e a visão generalizante que levam ao despreparo técnico para lidar com as questões de orientação e práticas sexuais.

Em concordância, ao discutir a 'esterilidade simbólica' de travestis e transexuais, os autores sinalizam o modelo de atenção heterocisnormativo¹⁹. Para tal, debatem como a constituição de sujeitos abjetos está dissociada de questões como reprodução e parentalidade, mostrando que o gozo dos direitos sexuais e reprodutivos

não é uma realidade atual, especialmente para a população trans. Ademais, apontam para reestruturação dos serviços de saúde para acolhimento das demandas e especificidades dessa população, bem como para a desconstrução da heteronormatividade como noção orientadora de práticas em saúde, além da urgência de alteração na formação acadêmica dos profissionais de saúde.

Do mesmo modo, ao estudar categorias de poder, resistência e transgressão à luz da teoria *queer*, no contexto da PNSI-LGBT, apontam-se os desafios de efetivar o princípio da integralidade perante um modelo de assistência assentado na heteronormatividade e no padrão heterossexual compulsório²⁰, bem como de efetivar o controle social da população LGBT, demarcar e assegurar a sua inserção em espaços de construção de políticas públicas.

Área de políticas, planejamento e gestão em saúde: dimensões de acesso à atenção à saúde

Os artigos da área de política, planejamento e gestão em saúde convergiram para o debate acerca de distintas dimensões do acesso aos serviços e aos cuidados em saúde. Especificamente no que se refere ao acesso, vale enfatizá-lo como parte essencial para o cuidado da saúde LGBT.

Nesse sentido, é importante destacar as questões predominantes nos diversos estudos analisados, quais sejam: a inclusão e a articulação das especificidades de orientação sexual e identidade de gênero em uma política nacional voltada para as populações LGBT; a necessidade de implementação de práticas de educação permanente para os profissionais de saúde, incluindo a temática LGBT; a definição de normas não discriminatórias e respeito ao direito à intimidade e à individualidade dos grupos e indivíduos pertencentes às populações LGBT; a necessidade de garantia dos direitos sexuais e reprodutivos extensiva a esses segmentos; a implementação de campanhas e revisão dos currículos escolares; e as mudanças

nos formulários, prontuários e sistemas de informação do SUS, para contemplar a orientação sexual e a identidade de gênero, os quais constituem situações muito mais complexas e são fatores de vulnerabilidade para a saúde.

Pode-se identificar que o desrespeito ao uso do nome social, a discriminação e o preconceito relacionados com a identidade de gênero e com a orientação sexual, somados ao despreparo dos profissionais de saúde para lidar com o público LGBT, são responsáveis pelo absenteísmo e pelo afastamento dessa população aos serviços de saúde. A inabilidade dos profissionais de saúde para lidar com as demandas da população LGBT gera desapontamento com os serviços buscados, descontinuidade de cuidados em saúde e a não procura em outras ocasiões^{12,21,28,36}.

A população LGBT vivencia um processo excludente em diversas situações, marcada pela violência em suas variadas formas. Percebendo-se essa realidade, faz-se necessário que o Estado desenvolva políticas públicas eficientes e eficazes a fim minimizar ou acabar com as violações de direitos que essa população sofre. Nesse sentido, diversos estudos concebem o desrespeito ao uso do nome social no SUS e a invisibilidade das demandas e especificidades da população LGBT como formas explícitas de hostilidade a esses sujeitos, levando ao afastamento dos serviços^{12,28,31,35} e à busca de cuidados em saúde em locais ‘alternativos’, dentro de instituições não convencionais²³.

O acesso da população LGBT ao SUS encontra dificuldades de operacionalização uma vez que essa população não segue um padrão heteronormativo; e aquilo que os torna ‘diferentes’ pode acabar sendo usado contra eles nos serviços de saúde. Por exemplo, a demanda por cuidados específicos e próprios da hormonioterapia e alterações corporais leva a população trans (travestis/mulheres e homens transexuais) a buscar apenas os serviços ambulatoriais que foram criados com esses fins específicos. Dessa forma, o Estado acaba por incorporar a população LGBT por meio da

lógica de fluxos assistenciais que contribuem para a exclusão social. Alguns serviços a aborda como infectante, já que estão interligados às demandas de IST e Aids, contrariando a garantia da integralidade da atenção perpassa pelo acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, e inclui os cuidados básicos com a saúde promovidos nas unidades de saúde^{12,21,26,32}.

Do mesmo modo, estudos teceram críticas ao modelo biomédico e heteronormativo³¹; discutiram os avanços e barreiras à operacionalização das políticas LGBT¹⁷; debateram acesso e cuidado integral em saúde à população LGBT²⁷, destacaram a necessidade de alterações na formação dos profissionais de saúde, de modo a prepará-los para o atendimento das demandas relacionadas com a orientação sexual e de gênero como estratégia de enfrentamento à discriminação, ao preconceito e ao estigma institucional.

É importante ressaltar que o despreparo para o cuidado em saúde não se restringe aos profissionais que prestam assistência à população LGBT e estende-se a gestores em saúde. Outrossim, o desconhecimento dos objetivos e diretrizes da política LGBT por gestores resulta em desarticulação de ações nos diversos níveis de atenção à saúde, determinando a fragmentação do cuidado³².

O desafio da promoção da equidade para a população LGBT deve ser compreendido a partir da perspectiva das suas vulnerabilidades específicas, demandando iniciativas políticas e operacionais que visem à proteção dos direitos humanos e sociais dessas populações. Há um consenso sobre a necessidade do combate à homofobia no SUS e sobre a necessidade de proteção do direito à livre orientação sexual e identidade de gênero, como uma estratégia fundamental e estruturante para a garantia do acesso aos serviços e da qualidade da atenção^{17,23}.

Acerca das dificuldades de acesso aos serviços, os artigos apontaram especialmente para fragilidades e obstáculos incutidos no PrTr. Ressaltam que o diagnóstico de transexualismo caracteriza o sujeito como doente, encontra-se

amargamente engendrado no sistema e funciona não só como ponte de acesso, mas também como mediador do ingresso do sujeito no PrTr^{11,27}. A obrigatoriedade diagnóstica, bem como o processo de normatização, “ao mesmo tempo em que gera parâmetros para a garantia de direitos, pode também se prestar a gerar novas demarcações de exclusão”¹¹⁽⁹⁶⁾.

Da mesma forma, ao discutir-se o PrTr, salienta-se o pequeno número de hospitais²⁶ e ambulatorios habilitados para realização do procedimento no SUS, bem como a sua distribuição geográfica restrita a alguns poucos estados, que acabam por limitar o acesso. Além das barreiras relacionadas com a estrutura física, os autores discutem a necessidade da capacitação dos profissionais no que tange ao acolhimento à população LGBT, à eliminação da discriminação e do estigma nos serviços de saúde.

Também é necessário romper com práticas conservadoras nos espaços públicos e privados que atendem à população LGBT, uma vez que devem ser tratados como cidadãos, implicando assim que também tenham acesso aos serviços e ações de saúde, de forma universal e igualitária. Tais discriminações e estigmatizações se traduzem em barreiras no acesso aos serviços de saúde que podem influenciar na procura por atendimentos de serviços clandestinos, os quais, pela precariedade de forma generalizada, podem oferecer risco e, sobretudo, elevar os padrões de vulnerabilidade, fatos que sinalizam a importância de aumentar o uso de tecnologias leves no cuidado à saúde LGBT^{25,27}.

Outro aspecto evidenciado pelos artigos diz respeito à ausência de previsão orçamentária para a execução das ações previstas nos planos, e complementam afirmando que a escassez e até mesmo a ausência de recursos fazem com que as ações sejam difíceis de ser implantadas. Essa restrição indica que, apesar de as políticas e os programas LGBT apresentarem boas perspectivas, a materialização das propostas e ações realizadas ainda é desafiadora¹⁷.

Em síntese, as dificuldades de acesso da população LGBT aos serviços de saúde decorrem especialmente do estigma e discriminação

operados em níveis estrutural, institucional e individual, produzidos por um modelo de assistência à saúde pautado na heteronormatividade. Ademais, o despreparo de gestores e profissionais de saúde para lidar com questões relacionadas com a diversidade sexual e de gênero constitui uma importante barreira tanto para o acesso aos serviços quanto para o cuidado integral à saúde da população LGBT.

Considerações finais

Ainda que muitas conquistas tenham sido alcançadas quanto à criação de políticas públicas de saúde para população LGBT e que sua visibilidade tenha ampliado, a inserção dessas temáticas nos periódicos da área da Saúde Coletiva tem sido pouco expressiva.

Embora a área da saúde coletiva preveja a interdisciplinaridade na construção do debate, persiste a fragmentação no processo de construção do conhecimento. Os diversos campos de produção de saberes e práticas não romperam com os paradigmas simbólicos e reificantes, perpetuando produções limitadas e estigmatizantes. Tal situação conduz a reflexões alinhadas ao campo da saúde e à premência em instigar a construção de um novo paradigma no processo de ensino nos cursos de saúde, que contemple uma formação acadêmica capaz de discutir a diversidade de gênero como questão social atinente ao processo de cuidado em saúde.

A partir da análise proposta por este estudo emergiram algumas questões que podem suscitar reflexões e produções futuras: o que determina a hierarquização de temas? Por que determinadas temáticas têm maior penetração nessa ou naquela área de concentração da saúde coletiva? Por que, em determinados periódicos, não se discutem questões relacionadas com a população LGBT para além das IST e HIV/Aids? Quais as possíveis barreiras ou impedimentos para a entrada dessa produção científica?

Acredita-se que seja necessário o desenvolvimento de outras pesquisas concernentes à implantação das políticas públicas de saúde LGBT, assim como referente à implementação das ações desenvolvidas até o momento, para a produção de marcadores de saúde que possibilitem a construção de dados epidemiológicos para essa população, e que tais atitudes se desdobrem na repercussão de estratégias para as secretarias municipais de saúde, reais instâncias executoras dos serviços do SUS.

Colaboradores

Bezerra MVR (0000-0002-6502-6071)*, Moreno CA (0000-0002-1841-2260)*, Prado NMBL (0000-0001-8243-5662)*, Santos AM (0000-0001-9718-1562)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Atun R, Andrade LO, Almeida G, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin American. *Lancet*. 2015; 385:1230-47.
2. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador; Rio de Janeiro: Edufba; Fiocruz, 2008.
3. Ferrari A. Revisando o passado e construindo o presente: o movimento gay como espaço educativo. *Rev Bras de Educação* 2004; (25):105-115.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803 de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 20 Nov 2013.
5. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e promoção da cidadania homossexual. Brasília, DF: CNC; 2004.
6. Mello L, Brito W, Maroja D. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. *Cad PAGU*. 2012; (39):403-429.
7. Brasil. Programa Nacional de DST e Aids. Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e DSTs entre Gays, Homens que fazem sexo com homens (HSH) e Travestis. Brasília, DF: MS; 2007.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT. Brasília, DF: MS; 2009.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836 de 1 de dezembro de 2011. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais. *Diário Oficial da União*. 2 Dez 1999.
10. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 26: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília, DF: MS; 2010.
11. Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis*. 2009; 19(1):43-63.
12. Silva LKM, Silva ALMA, Coelho AA, et al. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. *Physis*. 2017; 27(3):835-846.
13. Brignol S, Dourado I, Amorim LD, et al. Vulnerabilidade no contexto da infecção por HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(5):1-14.
14. Magno L, Dourado I, Silva LA, et al. Factors associated with self-reported discrimination against men who have sex with men in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2017; (51):102-113.
15. Pinto TP, Teixeira FB, Barros CRS, et al. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(7):1-13.
16. Rocha RMG, Pereira DL, Dias TM. O contexto do uso de drogas entre travestis profissionais do sexo. *Saúde Soc*. 2013; 22(2):554-565.
17. Albuquerque GA, Garcia CL, Alves MJH, et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2013; 37(98):516-524.
18. Almeida G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se auto-definem como lésbicas. *Physis*. 2009; 19(2):301-331.
19. Angonese M, Lago MCS. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. *Saúde Soc*. 2017; 26(1):256-270.

20. Motta JJJ. Sexualidades e políticas públicas: uma abordagem queer para tempos de crise democrática. *Saúde debate*. 2016; 40(esp):73-86.
21. Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(supl2):S291-S300.
22. Freire EC, Araújo FCA, Souza AC, et al. A clínica em movimento na saúde de TTTS: caminho para materialização do SUS entre travestis, transsexuais e transgêneros. *Saúde debate*. 2013; 37(98):477-484.
23. Souza MHT, Signorelli MC, Coviello DM, et al. Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(7):2277-2286.
24. Rocon PC, Rodrigues A, Zamboni J, et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(8):2517-2525.
25. Ferreira BO, Nascimento EF, Pedrosa JIS, et al. Vivências de travestis no acesso ao SUS. *Physis*. 2017; 27(4):1023-1038.
26. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(5):1509-1520.
27. Rocon PC, Sodré F, Zamboni J, et al. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde *Interface - Comunic, Saude, Educ*. 2018; 22(64):43-53.
28. Sousa D, Iriart J. “Viver dignamente”: necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(10):e00036318.
29. Ramos S, Carrara S. A Constituição da Problemática da Violência contra Homossexuais: a Articulação entre Ativismo e Academia na Elaboração de Políticas Públicas. *Physis*. 2006; 16(2):185-205.
30. Lionço T. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. *Saúde Soc*. 2008; 17(2):11-21.
31. Valadão RC, Gomes R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis*. 2011; 21(4):1451-1467.
32. Gomes SM, Sousa LMP, Vasconcelos TM, et al. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. *Saúde Soc*. 2018; 27(4):1120-1133.
33. Zago LF, Santos LHS. Os limites do conceito de empoderamento na prevenção ao HIV/Aids entre jovens gays e bissexuais no Brasil. *Physis*. 2013; 23(3):681-701.
34. Redoschi BRL, Zucchi EM, Barros CRS, et al. Uso rotineiro do teste anti-HIV entre homens que fazem sexo com homens: do risco à prevenção. *Cad. Saúde Publica*. 2017; 33(4): 1-22.
35. Silva CG, Paiva V, Parker R. Juventude religiosa e homossexualidade: desafios para a promoção da saúde e de direitos sexuais. *Interface - Comunic, Saude, Educ*. 2013; 17(44):103-17.
36. Taquette SR, Rodrigues AO. Experiências homossexuais de adolescentes: considerações para o atendimento em saúde. *Interface - Comunic, Saude, Educ*. 2015; 19(55):1181-91.
37. Facchini R. “Sopa de Letrinhas?” Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90: um estudo a partir da cidade de São Paulo. [dissertação]. Campinas: Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas; 2002.

38. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília, DF: MS; 2007.
39. Brasil. Plano Integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Brasília, DF: MS; 2007.
40. Brasil. Portaria nº 457 de 19 de agosto de 2008. Institui o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
41. Albuquerque GA, Parente JS, Belém JM, et al. Violência psicológica em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do Ceará, Brasil. Saúde debate. 2016; 40(109):100-111.

Recebido em 02/06/2019

Aprovado em 16/01/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Movimentos sociais em luta contra o racismo de Estado e pela vida: contribuições ao debate sobre saúde

Social movements in the fight against State racism and for life: contributions to the health debate

Rachel Barros¹, Maria Paula Bonatto², Mariana Ferreira³, Glauca Marinho⁴, Patrícia Oliveira⁵

DOI: 10.1590/0103-11042019S823

RESUMO O texto é um registro da mesa-redonda organizada para o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que ocorreu na Fundação Oswaldo Cruz (RJ), em 2018, trazendo experiências e reflexões de três mulheres negras, importantes lideranças dos movimentos sociais contra o racismo e a violência de Estado. O tema girou em torno do cuidado em saúde envolvendo os familiares de vítimas de violências de Estado e os desafios para alcançar a integralidade e a equidade no acesso aos serviços públicos de saúde em face do racismo cotidiano vivenciado pela população negra e favelada, alvo dessa violência. Procurou-se sensibilizar, ao trazer narrativas sobre episódios de racismo no interior do sistema de saúde, para a importância da inclusão dessa problemática na formação dos profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Racismo. Integralidade em saúde. Direitos humanos. Compensação e reparação.

ABSTRACT *The text is a record of the round table that took place at the National Congress of Collective Health in Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz/RJ) in 2018, bringing the experiences and reflections of three black women, who are important leaders of social movements against racism and state violence. The theme addressed health care involving relatives of victims of police violence and the challenges to achieve comprehensiveness and equity in the access to public health services in face of the daily racism experienced by black people and slums populations, who are the targets of such violence. By bringing these narratives about episodes of racism within the health system, we seek to raise awareness regarding the importance of including this issue in the education of health professionals.*

KEYWORDS *Unified Health System. Racism. Integrity in health. Human rights. Compensation and redress.*

¹Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional (Fase) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
bonattofiocruz@gmail.com

³Ministério da Saúde (MS), Rede de Atenção Psicossocial (Raps) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Justiça global - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Introdução

O momento político brasileiro, considerando o campo das políticas públicas, seu sucateamento e dissolução, espelha uma época em que, em nome dos valores do neoliberalismo, são colocados em risco direitos coletivos conquistados ao longo de décadas, em especial, o direito à saúde. Se a intenção dos profissionais de saúde brasileiros – ao lado de boa parte da população – era caminhar em direção à superação do modelo assistencial biomédico e hospitalocêntrico, buscando otimizar as ações em torno do modelo de saúde biopsicossocial, com foco na Atenção Primária à Saúde, o crescente desinvestimento do poder público nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) nos lega uma sociedade cujas condições de vida ficam mais precárias, expostas à degradação da saúde mental e física diante da priorização dos valores de mercado.

Nesse contexto, a sociedade civil se reorganiza para uma luta mais acirrada por direitos, o que envolve a necessidade de uma retomada mais radical nas reflexões sobre os princípios que embasam ações por uma saúde pública de qualidade e para todos. Para isso, torna-se fundamental investir na formação de profissionais que saibam se posicionar de forma crítica e ativa diante dos desafios impostos por uma sociedade extremamente desigual na qual o racismo também está presente nas políticas de Estado, em que os valores de mercado se impõem de forma violenta tentando sobrepujar valores emancipatórios e humanistas.

Em 2018, o XII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva aconteceu no *campus* da Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, tendo como bandeira a necessidade de estudar a trajetória da saúde pública à saúde coletiva, ou seja: como uma política pensada teoricamente se materializa em conquistas significativas de saúde a partir da organização das lutas sociais¹?

Foi esse o contexto em que participantes do Movimento Caveirão Não!, uma articulação entre movimentos sociais voltada para denunciar as violências das incursões policiais

nos territórios de favelas, organizaram, no Abrascão (como é conhecido o congresso), a mesa redonda ‘Movimentos Sociais em Luta pela Vida e Políticas Públicas: contribuições ao debate sobre saúde’. Pensando na relevância do que se discutiu na ocasião para a formação de profissionais de saúde, trazemos o presente relato de experiência, repercutindo as vozes de mulheres pretas que compuseram a mesa: intelectuais e ativistas, defensoras de direitos humanos e lideranças de movimentos sociais ligadas a moradores de favelas. São depoimentos de mulheres que acumularam em sua experiência o poder de lutar para superar barreiras impostas pelo racismo estrutural, cotidiano e institucional, efeito de nossa história colonial e de seu ‘mercado de gente’ de quase 400 anos^{2,3}.

A formação dos profissionais de saúde na atualidade está fundamentada no esforço mundial por elevar os patamares de saúde das populações conforme os documentos da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma Ata, URSS, em 1978, e documentos da legislação brasileira como a Constituição Federal de 1988, em que ficou definida a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080), a qual reza que o Estado deve assegurar ao cidadão o direito à saúde, e o Ministério da Saúde deve ordenar a formação de profissionais da área⁴.

A construção do SUS como política pública está marcada por diversas etapas que refletem as lutas populares pela saúde. Em meio a essa caminhada, em 2009, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009. Essa política foi construída a partir do reconhecimento de que existem

barreiras estruturais e cotidianas que incidem negativamente nos indicadores de saúde dessa população – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência⁵⁽⁹⁾.

Ela reafirma o papel de cada esfera de gestão do SUS – governos federal, estadual e municipal – como responsáveis por articular ações entre governos e sociedade civil, para garantir o acesso da população negra aos serviços de saúde, de forma humanizada e atenta à melhoria das condições de saúde específicas desse setor e para a redução das iniquidades de raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, geracionais e de classe.

Por outro lado, a experiência de mais de 30 anos em meio ao processo de implantação do SUS tem mostrado que há uma longa trajetória entre a construção oficial de uma política e a transformação de uma cultura que semeia o racismo estrutural e negado pela sociedade. Esse é o contexto em que se dá o crescimento dos movimentos sociais, e seu fortalecimento em meio a lutas por democracia que se aprofundaram a partir da ditadura militar-empresarial que marca a construção do SUS desde o seu início⁶.

As vozes que reunimos no presente estudo fazem parte de movimentos que têm procurado sistematizar experiências e denúncias como saberes específicos do povo pobre e preto que passa por vivências traumáticas de discriminação racial no interior do sistema de saúde, no judiciário, no sistema prisional, entre outros, como: os movimentos de mães e familiares de vítimas de violência estatal; a Frente pelo Desencarceramento (RJ), a Marcha das Mulheres Negras contra o Racismo e a Violência, e pelo Bem Viver; entre outros grupos e coletivos antirracistas. As denúncias crescentes, veiculadas até mesmo pela grande mídia⁷, nos trazem evidências de que ainda precisamos avançar muito dadas as características estruturais do racismo em nossa sociedade, transformando o princípio da universalidade do SUS em um grande desafio.

Assim, a organização dessa mesa considerou como foco esse desafio materializado na precarização das condições de vida e de acesso à rede de saúde e demais direitos básicos por parte das populações atingidas pelo racismo, especialmente por políticas de

segurança pública tão violentas e letais como a que temos no Rio de Janeiro. A ideia foi sublinhar as demandas e os problemas de saúde, ou os assim chamados impactos causados por eventos críticos como o assassinato de um familiar – sobretudo dos processos de adoecimento e intenso sofrimento psíquico –, mas também valorizar as próprias experiências dos movimentos como produtoras de saúde e de resistência coletiva. Pensamos o conceito de saúde coletiva aqui em um sentido que certamente reverbera as críticas que a expressão comporta à saúde pública, à regulação estatal em nome de um saber médico naturalista, mas também em um sentido afirmativo, como um “poder instituinte da vida social”⁸⁽¹⁴⁾, às margens ou resistindo à violência do Estado, ao compartilhar experiências de sofrimento e estratégias de cuidado coletivas.

A mesa, coordenada por Mariana Ferreira, psicóloga do SUS e apoiadora da Rede de Comunidades e Movimentos contra a Violência, foi composta por Rachel Barros, doutora em sociologia (Instituto de Estudos Sociais e Políticos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Iesp/Uerj), educadora da Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional (Fase) e integrante do Fórum Social de Manguinhos; Gláucia Marinho, mestra em comunicação (Faculdade de Educação da Baixada Fluminense da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – FEBF/Uerj) e coordenadora da Justiça Global; e Patrícia Oliveira, que, à época, fazia parte do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura, (órgão da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro – Alerj que fiscaliza o sistema prisional e o sistema socioeducativo), uma das fundadoras da Rede de Comunidades e Movimentos contra Violência. Patrícia é irmã de Wagner do Santos, sobrevivente da Chacina da Candelária.

Alguns movimentos merecem ser destacados como exemplo das formas atuais de organização da resistência, como o Julho Negro, idealizado a partir de uma articulação da Rede de Comunidades e Movimentos contra a Violência e a organização estadunidense Brazil

Police Watch (Dê Olho na Polícia Brasileira), que viabilizou a vinda de integrantes do Black Lives Matter (Vidas Negras Importam) ao país em 2016. Em 2018, o evento ocorreu no Museu da Maré e, pelo terceiro ano, reuniu ativistas e familiares de vítimas de violência estatal contra o racismo. Um dos dias do encontro foi construído em torno das possibilidades do cuidado e das estratégias em saúde, não só para se cobrar a eficácia de políticas públicas, mas também para se chamar a atenção sobre a importância do cuidado mútuo e do autocuidado entre os militantes. A Rede de Comunidades e Movimentos contra a Violência é um coletivo formado prioritariamente por mães^{9,10} e familiares de vítimas de violência policial, que completa 15 anos em 2019. A Rede começou a partir da Chacina do Borel, quando quatro jovens foram assassinados pela polícia em 2003; e a partir de então se organizou todo um movimento de solidariedade entre favelas e de pressão no judiciário para julgar os responsáveis pelos assassinatos. Marcos do início dessas lutas foram a organização popular em torno das Chacinas de Acari¹¹, que ocorreu há 29 anos, quando mães que moravam nessa região tiveram seus filhos assassinados, sendo que os corpos nunca foram encontrados; e a da Candelária, ocorrida há 26 anos, crime de grande repercussão, em que oito meninos que dormiam em frente à Igreja localizada em uma das mais importantes avenidas do centro do Rio de Janeiro foram mortos a tiros durante a madrugada. Essas lembranças são marcos de ações que, longe de serem corrigidas pelas leis, só se ampliaram e se aprofundaram, culminando na oficialização pelo governador da política de extermínio hoje vigente no estado do Rio de Janeiro. Os fatos ilustram a realidade de extrema violência em que se desenrola a história contemporânea da cidade do Rio de Janeiro, sendo também exemplos de motivações para a organização da população em torno de movimentos de proteção e reação.

Esse é o contexto das falas que transcreveremos a seguir, de autoria das participantes da mesa, buscando permanecer fiéis à força

das narrativas dessas mulheres que, em busca por justiça e por equidade, questionam, criticam e denunciam as situações que seu povo vivencia em suas incursões pelo SUS. Seus depoimentos trazem à cena episódios de racismo cotidiano, juntamente com análises evidenciando que a integralidade no SUS não pode prescindir de uma reflexão sobre os marcadores de gênero e raça nas relações entre usuários e profissionais de saúde.

Políticas de Bem Viver e reparação à violência de Estado [Gláucia Marinho]

D. Joselita teve uma parada cardiorrespiratória e morreu. Ela morreu de tristeza, e o Estado foi responsável pela morte de dona Joselita.

E aí, é essa a conjuntura, esse é o cenário em que a gente se depara, né?

Desde 2016, diante do aumento das mortes das mulheres negras, nossas organizações estão trazendo esse conceito, ainda pouco apropriado por nós, que é usado por comunidades indígenas, o Bem Viver. Estamos buscando o caminho do que seria o Bem Viver, essa integralidade que é a saúde. Esse é o primeiro desafio coletivo: pensar sob esse paradigma nas relações entre saúde e doença. Principalmente nós que militamos e atuamos como movimento de enfrentamento à violência policial.

Nesse sentido, eu quero trazer o caso acontecido em 2015, a chacina de Costa Barros, conhecida como a Chacina dos 111 tiros [o carro com cinco jovens foi metralhado por policiais militares no bairro de Costa Barros, em 28 de novembro]. Foi a partir dessa chacina que dona Joselita, mãe do menino Roberto, entrou em um processo de tristeza profunda depois que seu filho foi alvejado e morto, o que a levou também à morte. O que me chamou a atenção quando eu soube a forma da morte de dona Joselita, foi a

semelhança deste caso ao que lemos nos livros de história sobre o banzo que sofriam os escravos. Dona Joselita nos seus últimos quatro dias de vida já não se alimentava mais, já não falava mais. Ela teve uma parada cardiorrespiratória. Ela morreu de tristeza, e o Estado foi responsável pela morte de dona Joselita.

Como nós, dos movimentos que trabalham contra a violência provocada pelo Estado, pensamos a saúde para essas vítimas tidas como indiretas que são, na prática, vítimas diretas da política do Estado brasileiro de extermínio da população negra? Fala-se daquela que perdeu a vida, mas há toda uma família na sua luta por justiça. Em muitos casos, se demora uma década para um caso ser resolvido, com a mãe, o pai, nesse luto e nessa rememoração do caso no cotidiano. A vida dessas mulheres é rememorar a violência. E ao recontar o que está acontecendo se revive isso. Esse processo nos leva ao adoecimento. Então vou falar dessas afetações e do que temos construído para vencer isso, e sabemos que não vamos vencer sozinhos.

[...] Quando a gente fala da estrutura de desigualdade racial do Brasil, é também para entender como se encara todas as políticas públicas e ações de prevenção de doenças. E estou falando do homicídio à distribuição de repelente para mosquito da dengue nesse país. Para nós, população negra e empobrecida, o direito à saúde é um direito reconhecido, mas ele não é um direito efetivado, mesmo quando temos o maior programa de saúde pública do mundo! Assim sendo, precisamos fortalecer os espaços levando em conta o fato de que para a população negra ainda é muito difícil o acesso, mesmo universal.

No dia da remoção da Associação de Moradores da Vila Autódromo, eu sou jornalista da ONG Justiça Global, uma organização de direitos humanos e estava cobrindo e apoiando a resistência dos moradores contra as ações de remoção durante as Olimpíadas¹². Essa foi uma das atividades de preparação da cidade para o evento, quando uma das estratégias para pressionar as famílias a saírem foi

a prefeitura ir removendo as casas e mantendo o entulho nas favelas para criar aquele cenário de guerra, que fizesse com que as pessoas saíssem, aceitassem a remoção. Em meio ao entulho, eu caí e quebrei a perna. Fui ao Hospital Lourenço Jorge com a perna inchada e roxa numa cadeira de rodas. Entrei para falar com o ortopedista e ele perguntou: 'foi a perna esquerda ou direita?'. Ele não se dignou a olhar a minha perna! Era óbvio que se ele olhasse uma perna inchada roxa ele perceberia. Aí eu falei: foi a direita. Ele olhou o raio x e disse: 'Quebrou. Tem plano?'. Falei: 'Não, não tenho'. [...]. Depois o médico falou 'vai para casa e imobiliza', o que me levou para uma clínica particular, pois eu não sabia como imobilizar uma perna quebrada. Conto esse exemplo para ilustrar: mesmo conhecendo meus direitos, mesmo o direito à saúde sendo universal, para mim que cheguei lá e, aparentemente tendo o acesso, o direito não se realiza. Deve se considerar que tudo isso ainda é facilitado para alguém como eu, que tem a prática para argumentar com o médico.

Imagina a situação dessas senhoras que acabaram de perder o filho, que tem cotidianamente todos os direitos violados. Toda a política de ação afirmativa no Brasil visa diminuir isso, mas ainda predomina uma hierarquia social que precisamos enfrentar. Essa hierarquia está entre a classe médica e os assistidos, onde o doutor, o médico, o juiz são as instituições máximas em nosso país. Humanizar é também pôr fim a essas barreiras.

Essa articulação de mães, familiares e moradores de favela está em prol de uma agenda de lutas pela reparação integral, inspirada e incentivada no acúmulo do movimento negro sobre a reparação dos danos e violências causadas pela escravidão. Pela primeira vez, eu acho que a gente avançou porque se fala muito de reparação e a reparação para o judiciário é entendida como reparação financeira. A gente perde um ente querido e eles acham que pagando de 30 a 150 mil, para quem recebe um salário-mínimo, está compensando. Mas não é assim. Quando falamos de reparação falamos de saúde integral, de reparação psíquica, e isso surgiu no Encontro

Internacional das Mães e Familiares de Vítimas do Terrorismo de Estado [ocorreu em Salvador, BA, 2018] uma demanda ainda não efetivada. O Estado precisa se responsabilizar pelo atendimento psicológico de suas vítimas já que foi ele quem causou todo aquele trauma. [...]. Além disso, falta sensibilização ou até formação para vários psicólogos que não têm preparo para tratar o trauma que a população negra sofre todos os dias. E diante da falta de informação precisamos avançar no debate com psicólogos e médicos sobre a questão da violência Estatal, sobre racismo, porque ao encaminhar mães sofredoras a esses profissionais ouvimos: 'Ah! Mas ela não queria fazer o tratamento...'. Mas o que se verifica é que o profissional não tem a dimensão do horror que essas famílias têm passado. Então as coisas são mais complicadas do que parecem.

Integralidade, determinantes sociais e racismo [Rachel Barros]

Vivemos entristecidos, vivemos exauridos, sabe? Isso não é à toa! E tem uma coisa muito cruel que a gente costuma ouvir: que pobre não tem depressão, pobre não sofre, pobre não tem problema...

Eu faço parte do Fórum Social de Manguinhos, que é um coletivo que surgiu aqui em 2007, pela luta por garantias aos moradores de participarem das obras do PAC, o Programa de Aceleração do Crescimento. Entrei em 2009, estou nele até hoje porque é um espaço que garante o posicionamento crítico dos moradores, é um espaço de aprendizado também. Foi também nesse território que aprendi que a saúde não é ausência de doença quando aprendi sobre os Determinantes Sociais da Saúde, um conceito que desconstrói essa nossa ideia do senso comum e associa esse nosso debate sobre a saúde à produção do espaço onde a gente vive.

Estamos aqui na Fiocruz, um espaço maravilhoso, mas estamos também em Manguinhos, um lugar que passou por uma obra de um vulto de mais de 400 milhões de reais e continua tendo problemas de saneamento básico, problemas de pessoas que têm suas casas rachadas pelas intervenções do PAC, problemas de pessoas que em muitas situações não têm recebido tratamento médico. Então quando falamos de determinantes sociais também estamos falando disso né? Estamos falando de todos esses processos que acontecem no ambiente e determinam a forma como a pessoa vai ter uma relação com a ausência ou presença de doenças. Foi nesse território que reconheci todas essas dimensões e que a gente também começou a discutir sobre esses impactos da violência.

Vocês já devem ter ouvido falar que a Rua Leopoldo Bulhões foi intitulada como Faixa de Gaza. Na Av. dos Democráticos, temos a Esquina do Medo. Existem todos esses espaços que foram renomeados por conta da associação com a violência urbana, que é um fenômeno que tem múltiplas causas. E não é, de forma alguma, culpa de um indivíduo, apesar de que, pela forma como as políticas públicas são colocadas, violência vai ser identificada com sujeitos específicos: as favelas e os moradores de favelas, majoritariamente negros. Então é disso que estamos falando.

Vi dados interessantes que mostram que o Brasil tem 6% da sua população, ou seja, 11 milhões de pessoas, com depressão, sendo o maior índice da América Latina. Esse ano, nos primeiros cinco meses, o INSS registrou o aumento de 17% no número de pessoas afastadas do trabalho por motivo de depressão.

[...] Mas por que a depressão agora é o mal do século? Porque a depressão é a doença que está aí é atacando todo mundo? Porque nós vivemos nesse sistema dessa forma: vivemos entristecidos, vivemos exauridos, sabe? Isso não é à toa! E tem uma coisa muito cruel que a gente costuma ouvir: que pobre não tem depressão, pobre não sofre, pobre não tem problema... Eu fiquei pensando muito em uma música que ficou

eternizada na voz da Elza Soares, 'A Carne', que fala: 'a carne mais barata do mercado é a carne negra, que vai de graça pro presídio, pra debaixo do plástico, que vai de graça pro subemprego e para os hospitais psiquiátricos...'. Então, a depressão não é vista como doença de pessoa pobre e preta, mas a depressão ataca essas pessoas e isso não é um fator psicológico que surgiu do nada, né? É algo que acomete muitas pessoas e têm razões estruturais. Tem uma matéria da BBC falando sobre a estigmatização que as pessoas sofrem: 'em sua tese de mestrado da Universidade Federal de Feira de Santana (BA) uma pesquisadora americana – Jenny Rose Smolen, propõe uma revisão na relação entre raça e transtornos mentais no Brasil. Analisando 14 pesquisas sobre transtornos mentais, ela chegou à conclusão de que não brancos têm mais tendências a sofrer com doenças como depressão. Segundo ela, esse problema não está ligado a fatores genéticos. Existe também, segundo a especialista em psicologia social Gabriela Moura, o impacto bioquímico. Quando você se vê diante de um perigo seu nível de cortisol aumenta. Nosso corpo foi feito para que isso aconteça no período de 5 a 10 minutos de forma que você entre rapidamente em estado de alerta para fugir do perigo'¹³. Só que, quando se vive em uma situação de preconceito e violência social, a gente se vê nessa situação o tempo todo! Então o indivíduo passa 24 horas em estado de alerta, não sabendo se ele vai ser bem recebido, não sabendo se ele vai sofrer violência policial, violência urbana, ou seja, em outras palavras, é isso o que a música está dizendo. Para uma pessoa que sofre violência cotidianamente é mais do que natural, é mais do que óbvio que ela não vai ter um estado psíquico muito saudável. [...]. Então existe toda uma questão que envolve a violência urbana e como ela se apresenta gerando danos à população preta.

Uma questão que para mim é muito importante é: onde o setor saúde entra nisso, porque aconteceram aqui em Manguinhos casos que foram muito emblemáticos dessa relação no que se refere à violência letal em si. Em 2013, faleceu o filho de uma companheira nossa, a Fátima Pinho. O filho dela foi espancado por policiais num beco até a morte.

O filho dela foi encaminhado para a UPA onde ela não conseguia entrar. Só entravam os policiais e foi dito que tentaram ressuscitar o rapaz lá. Só que o filho, que ela já havia pego no colo, foi encaminhado morto para a UPA, o que já era sabido.

É de âmbito nacional que existe um sistema de notificação para violências, que é compulsório, legislado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), pelo Estatuto do Idoso e que é obrigatório e importante quando envolve o interesse público ou diz respeito a crianças e adolescentes, ou seja: a comunicação do ocorrido para outros setores de interesse público, Ministério Público, Defensoria e outros órgãos. Só que essa notificação não acontece ou é insignificante ou subnotificada. Nesse caso específico, houve uma nota da própria PM dizendo que o jovem chegou lá e que houve tentativas de ressuscitá-lo, o que se contrapõe ao relato da mãe. E o que se observou foi que houve, digamos, uma convivência do sistema de saúde com esse tipo de situação de violência extrema, quando o laudo oficial produzido no sistema de saúde expressou a narrativa dos policiais, quando poderia ter sido um documento que expressasse a realidade em defesa do direito humano infringido por tamanha situação de violência.

Assim como neste caso, um jovem, o Mateus, que morreu aqui pelo uso por parte de um policial de uma pistola teaser, ao chegar à UPA não teve notificada a agressão com essa pistola. Então qual é a importância do setor saúde na garantia de direitos, na prevenção das violações que essas pessoas sofrem? Uma coisa muito relevante é: como esses setores que, em princípio, são vistos de maneira fragmentada e estanque são importantes para somar esforços nas garantias de direitos, não apenas na saúde, mas também em outras áreas? Não seria essa integração um fator fundamental como prática da almejada 'intersectorialidade e integralidade na saúde'?

A Sílvia, que mora em São Gonçalo, relatou que uma jovem chegou no hospital onde ela trabalha como enfermeira. A menina chegou dizendo que foi estuprada em uma festa e ela não conseguiu

atendimento, nem a profilaxia, nem nada. Essa jovem voltou para casa e tentou o suicídio. Então quando falamos da integralidade, estamos buscando dimensões de garantia de direitos, e um profissional de saúde pode entender sua importância e atuar nesse processo. Ao escolher essa perspectiva ele está também escolhendo um lado de atuação. Isso não é fácil porque notificar a violência é algo que gera situações de constrangimento, mas precisamos encontrar estratégias para fazer isso. A notificação não deveria estar em nome de um profissional, mas da instituição. Mas sabemos como esse serviço do preenchimento dessa ficha, que é altamente complexa, também colabora com esse tipo de situação.

Pensar na questão do cuidado no ambiente institucional de saúde é também pensar como o racismo institucional acontece nesses espaços, porque quando falamos não só do autocuidado, não apenas das pessoas terem uma vida plena, de não terem estresse... estamos falando de como um profissional consegue ou não acompanhar o paciente, do profissional que não consegue encaminhar, do profissional que não olha pro corpo do paciente, que atende olhando pra baixo... Porque as pessoas precisam daquilo que o SUS já diz: de um atendimento humanizado. O profissional precisa se reumanizar. Sabemos que trabalhar com o público em um ambiente institucional é desafiador porque as relações são difíceis de ambos os lados. Mas queremos deixar claro que aquele que está do outro lado sofre violência todos os dias. E toda essa trajetória, todo esse histórico, os profissionais não vêm, porque não aparece na TV. Se você não sentar com uma pessoa para você ouvir o que ela está trazendo, se não vai sequer tentar saber, como você vai colaborar com ela? Muitas vezes o problema não é somente o de que ela quebrou um braço, mas também de que ela precisa ser encaminhada para um profissional do serviço social para resolver o problema de que não tem os documentos necessários para receber o Bolsa Família. E aí voltamos às dimensões da intersectorialidade, da integralidade e dos Determinantes Sociais da Saúde.

Adoecimentos, tortura e o ‘deixar morrer’ como violência estatal [Patrícia Oliveira]

O Ryan, que teve noventa por cento do corpo queimado, estava em coma e permanecia algemado. Foi recebido pelo médico que falou: ‘você quer que a gente tire as algemas desse bandido e assassino?’.

A Vera Flores, uma das Mães de Acari, em função da filha ter desaparecido, adquiriu uma diabetes emocional que chegava a 500, 600... Um dia, quando estávamos andando na rua, ela falou que seu sapato havia se quebrado em baixo. Olhamos e vimos que o sapato não estava quebrado. Ela foi para casa, o pé começou a inchar e viu que o osso do pé é que havia se quebrado no meio. [...] os dedos do pé dela já estavam pretos. Então, gangrenou muito rápido, de um dia pro outro e ela teve que amputar a metade do pé. Vera foi internada no Hospital Getúlio Vargas, passando por mais dificuldades porque não conseguia que ela tivesse o atendimento que deveria ter. Fomos para a porta do hospital, fizemos uma manifestação e só a partir daquele dia ela começou a ter o tratamento que deveria ter. Passaram-se dois anos e ela foi piorando da diabetes pelo fato de não ter encontrado a Cristiane. Foi piorando, piorando e veio a falecer. Mas se lá no início tivesse tido o acompanhamento de saúde que merecia... Não é só a necessidade de uma política de saúde. São os médicos, os técnicos de enfermagem, os profissionais que não têm mais aquele compromisso com o atendimento. Quando uma pessoa perde um familiar de forma violenta, ao longo do tempo, ela acaba adquirindo algumas doenças. São aneurismas com mortes prematuras, entre muitas outras doenças¹⁴.

Há quatro anos, nove meninos foram queimados porque houve um curto circuito no alojamento (que na verdade é uma cela) do Degase [Departamento Geral de Ações Socioeducativas].

Esses meninos foram colocados dentro de uma kombi: um grudado no outro, estando eles queimados, e levados para os hospitais do Andaraí, pro Souza Aguiar e Pedro II. O Ryan, que teve 90% do corpo queimado, estava em coma e permanecia algemado. Foi recebido pelo médico que falou: 'você quer que a gente tire as algemas desse bandido e assassino?'. O Ryan morreu algemado estando em coma. Como é que uma pessoa em coma pode ser considerada uma ameaça? Sobre o outro menino, que depois veio a falecer também, os médicos disseram: 'ele se mexe... então tem que ficar algemado sim'. Só que os médicos não entenderam que ele estava ali todo queimado, que ele sentia dor, não sabia como fazer as necessidades, então pra ele tudo era uma inquietação.

Tivemos que ter um revezamento entre os grupos 'Cededita' [Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente] que é da Defensoria Pública e trabalha com crianças e adolescentes, o 'Mecanismo' [Mecanismo Estadual de Combate à Tortura] e a 'Pastoral do Menor' e todos os dias íamos aos hospitais para tentar garantir o mínimo apoio a esses adolescentes. O Ryan e o outro menino morreram, depois os outros meninos tiveram alta.

Na quarta-feira, o grupo de apoio foi ao Souza Aguiar e ao Andaraí quando soubemos que eles não tinham condições de ter alta porque ainda estavam muito queimados. Na quinta-feira, recebemos uma ligação da Defensoria dizendo que os meninos iriam ter alta naquele dia e que iriam para o Degase. Na sexta-feira, fomos à unidade em que eles estavam. Foi dito para a juíza que havia condições para que eles ficassem nos alojamentos. Os alojamentos ficavam em meio a uma mata que produzia uma grande quantidade de mosquitos. Os basculantes tornavam o quarto muito quente pelo sol o dia todo. As orientações médicas para os meninos foram: três trocas de roupas, lençóis, fronhas e curativos por dia. Quando conversamos com o diretor da unidade, foi dito que ninguém havia informado sobre esses procedimentos e que nem mesmo havia lençóis

na unidade. Fizemos uma coleta entre os trabalhadores para a compra de roupas de cama e toalhas para garantir as trocas diárias e os curativos.

Isso tudo me chocou muito porque independente do que a pessoa fez, o médico faz um juramento de salvar vidas e seu papel não é julgar delitos procurando saber o que cada pessoa fez. Mas isso é o que acontece constantemente.

Outro dia um adolescente, o Renato, levou oito tiros e foi levado para o Hospital Miguel Couto. Recebemos uma denúncia por telefone de que os médicos não chegavam perto do adolescente. Ligamos para o hospital, Defensoria e Ministério Público e só então o Renato começou a ter um tratamento. Renato estava todo machucado pelos tiros e logo teve alta da emergência, o que não significava que teria que desocupar sua vaga no hospital. Nesse processo, a Polícia Militar retirou o Renato do hospital e o colocou em uma viatura. O menino foi levado para uma delegacia e não foi permitido que sua mãe o acompanhasse. Começamos então uma busca do Renato por meio de ligações telefônicas para se saber para onde havia sido levado. O diretor do hospital afirmava que o adolescente Renato estava na emergência, enquanto a promotora já estava com uma foto do Renato no interior da viatura da polícia, tendo depois sido informado que o adolescente havia sido encaminhado para a 14ª DP no Leblon para prestar depoimento. Alertamos o delegado para o fato de que o adolescente deveria ser encaminhado para o Departamento de Polícia da Criança e do Adolescente (DPCA). Assim, Renato saiu do Leblon e foi levado para a DPCA no centro da cidade, onde verificou-se que na documentação o adolescente estava com o nome errado, tendo que voltar para o hospital para ter seu nome corrigido e depois seguir para a delegacia. Depois, o Degase não queria recebê-lo porque a polícia não poderia tê-lo retirado do hospital. Como já era tarde da noite, decidiram recebê-lo para evitar que ele ficasse circulando machucado pela cidade, pois estava cheio de curativos tendo levado nada menos que oito tiros!

Aponto aqui a necessidade de se discutir na formação profissional, [além das técnicas] também a ética profissional, o compromisso com a saúde humana porque as pessoas não olham para o outro como olham para si próprias. É necessário lembrar aos estudantes que eles têm um compromisso ético de auxílio mesmo àqueles que cometeram delitos. Um profissional não pode apenas deixar morrer. Se vê falar muito em cuidado, inclusive o slogan do prefeito era o compromisso com o cuidado, mas o que se vê é que esse cuidado não existe.

A fala de Patrícia Oliveira trata de uma ética do cuidado, sendo ela mesma um exemplo de um intenso esforço nessa direção, ao atuar no Mecanismo de Combate à Tortura, lutando para garantir o atendimento para Renato, adolescente que levou oito tiros em 2018. Esse caso apresenta muitos aspectos em comum com o que Patrícia vivenciou com seu irmão, Wagner, que, como dissemos, estava entre as vítimas da Chacina da Candelária. Wagner também levou oito tiros, em 1993, um deles no rosto, tendo uma das balas se alojado em seu pescoço – quando, não só sobreviveu, como prestou depoimento, tendo reconhecido dois policiais militares que participaram da matança de oito adolescentes em frente à igreja da Candelária no centro do Rio de Janeiro. Uma reportagem da época na TV, disponível na internet¹⁵, mostra Wagner tomando soro na delegacia, sendo que, nessa ocasião, o jovem foi assistido durante o depoimento por uma médica do SUS. Hoje ele é a principal testemunha no processo judicial e está no Programa de Proteção a Vítimas e Testemunhas, vivendo exilado na Suíça, após ter sobrevivido a mais um atentado, em que levou mais quatro tiros, na Central do Brasil em 1994.

De lá para cá, a militarização e a letalidade da violência policial se ampliaram muito. É urgente incorporar esse debate nas formações em saúde, pensando a integralidade da produção da saúde com questões de cor – como ressaltaram Rachel Barros e Gláucia Marinho –, pois é a população negra quem está sendo

morta, seja por bala ou tristeza – e com gênero: o cuidado ainda é considerado tarefa feminina, como nos mostra a imensa maioria de mulheres entre os familiares de vítimas na luta por direitos humanos, justiça e reparação.

Considerações finais

Na intenção de aprofundar o diálogo, considerando os movimentos sociais dos quais participamos, destacamos aspectos que apontam para transformações estruturais que identificamos como necessárias para que avancemos em direção a modelos de sociedade que superem as violências com as quais convivemos e contra as quais temos resistido e lutado intensa e coletivamente ao longo dos séculos.

Como destacou Gláucia Marinho, para sustentar essa resistência hoje ancoramos nossa utopia no conceito de Bem Viver. Esse conceito tem origem em movimentos sociais indígenas da América Latina, tendo sido incorporado recentemente nas constituições da Bolívia e do Equador. Se refere a uma ampla expectativa de bem-estar coletivo envolvendo tanto a proteção incondicional da natureza quanto uma visão crítica a modelos burgueses de desenvolvimento.

A expressão Bem Viver é uma tradução da expressão *Sumak Kawsay*, da língua quéchua equatoriana, ou *Sumak Qamaña* do dialeto aimará boliviano, sendo uma ideia que está presente entre quase todos os povos indígenas de *Abya Yala* (ou América Latina). Nasceu da resistência histórica desses povos, sendo proposta para o conjunto da sociedade como alternativa à ideia de progresso discriminatório e violento. Seus princípios são: relação, complementaridade, reciprocidade e correspondência, considerando que as visões de tempo e espaço são complexas. O Bem Viver questiona a fundo a modernidade e seus conceitos, não sendo apenas uma reivindicação de e para os indígenas, sendo também apontada no momento como a alternativa mais importante que se tem para se sair das dimensões

desumanas que caracterizam o capitalismo e a modernidade. Segundo o economista Pablo Dávalos, que foi vice-ministro da economia do Equador, os povos indígenas latino-americanos

[...] consideram que é necessário avançar um passo além do socialismo e da crítica realizada pela economia política ao capitalismo. Isso se deve ao reconhecimento de que as estratégias e os dispositivos de poder na América Latina não são apenas econômicos, mas também raciais. Os indígenas não apenas são explorados como também invisibilizados ontologicamente. Essa invisibilização ontológica se produz também em relação às mulheres e aos povos afros. Os mecanismos de poder, na América Latina, foram além da teoria tradicional da mais-valia como exploração da força de trabalho. É necessária, por consequência, uma teoria crítica que compreenda os mecanismos de discriminação, exclusão e violência apoiados nas ideias de raça, etnia e gênero¹⁶.

Assim, ao destacarmos o Bem Viver, apontamos a necessidade urgente de superar uma ideia de progresso individualizado, com seres humanos fragmentados de sua relação comunitária, com a natureza e com sua própria história em direção à concretização de um conceito de saúde que pode ser definido com base na concepção de

estar vivo e em condição de nos objetivarmos como humanos, de realizarmos em cada um de nós o máximo dentro do que a humanidade já estabeleceu como possibilidade¹⁷⁽⁹⁵⁷⁾.

Tendo como foco a importância do compromisso legal assumido pelo SUS, Rachel Barros traz a importância dos DSS. A princípio, esse conceito reivindica fatores mensuráveis relativos a itens que, com base em nossa Constituição, são de responsabilidade do Estado. Este, para promover saúde deve garantir à grande maioria da população, que sofre com as violências relativas às desigualdades, o acesso ao saneamento básico, habitação,

cultura, lazer, alimentação, trabalho, serviços de educação e saúde de qualidade, entre outros. Contudo, o principal debate que assumimos aqui está ligado ao fato de que a oferta desses itens transformando-os em índices percentuais positivos no interior de uma sociedade capitalista individualista, por si só não garantem nossa saúde universal se não enfrentarmos os ‘processos de determinação’ da saúde e da doença para além desses fatores, ou seja, por meio de uma reorganização social que esteja realmente comprometida com a construção de contextos de produção social, cultural e política da saúde e da vida. Nesse sentido, a construção de uma sociedade que construa processos pró-saúde e pró-vida relaciona-se com o conceito de Bem Viver, trazido por Glaucia Marinho no que se refere aos movimentos das mulheres negras e coloca-se como contraponto às forças hegemônicas de interesse do capital que transformam os itens determinantes da saúde em mercadorias para poucos.

Em que pesem os interesses da expansão do capital, vimos que, há cinco séculos, o racismo legitimou os interesses da expansão mercantilista e da acumulação primitiva de capital europeia e segue sendo central para entendermos a política e o poder na contemporaneidade. Assim como a noção de saúde coletiva buscou criticar determinadas razões de estado da modernidade, como a medicalização do espaço social, apostando na construção social e multicultural dos processos de saúde e doença, é preciso aprofundar a discussão sobre raça e racismo. Autores como Michel Foucault e Achille Mbembe trazem contribuições imprescindíveis ao entendimento da função do racismo nos estados modernos e, sobretudo, com Mbembe, nos estados com forte herança colonial, como o Brasil.

Sabemos que a medicalização do corpo social ou da população, fenômeno referenciado no século XIX, irá se caracterizar, segundo Foucault, cada vez mais como um poder sobre a vida, o assim chamado biopoder¹⁸. Por meio do discurso racial e racista, produziram-se intervenções nesse corpo que, no limite, acabaram

por impor-se como políticas de morte, o que Mbembe, inspirado em Foucault, denomina de necropolítica¹⁹. Segundo esse autor, esse é o conceito que explica como se torna aceitável que uns morram em nome da defesa da sociedade²⁰, construindo-se a noção de um inimigo interno à sociedade em bases racistas.

Vale ressaltar que, para além do comércio de armas e todo o complexo industrial-prisional-militar relacionado com o aparato securitário que alimenta os assassinatos racistas vinculados às ditas políticas de segurança pública, outras formas de assassinar pretos e pretas se constroem no interior desse mesmo Estado. Ou seja: quando se ‘deixa morrer’, ou ainda, quando o funcionalismo público – representante do Estado – oculta informações (como no caso dos laudos que não revelam as causas das mortes, segundo a narrativa de Rachel Barros), ele está fazendo uma gestão da morte e da vida, ele está produzindo falsas verdades e exercendo uma certa ‘razão de Estado’ que endossa uma política de morte. Essa mensagem também fica clara pelo depoimento de Patrícia Oliveira que vai revelando como os silenciamentos/ocultamentos são estratégias de produção de verdades a serviço da morte com requintes racistas de crueldade que remetem às torturas dos corpos escravizados.

Esse é o contexto que Fátima Lima identifica como base para construir as relações entre biopoder, biopolítica e necropolítica²¹. Essa autora convoca a noção de bionecropolítica como referência para analisar o que acontece hoje no que se refere ao genocídio da população negra, bem como todas as questões e vivências transversalizadas pela raça. Lima destaca que a vida em comum no Brasil se construiu como uma sociedade em torno de uma gramática sociorracial sustentada pelo mito da democracia racial e da cordialidade, caracterizando o ‘racismo à brasileira’ como um ‘crime perfeito’. Esse termo foi cunhado pelo antropólogo africano e professor da USP, Kabenguele Munanga, que considera que todos os racismos são abomináveis, mas o racismo

brasileiro é considerado pelo professor um crime perfeito no sentido de que permanece matando pelo silêncio social em que está engendrado quando você não encontra ninguém que seja racista, quando ninguém se assume, mas o racismo e a discriminação existem. Para além da morte física e da exclusão Munanga destaca a morte da consciência, tanto do algoz como da sociedade que é vítima das ações de violência em meio ao silêncio, ao não dito²².

É no sentido de um apelo para a quebra desse silêncio em direção à tessitura de relações sociais que garantam saúde para todos que expomos aqui nossas experiências de dor e de aprendizado na construção de cuidados.

Dedicamos este texto aos familiares, em especial às mães de vítimas do terrorismo de Estado, reforçando a aliança entre todos e todas que têm resistido e se dedicado coletivamente à luta por justiça e pela memória dos que tombaram no caminho.

Colaboradores

Barros R (0000-0002-4293-1853)* contribuiu para a narrativa/testemunho na mesa da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), que originou o presente estudo, e revisão do texto final. Bonatto MP (0000-0003-4153-1230)* contribuiu para a organização, argumentação e pesquisa temática bem como foi responsável pela transcrição das falas na mesa da Abrasco, que originou o presente estudo. Ferreira M (0000-0002-6709-0421)* contribuiu para a organização, argumentação e pesquisa temática, bem como foi responsável pela organização e mediação da mesa da Abrasco, que originou o presente estudo. Marinho G (0000-0003-4311-836X)* contribuiu para a narrativa/testemunho na mesa da Abrasco, que originou o presente estudo, e revisão do texto final. Oliveira P (0000-0002-0321-9812)* contribuiu para a narrativa/testemunho na mesa da Abrasco, que originou o presente estudo, e revisão do texto final. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Anais do 12. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva [internet]; 26-29 jul 2018; Rio de Janeiro (RJ): Abrasco; 2018. [acesso em 2019 jul 24]. Disponível em: <http://www.saudecoletiva.org.br>.
2. Kilomba G. Memórias da Plantação: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó; 2019.
3. Carneiro S. Escritos de Uma Vida. São Paulo: Pólen Livros; 2019.
4. Arruda AE, Viegas CS, Alves, CRL, et al. Formação e Pesquisa em Saúde: Relato de Experiência na Atenção Primária à Saúde. *Rev. bras. educ. med.* [internet]. 2012 [acesso em 2019 jul 24]; 36(supl1):2-110. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200014>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
6. Scherer-Warren I. Redes de movimentos sociais. São Paulo: Loyola; 2005.
7. Soares R. Proporção de negros, pardos e adolescentes cresce entre mortos pela polícia no Rio. [internet] *Jornal Extra*. 2019 Set 8. [acesso em 2019 out 8]. Disponível em: <http://extra.globo.com/casos-de-policia/proporcaode-negros-pardos-adolescentes-cresce-entre-mortos-pela-policia-no-rio-23934628.html>.
8. Birman J. A Physis da saúde coletiva. *Physis*. [internet]. 2005 [acesso em 2019 set 16]; 15(supl.):11-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300002&lng=en.
9. Birman P, Leite M, organizadoras. Um Mural para a Dor: movimentos cívicos religiosos por justiça e paz. Porto Alegre: UFRGS; 2004.
10. Vianna A, Farias J. A guerra das mães: dor e política em situações de violência institucional. *Cadernos Pagu*. 2011; jul-dez:79-116.
11. Araújo FA. Do Luto à Luta: a experiência das mães de Acari. [dissertação]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade do Rio de Janeiro; 2007. 141 p.
12. Magalhães AA. Remoções de Favelas no Rio de Janeiro: entre formas de controle e resistências. Curitiba: Appris; 2019.
13. Marques T, Giacomo F. O estigma enfrentado nas periferias pelas pessoas com depressão: 'Pobre não pode se dar ao luxo de não sair da cama' [internet]. *BBC News Brasil*. 2019. [acesso em 2019 out 8]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-44400381>.
14. Ferreira M. Direitos Humanos e Psicologia: sobre cascas, feridas e lampejos. In: Conselho Regional de Psicologia. *Experiências em Psicologia e Direitos Humanos: caderno de trabalhos do II Prêmio Maria Beatriz Sá Leitão*. Rio de Janeiro: CRP 05; 2017. [acesso em 2019 jul 24]. Disponível em: http://www.crprj.org.br/site/wpcontent/uploads/2017/08/caderno_IIbia.pdf.
15. Chacina da Candelária: sobrevivente identifica dois policiais. [internet]. [acesso em 2019 out 8]. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/1052099>.
16. Dávalos P. 'Os dispositivos de poder na América Latina não são apenas econômicos, mas também raciais. [acesso em 2019 out 8]. Disponível em: <http://www.epsv.fiocruz.br/noticias/entrevista/os-dispositivos-de-poder-na-america-latina-naosao- apenas-economicos-mas-tambem>.
17. Albuquerque GSC, Silva MJS. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2019

- out 8]; 38(103):953-965. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400953&lng=en.
18. Foucault M. História da Sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
19. Mbembe A. Necropolítica. Arte & Ensaios [internet]. 2016 [acesso em 2019 out 8]; 2(32):123-151. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993>.
20. Foucault M. Em Defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes; 1999.
21. Lima F. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. [internet] Arq. bras. psicol. 2018 [acesso 2019 out 8]; 70(esp):20-33. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v70nspe/03.pdf>.
22. Munanga K. “Um intérprete africano do Brasil: Kabenguele Munanga” [internet] 2017. [acesso em 2019 out 8]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/142366/137498>.

Recebido em 09/06/2019

Aprovado em 15/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Avançando na construção do SUS: propostas políticas a partir da atuação de Agentes Comunitários de Saúde

Advancing in SUS construction: political proposals based on the work of Community Health Workers

Andrea Gomes Siqueira¹, João Bosco Eleutério de Assis^{2,3}, Wagner Souza^{4,5}, Jorge Antônio dos Santos Nadais^{6,7}

DOI: 10.1590/0103-11042019S824

¹Unidade Básica de Saúde ESF Parque Esperança I – Duque de Caxias (RJ), Brasil.

²Unidade Básica de Saúde ESF Walter Ayres – Patos (PB), Brasil.

³Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias de Patos e Região (Sindacse) – Patos (PB), Brasil.

⁴Clínica da Família Valter Felisbino de Souza – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro (Sindacs-RJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁶Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. jasnadais@gmail.com

⁷Comissão dos Agentes Comunitários de Saúde de Manguinhos (Comacs) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

O CENÁRIO ATUAL, DE DESCONSTRUÇÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL no Brasil, nos provoca a olhar nossa trajetória de luta pelo direito à saúde e a construir novas formas de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Talvez seja momento de reconhecer as propostas e reflexões políticas atuais de um grupo de trabalhadores que atuaram nos debates da Reforma Sanitária dos anos 1970, mas tiveram sua participação ocultada na história tradicionalmente contada: os agentes de saúde, mais tarde regulamentados e reconhecidos como Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

São trabalhadores exclusivos do SUS que atuam próximos da população usuária e destinatária do direito à saúde. Inserem-se duplamente no sistema, como usuários e trabalhadores, e encontram-se em um ponto estratégico para pensar uma Reforma Sanitária capaz de transformar efetivamente a vida das pessoas.

O entrevistador, Jorge Nadais, é um dos membros fundadores da Comissão dos ACS de Manguinhos (Comacs), comunidade do município do Rio de Janeiro, onde atua como ACS há 6 anos. Os entrevistados são: Andrea Siqueira, ACS no município de Duque de Caxias no Rio de Janeiro (RJ) há 13 anos; João Bosco, presidente do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias de Patos e Região (Sindacse) e atuante como ACS há 28 anos no município de Patos na Paraíba (PB); e Wagner Souza, Técnico ACS, vice-presidente do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro (Sindacs-RJ), município onde atua há 15 anos. O ACS é território, e uma verdadeira Reforma Sanitária se faz pelo território, na relação com o usuário.

JORGE: Muito se fala da participação de médicos sanitaristas na Reforma Sanitária, mas há pouco registro da participação de nós, ACS, nessas discussões. Também são aqueles profissionais que, geralmente, são ouvidos nas avaliações e revisões críticas do processo de construção do SUS. Esta entrevista tem como objetivo primordial buscar a percepção dos ACS, de diferentes localidades, com relação ao que tem sido feito do SUS e perguntar: o que temos hoje pode ser melhorado? Vamos iniciar a conversa pela nossa representante mulher. Andrea, fale da sua trajetória como ACS.



ANDREA: Eu estou há 13 anos agente comunitária pelo município de Duque de Caxias, RJ. Quando fiz o processo seletivo, a chamada era feita nos bairros, nas praças, igrejas. Como eu já trabalhava como voluntária da Pastoral da Criança, me interessei em fazer o processo, e desde então estou na mesma microárea. São 13 anos de convivência com as pessoas com quem comecei a trabalhar, vendo os filhos crescerem.

BOSCO: Eu sou ACS em Patos, quinta maior cidade da Paraíba, com 110 mil habitantes, desde 1991. Sou da primeira turma de ACS na Paraíba. Foi um processo seletivo feito pelo estado em parceria com os municípios e com o Ministério da Saúde (MS). Em 1991, Patos era uma cidade extremamente necessitada de infraestrutura social, tanto no campo da saúde quanto na educação, na assistência social. Então, o Programa de Agente Comunitário de Saúde (Pacs) veio para modificar aquela realidade de uma cidade cravada no sertão nordestino e que passava por diversos problemas de vulnerabilidade social. Especificamente na comunidade Noé Trajano, que é extremamente carente, como o restante da cidade, procuramos fazer esse diagnóstico. O trabalho de um ACS não é e nunca foi só o da Visita Domiciliar (VD). O nome da profissão, Agente Comunitário de Saúde, traz a essência do trabalho dele: é selecionado do seio da comunidade alguém que se identifica e que pode trabalhar conjuntamente com essa comunidade para modificar situações de vulnerabilidade social. Nosso foco é trabalhar as condicionantes para melhorar a promoção e prevenção de saúde da população para o qual a gente está adscrito. Jamais nós podemos atuar na cura da doença.

WAGNER: Fiz um processo seletivo amplo, que mobilizou mais 170 mil candidatos no município do Rio de Janeiro. Atuo desde 2003, fiz 16 anos agora. A gente não conhece a realidade de onde mora quando inicia esse trabalho. Sou morador e atuo no Complexo do Alemão, que é uma das maiores favelas do estado do RJ. Tem em torno de 180 mil pessoas. A minha

unidade tem aproximadamente 32 mil cadastrados. A gente tem uma área muito grande, muito densa, com as realidades sociais diversas e desafios enormes. Em 2003, quando eu comecei a enxergar a realidade do local onde eu moro, vi as necessidades da população; e, com isso, nos inquietamos para tentar melhorar e buscar alternativas, mobilizar essa população, que é uma das coisas mais difíceis do mundo: fazer com que o povo entenda que ele é o ator daquilo ali, que ele pode mudar. Esse é um dos pilares da atuação do ACS. A Saúde da Família dentro do Complexo do Alemão foi o primeiro equipamento público, além da polícia, a atuar no território. Era um imenso deserto sanitário. Para tomar uma vacina, a gente andava em torno de seis a sete quilômetros. E com a Saúde da Família, trouxemos uma realidade sanitária para dentro do Complexo com uma proposta diferente, de promoção e de prevenção, que a gente foi perdendo por causa das políticas públicas que vieram. Aí a gente passou a ser números, infelizmente, e deixamos de lado a questão da nossa essência, que tentamos resgatar a todo instante. Os colegas entram trabalhando sem curso introdutório. A gente que está no campo há mais tempo é que ensina como fazer, mas esse colega não tem uma bagagem para fazer o trabalho do ACS. Ele vai na coleta de dados, vai visitar um morador, mas simplesmente só pergunta “*como você está*”. Ele não observa o ambiente, não observa a casa porque ele não foi treinado, ele não tem esse olhar diferenciado como se tinha antigamente. Temos que tentar resgatar nossa essência via Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs), via sindicatos nas suas bases, junto aos gestores, porque a população necessita desse olhar diferenciado do ACS.

JORGE: Qual o desafio de ser ACS nos dias de hoje?

BOSCO: Eu me apaixonei pela profissão no decorrer do aprendizado do trabalho. Nós tivemos um curso introdutório de dois

meses, que é um curso base de formação do ACS. Nas turmas novas que estão entrando, isso não está acontecendo. O processo de ingresso de um ACS se aperfeiçoou até pela própria legislação. A Lei nº 11.350¹ e a Emenda Constitucional 51² nos habilitou a sermos servidores públicos, seja municipal ou estadual, por via do processo seletivo público. Hoje, nenhum novo processo seletivo exige menos do que o ensino médio completo. Na minha época, bastava ler e escrever. Mas o que era extraído desse candidato a ACS não era saber ler ou escrever, era a capacidade para trabalhar em comunidade e ser liderança comunitária. E aí é que está a essência. Você pode ter até doutorado, mas se não tiver a capacidade de dialogar, de participar de uma reunião com a comunidade e, conseqüentemente, com outros atores das políticas públicas, então você não serve para ser ACS. Aquela formação do introdutório visava isso. Com o avanço da universalização e da descentralização, o processo de trabalho do ACS foi sendo aperfeiçoado, e hoje realmente precisa ter ensino básico. Foi a primeira turma, de 25 ACS em Patos, uns com saberes a mais, outros com saberes a menos, que, por exemplo, venceu a cólera com um simples *“dá licença, moça”*. Para entrar na casa da dona Maria e dizer a ela que *“se ela e a família tiverem higiene pessoal e ambiental na sua residência, lavarem as mãos após todas as necessidades especiais”*, foi preciso muita identidade com as comunidades periféricas e de baixo nível de escolaridade. Então, em menos de seis meses, Patos deixou de ter casos de cólera. Claro que não só foi isso. Foi também influenciando a comunidade, buscando se organizar junto a essa população. Com a Lei Municipal nº 2.107³, de 15 de setembro de 1994, houve a criação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Quando foi criado o CMS em Patos, isso foi ideia nossa. Patos, naquela época, só tinha 1 associação de moradores. Hoje tem 48. Isso é fruto do trabalho do ACS, porque nós acreditávamos que era preciso organizar a população em

seus territórios para o enfrentamento de realidades perversas. A luta pelo saneamento básico da cidade, que estava caótico, passou por essa discussão. Outra virtude alcançada, que é uma vertente importante do trabalho do ACS e do Agente de Combate às Endemias (ACE), é a redução da mortalidade infantil, que era quase 100/1.000 nascidos e hoje está em 20/1.000. Mas apesar dos avanços, eu faço uma crítica a uma mudança no trabalho do ACS: muita ficha, muita burocracia fez a gente perder essa identidade do cuidado. E é por isso que doenças que nós conseguimos erradicar nos anos 1990 e 2000 estão voltando, como o sarampo. Os gestores querem mais números do que propriamente um trabalho de cuidado com eficiência.

ANDREA: Quando eu entrei, eu não sabia o que era ser ACS. Eu nunca tinha ouvido [falar] no programa. Eu fiz o processo seletivo porque alguém falou *“ah, vai trabalhar com a comunidade”* e era uma coisa que eu gostava, já fazia voluntariamente, e pensei *“se me pagarem para fazer, melhor”*. Como eu sempre gostei de educação e eu queria ser professora, quando falaram que era para trabalhar com educação em saúde, eu me interessei. Então eu achava que era o mundo ideal: eu ia cuidar das pessoas, eu ia fazer educação. Mas hoje em dia a gente vive uma situação tão difícil que ser ACS é viver no limite. Você adoce, você não consegue cumprir. A gente deixou de trabalhar com o lado humano da prevenção e só fica gerando números e números e sofre desgaste o tempo todo. Esse é o desafio de ser ACS hoje. Tentar não descaracterizar tanto a profissão, respeitando o que foi criado lá no início, a promoção e o cuidado da saúde, aliando com as tecnologias modernas; porque eu gosto da tecnologia, eu adorei a ideia de trabalhar com tablet, de ter um computador, mas aliar as duas práticas, eu acho que esse é o nosso desafio. Fora os outros, a questão mesmo da categoria, de salário, de estabilidade, porque o Brasil todo tem ACS em situações diversas. Mas na questão do trabalho

em saúde, eu acho que o nosso desafio é aliar as tecnologias e as inovações que vêm, sem deixar esse olhar mais sensível com a população que a gente bate na porta; porque a população nem bate na nossa porta, a gente é que bate na porta deles.

WAGNER: Acho que ser ACS tem duas vertentes hoje em dia: uma é quando você atua na microárea, em contato com a população que você escuta, troca ideia, troca seus saberes, orienta, e é orientado. E a outra é a parte burocrática do trabalho, que está nos prendendo muito mais hoje do que as visitas domiciliares. Quando você está no campo, o trabalho é dinâmico e prazeroso, e quando está na unidade, resolvendo questão burocrática, o trabalho é monótono, pressão em cima de pressão. A convivência entre essas duas vertentes é muito difícil.

JORGE: É muito complicado você conciliar a necessidade da população com aquilo que a gestão pública exige. Andrea, qual é a importância do ACS para a saúde da população?

ANDREA: Eu acho que o ACS é fundamental. Às vezes, a nossa população não tem uma dimensão da nossa profissão. Muitos dos ACS que estão entrando também não têm, mas a gente lida diariamente com as pessoas. Eu cansei de ouvir e algumas vezes eu me revoltava, “*você é o elo com a sua comunidade*”, e demorei muito tempo para entender isso dentro da questão de saúde, de ser o serviço público que está na casa das pessoas. Então a gente é importante por isso, porque a gente vai conversar com eles sobre a questão da dengue no Rio de Janeiro, Zyka, questão da vacinação. É um trabalho de formiguinha, diário, que você vai construindo nessa relação com os seus usuários. Por isso é importante manter esse vínculo com a população. Se você não consegue a confiança das pessoas, como você vai dizer dos modos de vida delas? Como você vai orientar medicação? Como você vai abordar os problemas familiares? Hoje em dia a gente tem uma questão séria de depressão, de desemprego no estado, no

município, mas se a pessoa não tem confiança... Cada dia que a pessoa vai é um médico diferente. Já o ACS, não: a gente está todo dia. Então ele confia de contar os problemas, da gente até abordar e dizer: “*não, você tem que procurar um médico*”; porque, às vezes, nem a pessoa enxerga que está doente e precisa do serviço de saúde. Para ela, aquilo é a normalidade, e, às vezes, o ACS, no dia a dia, consegue observar isso. Parece muito pouco, mas, se for juntando o trabalho de milhares de ACS pelo Brasil afora, a gente vê os resultados que aparecem. Falando em saúde caótica, como está no Rio de Janeiro, em Duque de Caxias, ter alguém que está olhando por você, que te acompanha, é muito importante. Você vai ter uma pessoa que diz “*olha, você não tomou a vacina; cuida da sua saúde; veja sua alimentação*”. A gente, no acompanhamento, vê o processo de saúde e doença da população. É por isso que é muito complicada essa modernização, essa burocratização do nosso serviço, de se tornar número, porque o lado da conversa, quando você tem que fazer 20, 30 visitas, produzir metas, vai ficando de lado e vai se perdendo porque você está sempre correndo.

JORGE: Ouço sempre que “*uma vez ACS, sempre ACS*”, porque é algo que te afeta de uma forma tão profunda que modifica a tua forma de ver e compreender o mundo, as políticas públicas de saúde, de meio ambiente, de educação e outras.

WAGNER: Ser ACS leva você a compreender o ser humano melhor. Você desmistifica tantas questões, tantos preconceitos, que acho que a gente se torna um ser humano melhor.

BOSCO: Após a Constituição de 1988, foi organizado todo o arcabouço jurídico do SUS, com as Leis Orgânicas da Saúde. A ideia do ACS veio para destravar o que vinha acontecendo antes: a promoção da doença em detrimento da prevenção e da promoção da saúde. A população buscava o serviço depois de adoecer. Hoje, não. Com o ACS, o sistema vai na casa de dona Maria, de seu José perguntar sobre

as suas condições de saúde, o que é que está ocorrendo enquanto condicionante de saúde naquela residência, naquele território, para, daí, junto com a equipe multiprofissional, pensar as estratégias de cuidado pelo serviço. Por isso o ACS foi o alicerce para o modelo do SUS que temos hoje. O SUS avançou consideravelmente, mas precisa se aperfeiçoar: ser financiado melhor, valorizar o profissional, do ACS até o médico. Quando o Pacs foi implantado lá em 1991, pelo MS, ele ia trabalhar essas condicionantes de vulnerabilidade social da população. Isso partiu das experiências exitosas no Ceará. Nós, na Paraíba, no ano de 1991, passamos seis meses sem receber um centavo de salário. Mas a resposta que nós demos, por exemplo, à cólera, fez com que o governo revisse a proposta de acabar com o programa, que na época tinha uma duração de seis meses. Depois disso mudou definitivamente com a transformação dos ACS e ACE em servidores públicos reconhecidos pela Constituição Federal, e com as atribuições definidas na Lei nº 13.595⁴, Lei Ruth Brilhante. Foi preciso o ACS mostrar o seu processo de trabalho. O SUS ainda precisa avançar mais. Mas qual é o entrave? Gestores não são comprometidos com essa política pública. É uma questão de condições de trabalho. Eu passei 16 anos para receber minha portaria de efetivação como servidor público. O ACS tem que lutar para dar condições de promoção e prevenção de saúde à comunidade, mediante seu trabalho, e, ao mesmo tempo, tem que lutar pela sobrevivência do seu emprego e pelos seus direitos trabalhistas. Aqui em Patos, nós temos todos os direitos: plano de carreira e salário, piso nacional salarial, insalubridade, gratificação de carreira e efetivação pelo poder público. O ACS nunca deveria ser terceirizado ou contratado por excepcional interesse público. Ele tem que ser efetivo direto do ente federado, do estado ou município. Na Conacs, nós estamos encampando todas essas lutas. Através de mobilização, paralisação e um trabalho junto ao parlamento. Vale uma ressalva: com todos os problemas que o parlamento brasileiro tem,

nós já derrubamos mais de oito vetos presidenciais. Já teve líder do governo dizendo que não vota contra o ACS. No cenário social, político e econômico que estamos vivendo, é preciso muita luta.

JORGE: Nós somos uma categoria cuja existência é vinculada à existência do SUS e que recebeu a responsabilidade da consolidação dos princípios do sistema no território.

WAGNER: Nós temos um papel muito importante na saúde da população. A questão não é só agendar consulta, não é só fazer a promoção da saúde. É trabalhar os determinantes de saúde daquela população. Dialogar com aquela população sobre o que afeta ela no seu dia a dia: a ausência de saneamento básico, a questão da água que ela bebe, as questões de moradia. E buscar alternativas e soluções. Informar a essa população que ela tem direitos, e que é o ator principal daquele local. Acho que um dos nossos papéis é esse: empoderar a população e buscar soluções junto aos poderes públicos. Às vezes, são questões que afetam a saúde naquele local e que a gente mesmo pode resolver juntando a população. Então o ACS é um agente de transformação.

JORGE: Talvez seja a categoria que conhece no seu DNA a questão da determinação social em saúde, porque ela vive a determinação social em saúde o tempo inteiro, a partir do momento que o ACS é morador e vive a realidade que afeta os seus vizinhos. É uma dupla afetação. Andrea, como é trabalhar com saúde no território em que você vive?

ANDREA: Inicialmente, a grande dificuldade foi deixar de ser apenas a vizinha, a amiga, e ser também uma trabalhadora da saúde. Até eu mesma me colocar nesse lugar foi difícil; porque, enquanto vizinha, a gente até tem a amizade e a intimidade, mas também tem um limite que precisa ser respeitado enquanto representante do Estado no território. E trabalhar no território hoje em dia está mais difícil ainda.

A gente tem a questão da violência agravada no Rio de Janeiro. Minha área é em um bairro até tranquilo, mas não deixa de ser afetado pela violência do entorno, pelas coisas que acontecem no Rio de Janeiro de forma geral. A condição social mesmo, das pessoas, foi agravando muita coisa. Conforme isso vai piorando, vai ficando mais difícil também você trabalhar no território. Mais pessoas desempregadas, mais pessoas doentes. Quando eu comecei, meu território tinha uma peculiaridade: tinha muitos idosos. Então era um trabalho mais voltado para a promoção e qualidade de vida desses idosos. De um tempo para cá, meus idosos foram falecendo, e eu fiquei com uma população mais jovem. Então isso também mudou o meu processo de trabalho e a minha abordagem ao longo do período. Essa população mais jovem precisa entrar no mercado de trabalho, sofre de ansiedade, sofre com os conflitos da modernidade da juventude; mas o processo é agravado pela falta de condição geral de saúde do Rio de Janeiro. Muitas vezes, eu fico sofrendo com essa angústia, porque, às vezes, você bate na porta das pessoas oferecendo uma coisa que elas nem sabiam que precisavam, e que muitas vezes eu também não tenho como oferecer. Por exemplo, quando a gente conversa sobre saúde, identifica uma suspeita de câncer de mama, e você leva a pessoa para o ambulatório e aquilo é confirmado, e o processo do diagnóstico até o acesso ao tratamento é demorado. Você sofre junto com a pessoa porque você bateu na porta dela, você pesquisou, orientou até ter o diagnóstico, e aquela pessoa não consegue ser tratada com uma rapidez e uma eficiência que deveria ter. Isso também dificulta a nossa relação com a comunidade, porque é só o ACS ali falando, trabalhando, e, muitas vezes, eu me sinto sozinha nesse processo porque, no meu município, é muito difícil o acesso aos especialistas e aos exames de alto custo. Não é minha culpa, mas afeta o meu trabalho de uma forma muito pesada.

JORGE: Realmente, as limitações do serviço dificultam, pois sofremos 24 horas das mesmas

angústias que o usuário.

WAGNER: O nosso trabalho é difícil, realmente. Existem alguns entraves que impedem a gente de dar uma resposta satisfatória àquela pessoa, e ela nos culpa, porque fomos nós que batemos na porta dela, somos nós a referência que ela tem de saúde, somos nós com quem, muitas vezes, ela tem esperança de conseguir resolver seu problema. Somos nós aquela primeira pessoa que ela vê. Então, às vezes, é muito difícil. Porém, é gratificante quando conseguimos solucionar. É bom receber aquele reconhecimento não só do dia a dia, mas pelo serviço que faz diferença na vida da pessoa. Como a gente é morador, é 24 horas... Você está no seu lazer e você é abordado por questões fora do seu horário de trabalho. Tem horário que você está num momento particular e não quer falar do trabalho, mas vêm pessoas te perguntando questões do trabalho. Eu vejo isso como uma dificuldade, mas isso prova também que você é referência. Então temos que responder da melhor forma possível, mesmo não querendo fazer isso naquele momento. Até porque nós somos profissionais, mas antes de tudo nós somos seres humanos e temos as nossas questões, os nossos problemas, e, às vezes, ninguém cuida da gente. A gente só cuida das pessoas. E a realidade, do dia a dia num grande complexo de favelas, é difícil. Às vezes, a gente se planeja para fazer uma VD e não consegue pela questão da violência urbana. Na minha área, por exemplo, tem uma base de UPP e duas bases de tráfico. Eu fico no meio. É uma situação complicadíssima. E os próprios moradores já nos avisam: Wagner, não vem não, está ruim aqui. Então a gente tem algumas inviabilidades pela questão da violência urbana, mas, sendo morador, você é cobrado. Me angustia muito e me magoa quando eu escuto a pessoa falar assim: *“aquilo ali não presta, tem que fechar”*, falando da unidade de saúde. Mas quando a gente sempre serviu essa pessoa, prestava; um dia que a gente não conseguiu servir não é porque a gente não queira, é porque as condições que a gente tem de trabalho são

ruins. Mas a população realmente não tem que entender. Os gestores públicos são realmente os grandes culpados dessa falência do sistema, que não dá uma resposta adequada para a população. E isso traz problema para o profissional, para o agente comunitário. No dia a dia, são colegas sendo agredidos, tanto verbalmente como fisicamente, por questões que não são culpa dele.

JORGE: A sensação que dá é que, às vezes, o sistema foi feito para dar errado, que a crise não é exceção à regra. E da perspectiva de um trabalhador que, ao mesmo tempo, é morador, ele tem esses diversos atravessamentos da miséria e da piora da qualidade de vida da população, da dificuldade quanto à construção de uma rede de saúde pública realmente efetiva e eficaz. E da violência, que é consequência desses retrocessos anteriores. Infelizmente, os territórios em que vivemos são feitos para ser o que eles são. Há uma construção que é anterior e uma intencionalidade para eles funcionarem da forma como funcionam.

WAGNER: A questão do vínculo também é um desafio por ser morador. Tem o morador que acha que você vai ser o fofoqueiro. Então a sua postura como profissional é que vai determinar esse vínculo. Eu chego na casa de um morador, ele vai falar daquela pessoa: *“ah, fulana de tal não sei o quê...”* Eu corto: *“não, vamos falar de você...”* Se a gente começar a dar trela, perdemos nossa credibilidade com aquela população.

JORGE: Eu acho que a gente vive uma cultura que é tão baseada no individualismo, que acaba dando um sentido privado para aquilo que é público, e o indivíduo não consegue te enxergar como profissional de saúde.

BOSCO: Nós, no sertão paraibano, temos uma realidade realmente diferente da de vocês no Rio de Janeiro e em outras regiões do país. Mas nós nos deparamos com dificuldades aqui também. A questão das drogas ocorre

também aqui. Nós temos companheiros aqui que sentem as mesmas dificuldades que vocês sentem aí: territórios extremamente difíceis de trabalhar, porque tem alguém lá que acha que é dono do território. Não a comunidade organizada, mas alguém que não vê com bons olhos o processo de trabalho do ACS junto à comunidade mesmo ele estando identificado, mesmo ele estando dentro do próprio território onde ele nasceu. Mas o processo de trabalho aqui na nossa realidade mudou muito. Quando eu entrei, Patos tinha apenas duas unidades básicas de saúde. Hoje já são 42 unidades. Avançou muito na infraestrutura e na oferta de ações e serviços de saúde junto à população. Nós conseguimos muita coisa com participação social e junto com o CMS. A cidade tem cinco Conselhos Distritais de Saúde, e estamos organizando a criação dos Conselhos Locais de Saúde. Assim, cada unidade tem seu conselho, com participação dos usuários, dos trabalhadores, da própria gestão, para discutir o funcionamento dessa unidade e buscar caminhos com a participação da comunidade. É importantíssimo atuar com diversos atores nesse território e buscar diversas políticas públicas. A política de assistência social está aí com os Cras [Centros de Referência de Assistência Social] nos territórios. A política de educação está aí. As escolas públicas precisam também entender que elas estão no território e, portanto, tem que ter participação da comunidade também. A partir da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), o ACS ficou no fim da fila. Eu sou adepto ao Saúde da Família, mas ela não pode ter esse sentido de equipe centrada no médico. Quando nós mudamos realidades aqui, nós só tínhamos uma enfermeira, instrutora e supervisora, com 25 agentes, e fizemos uma revolução no processo de saúde. Aí, hoje, nós temos Saúde da Família com uma equipe multiprofissional, nós temos o Nasf, e você não vê os avanços que houve outrora quando era só o ACS e a enfermeira. Mesmo com todo avanço na oferta de ações e serviços na atenção primária, a satisfação do usuário está aquém do processo

que está implantado. Nós temos debatido e avaliamos que a ESF está deixando a desejar porque deixou uma equipe multiprofissional que não é da comunidade e não está inserida no território, como o ACS está, formular as suas estratégias de ações sem a participação do ACS. Ou a equipe participa do planejamento das ações e serviços, ou você não vai ter êxito nunca; você pode colocar aqui doutorados em saúde preventiva, em saúde coletiva, e não dá conta, por quê? Porque não interage com a célula principal que está inserida, que veio do seio daquele território no qual essa equipe está trabalhando. Enfim, eu acho que o saber popular e o saber científico podem se juntar e dar uma resolutividade para a problemática de saúde que nosso povo tem.

JORGE: É muito importante formarmos profissionais em Saúde da Família, porque quando foi criado o SUS, talvez não se tivesse a dimensão das necessidades de adequação da formação do profissional de saúde à realidade da população. O SUS, quando foi construído como um sistema público, foi baseado em alguns princípios e diretrizes. Para você, Andrea, de acordo com o dia a dia de trabalho, o que disso tudo foi alcançado na prática?

ANDREA: A universalidade é uma coisa que está aí. O acesso, às vezes, é difícil em alguns lugares, mas sendo brasileiro, estando no território, você tem acesso a algum tipo de saúde. Então eu acho que é uma questão que deu certo. A gente ainda tem defeitos, mas funciona para todo mundo. Quando é ruim, é ruim para todo mundo também.

JORGE: Nós temos uma das legislações de saúde pública mais avançadas do mundo. Em princípio, o nosso sistema é maravilhoso, ele é delicioso de ser estudado e debatido, mas eu observo que há uma diferença abissal entre a eficácia e a efetividade pretendidas e a realidade.

ANDREA: O acesso ainda não está igual. Falta

integralidade, falta muita coisa. A questão da participação popular, dos Conselhos, eu acho que não caminha do jeito que foi pensado. Por exemplo, o meu município tem conselho de tudo, mas não funcionam como conselhos... É até deliberativo, mas, às vezes, fica esvaziado. A gente ainda tem que trabalhar muita coisa. E eu, antes, tinha uma vivência de participação política na comunidade, que se aperfeiçoou enquanto ACS; e eu acho que o caminho que a gente tem é transformar esse ser político que o ACS se torna, refletido na população dele, porque nós falamos de leis, sabemos muita coisa, vamos a muitas reuniões, mas como fazer com que a sua população seja também atuante, se responsabilize pelas questões, saiba se posicionar? Porque, às vezes, a gente vai e briga, mas eu acho que a gente tem uma tarefa de educação em saúde, tem que ensinar a essas pessoas que elas também podem falar, que elas têm ouvidorias, conselhos. Tem que ter a contribuição delas na criação desse SUS. Está ruim? Vamos conversar por que está ruim, o que está ruim, o que eu, enquanto cidadão, posso ajudar. Esse é um desafio muito grande do SUS e nosso também de ACS.

JORGE: É interessante que, quando nós falamos dos princípios do SUS, isso causa um certo estranhamento, porque, de certa forma, eles estão tão distanciados da nossa realidade, que geram aquela pergunta: ué, mas o sistema é integral realmente? Ele é universal realmente? E você começa a refletir sobre a prática.

WAGNER: Eu acho que a universalização é um dos princípios mais alcançados. A descentralização também ocorre. Os outros são parciais. A integralidade é parcial, pela dificuldade do sistema que nós temos. A equidade é uma questão que a gente não discute. Na verdade, a gente não discute os princípios do SUS no dia a dia dos profissionais. Há profissionais que nem conhecem que existem princípios do SUS, quais são, o que significam, e qual a sua importância, para atuar em cima disso. E isso vem até de gestor, não é só de quem está lá no

dia a dia na ponta, não. Às vezes, você até faz, mas sem saber que é um princípio do SUS. A participação popular é uma questão também complicada. Às vezes, a população não quer participar de nada, porque acha que reuniões são chatas, e existe uma dificuldade de acesso aos Conselhos Distritais e Municipal de Saúde. São pessoas que estão lá se perpetuando nos conselhos, como acontece no Rio de Janeiro. Não há uma renovação. É uma dificuldade de você atuar, de ter voz e voto. Então os gestores acabam, muitas vezes, dominando esses conselhos, e, na prática, deveriam ser os usuários que são 50% do conselho.

ANDREA: No meu município também. Parece uma monarquia do conselho.

WAGNER: Os horários são complicados, geralmente meio de semana em horário de trabalho. Então fica mais difícil a participação. Eu acho que os princípios funcionam parcialmente e são importantes. Eles fazem o SUS. Temos que debater e construir políticas locais em cima desses princípios.

JORGE: É uma discussão complicada, porque há uma certa má vontade do próprio gestor público com relação ao SUS. Isso vem desde o período da Reforma Sanitária e da construção da nossa Constituinte, quando houve uma conciliação entre a visão de uma saúde pública universal e a visão de uma saúde privada, privatista. Então nem sempre há interesse do gestor na efetividade dos princípios do SUS, como ele nasceu para ser.

BOSCO: O SUS, em Patos, só tem serviços públicos de saúde. Não são serviços conveniados com o SUS ofertados por entidade privada ou filantrópica. São serviços administrados pelo estado da Paraíba ou pelo município de Patos. A atenção primária é toda municipal. Hoje o município tem a UPA [Unidade de Pronto Atendimento], tem mais três hospitais – sendo uma maternidade que é a mais bem equipada do interior do Nordeste, um hospital infantil

e um complexo hospitalar regional. Essas três casas são geridas pelo governo do estado, e temos 42 unidades básicas de saúde em todo o território da cidade, que é 100% coberto pela Saúde da Família. Nós temos o Caps [Centro de Atenção Psicossocial], o Caps Infantil, o Caps AD, vigilância sanitária, o CEO [Centro de Especialidades Odontológicas], Samu [Serviço de Atendimento Móvel de Urgência], e nós temos lá no complexo regional Janduhy Carneiro um hemocentro. Nós temos a questão do pessoal de nefrologia, e nós temos hoje um hospital do câncer. Patos tem uma malha SUS pública invejável a qualquer cidade do porte dela. Por outro lado, nós temos um estado da Paraíba que não investe um centavo na atenção primária. O estado tem toda uma rede de hospitais. É uma política hospitalocêntrica. O estado tem, sim, que investir na atenção primária, porque a cada real investido na atenção primária para promover e ter a prevenção de saúde, você economiza três no tratamento da doença. E me parece que, no Brasil todo, você só tem três ou quatro estados da federação, incluindo o Distrito Federal, que investem na atenção primária. Mas apesar de Patos ter todo esse arcabouço de malha SUS, nós ainda padecemos de duas questões, que foram ponto de discussão da última Conferência Municipal de Saúde: primeiro, o esgotamento sanitário. Patos só tem 5% de esgoto tratado. E também a questão do aterro sanitário.

JORGE: Esse olhar do gestor público para a saúde pública, de forma integral, é talvez o grande desafio. A nossa realidade no estado do Rio de Janeiro é a mesma. Infelizmente, o estado não investe um centavo em atenção básica, e isso causa uma dificuldade muito grande. A justificativa recente é a queda de arrecadação do estado. Só que esse desinvestimento não é uma realidade das duas últimas gestões, é uma realidade bem anterior. O cumprimento das responsabilidades da administração pública federal, municipal e estadual talvez seja hoje um dos grandes dilemas da implementação do SUS. O sistema que foi

construído durante as discussões da Reforma Sanitária foi para o papel de uma forma completamente diferente. Ele se tornou um híbrido das propostas que foram discutidas na época. Existia uma parcela do movimento que preconizava um sistema unicamente público. Mas, na Constituição, foi inserida a iniciativa privada como uma parceira, com atuação complementar e subsidiária ao público. Hoje chegamos ao ponto de vivermos um processo aberto de defesa, na academia, da privatização do SUS, que reflete uma espécie de privatização das mentalidades, que partem do pressuposto de que, se o SUS não funciona bem, então dá para descartar. Eu avalio que nós temos avanços com relação ao que havia na época da Reforma Sanitária. Hoje, muito se fala da necessidade de algumas correções de rota partindo do pressuposto de que nós precisamos fazer uma Reforma Sanitária. E se a Reforma Sanitária fosse nossa, o que você faria, Andrea?

ANDREA: Eu acho que o principal da Reforma Sanitária é discutir, no sentido integral de saúde, essa questão do esgoto, do lixo, do saneamento básico, que acabou ficando para trás. No Brasil, em poucas cidades, o lixo e o esgoto são tratados. Na minha, por exemplo, não existe sistema de esgoto. E com relação à assistência em saúde, e mais especificamente à atenção primária, eu gostaria de virar de cabeça para baixo, porque a gente acabou ficando lá atrás. Eu não gostaria de tirar a figura do médico e do enfermeiro, mas realmente fortalecer a importância do ACS, do convívio com a população. Não construir mais hospital, emergências e UPAs. Mas investir mais no saber popular, porque a gente tem muito conhecimento, a gente tinha o contato com os indígenas, o contato com os africanos. Essas coisas todas foram se perdendo nessa ideia de tudo se resolver em hospital, e acaba que toda a nossa população vai morrer na porta do hospital porque o hospital não vai resolver tudo. A atenção básica, não sei se vai resolver tudo também, mas ela pode ser muito ampliada. Por exemplo, no meu município, tem

30% da cobertura de Saúde da Família. É um município rico que tem um hospital estadual e um municipal que não dão conta de quase 1 milhão de habitantes. Mas a ESF, se bem orientada, com investimento e organização, iria diminuir as filas nos hospitais e nas UPAs da vida. Mas é uma questão de gestão, de observar que essa população precisa ser cuidada, com um atendimento mais sério, mais diversificado e, ao mesmo tempo, mais inserido no território. Em Duque de Caxias, agora estão sendo implantadas as práticas integrativas. Eu acho um avanço você lidar com acupuntura, com cromoterapia e várias dessas alternativas. Mas se não fortalecer a atenção básica, não adianta colocar só mais uma coisa no pacote para não funcionar ou para não chegar a quem tem que chegar. Como a população vai saber dessas práticas e ter acesso, se a atenção básica não funciona como tem que funcionar? Na minha reforma, eu viraria de ponta-cabeça: vamos botar ACS bem formado, trabalhando nesse Brasilão inteiro.

WAGNER: Se eu tivesse o poder da caneta, como disse o presidente aí, a primeira canetada seria para revogar a Emenda Constitucional 95, porque ela tira o financiamento do SUS, do social e da educação. A segunda questão é: 100% estatização do SUS, sem a participação do privado em hipótese nenhuma. A gente não necessita do privado. O financiamento tem que ser eficiente, com a participação popular. Os gestores públicos deveriam decidir as políticas públicas junto com a população, discutindo como e onde vai gastar cada centavo.

JORGE: Wagner foi profundo e conciso na raiz do problema. E para você, Bosco, se a Reforma Sanitária fosse sua, o que você faria?

BOSCO: Nós perdemos oportunidades nesses últimos anos. Já está definido que municípios e estados devem gastar com saúde, respectivamente, 15% e 12% de seus orçamentos. No entanto, o ente federativo que mais arrecada

impostos da população, que é o governo federal, não gasta mais de 4% do seu orçamento com saúde. Tivemos a oportunidade, no então governo Dilma, quando foi sancionada a Lei Complementar nº 141 de 2012 que regulamentou a Emenda Constitucional 29, de comprometer 10% do orçamento federal com a saúde. Mas isso não aconteceu. Além disso, houve um projeto de lei de iniciativa popular pedindo 10% do orçamento federal para saúde, que foi entregue pelo Conselho Nacional de Saúde ao então deputado Eduardo Cunha, e que foi vetado no Congresso. O SUS já era subfinanciado e continuou a sangrar ali, porque não tem sentido um sistema público de saúde num país continental como o nosso, subfinanciado dessa forma. Isso é um dos primeiros gargalos que eu acho que uma nova Reforma Sanitária precisa resolver para melhorar o sistema: o subfinanciamento. Segundo, o fortalecimento do sistema passa pelo investimento maciço, dos três níveis de governo, na atenção primária. A atenção primária é a porta de entrada do sistema. Isso é um processo que não é de desmanchar os avanços que o SUS já teve ou inventar moda. Esses dois aspectos – reversão do subfinanciamento e investimento maciço na atenção primária – devem incidir na capacitação e na construção de um plano de cargos, carreiras e salário para todos os profissionais inseridos na atenção primária, para conseguir que todos os profissionais estejam naquele território corriqueiramente, cumprindo com suas obrigações. Nós precisamos também das práticas integrativas. Dentro do SUS passa, por dia, 1 milhão de usuários. Dessa parcela, nós temos um percentual considerável que são aqueles usuários que não querem remédio. Eles querem ser ouvidos, estão com a chamada dor da alma, querem ter a sua dignidade como usuário aceita pelos profissionais que lá estão, para que ele possa descarregar suas adversidades do campo mental, social, familiar. Enfim, é preciso que o sistema esteja preparado para isso.

JORGE: Se a Reforma Sanitária fosse minha, eu investiria na construção de um SUS

exclusivamente público, onde saúde deixasse de ser vista como uma mercadoria ou como um produto a ser ofertado. E esse sistema deveria estar integrado à educação, à assistência social, atuando em rede, avançando na questão da determinação social da saúde e da doença, buscando uma maior qualidade de vida para a população. Deixando de ser um sistema voltado pura e simplesmente para o atendimento e, principalmente, o atendimento de emergência, porque é onde o gestor investe porque dá visibilidade política. Ninguém se preocupa se a atenção primária está fazendo a educação popular em saúde, a promoção e a prevenção corretamente. O gestor público faz como portfólio de atuação em saúde a questão da fila no hospital. E a fila do hospital só interessa a quem quer que o sistema seja comandado pelo caos, a quem quer subfinanciar o sistema, a quem é financiado pela iniciativa privada em suas campanhas eleitorais. Há uma construção de uma privatização das mentalidades, e isso fica bastante explícito com relação ao SUS. Se a Reforma Sanitária fosse minha, seria realmente bem definida a parcela de investimento de cada ente da administração pública e a revogação da Emenda Constitucional 95⁵. Não há possibilidade de um SUS público universal com a Emenda do teto de gasto. Não há possibilidade de qualquer discussão com relação à educação, à saúde, ao meio ambiente, enfim, com relação à vida da população com a presença dessa Emenda, porque ela é a PEC da morte. Ela vai causar, ao longo de 20 anos, a destruição e a morte dos mais pobres. Ela é a representação viva da necropolítica.

Colaboradores

Siqueira AG (0000-0003-3188-8922)*, Assis JBE (0000-0002-1672-9643)* e Souza W (0000-0003-3690-6595)* foram entrevistados por Nadais JAS (0000-0002-4696-6607)*. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Lei nº 11.350, de 5 outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51 de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 6 Out 2006.
2. Brasil. Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Diário Oficial da União. 15 Fev 2006.
3. Paraíba. Lei nº 2.107, de 15 de setembro de 1994. Institui o Conselho Municipal de Saúde-CMS, Revoga Decretos, e dá outras Providências. Diário Oficial de Patos. 16 Set 1994.
4. Brasil. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União. 6 Jan 2006.
5. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 6 Jan 2006.

Recebido em 19/07/2019

Aprovado em 18/11/2019

Conflito de interesse: inexistente

Suporte financeiro: não houve

A participação do movimento social na Reforma Sanitária Brasileira – entrevista com Jó Rezende e Isabel Cruz

Social movement's participation in the Brazilian Health Reform – an interview with Jó Rezende and Isabel Cruz

Jó Rezende¹, Isabel Cruz², Mônica de Rezende³

DOI: 10.1590/0103-11042019S825

A PROPOSTA DESTA ENTREVISTA É RESGATAR A CONTRIBUIÇÃO do movimento social para a Reforma Sanitária do final do século XX, que culminou na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A fim de entender um pouco melhor a demanda dos movimentos relacionados com a saúde das populações que aconteciam naquele mesmo contexto de reforma e como eles articularam ou interagiram entre si, colocamos Jó Rezende e a Professora Isabel Cruz em diálogo. Jó Rezende participou da construção da Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (Famerj) no final da década de 1970 e foi seu presidente no período de 1981 a 1985. Isabel Cruz, hoje professora titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF), era estudante de enfermagem na década de 1980 e participante do movimento negro.

No início dos anos 1980, em um momento político marcado pelo autoritarismo da ditadura militar e pela ausência de manejo sobre os meios de comunicação – não havia nada parecido com o que a Internet representa nos dias de hoje –, as pessoas buscavam se encontrar para pensar juntas e produzir alternativas para suas vidas, travando muitas batalhas por direitos e pela redemocratização do País. A luta capitaneada pela Famerj contra a política habitacional desenvolvida pelo Banco Nacional da Habitação (BNH), vitoriosa naquela época, foi um expoente para a mobilização social nacional. Ajudou a fortalecer a crença na luta organizada. Outro marco importante da mobilização produzida na época pelas associações de moradores foi a realização do Encontro Popular pela Saúde do Rio de Janeiro, no dia 14 de setembro de 1980, na Cidade de Deus. O evento marcou um movimento pela saúde que era caracterizado, também, pelo trabalho de comissões nas comunidades, formadas pelas associações de moradores assessoradas por profissionais de saúde do Sindicato dos Médicos no Rio de Janeiro, pelo núcleo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e pelo Centro de Defesa da Qualidade da Vida, entre outros¹. Tais comissões faziam o levantamento das condições de vida e saúde locais e atuavam na conscientização de todos os envolvidos sobre a dimensão social da saúde, contribuindo para a construção do conceito ampliado de saúde que consta na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990 (LOS 8.080/90), no qual a saúde encontra-se ligada, também, às condições de moradia, trabalho, alimentação, saneamento, transporte e lazer^{2,3}.

¹JCI Soluções Integradas Ltda. – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Universidade Federal Fluminense (UFF), Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAA) – Niterói (RJ), Brasil.

³Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Niterói (RJ), Brasil.
monicarezende@id.uff.br



O resgate dessa história nos ajuda a pensar a potência transformadora da organização social que acabou, dentro do SUS, ficando restrita à ideia de controle social, com seus conselhos e conferências. Essa restrição conversa diretamente com a proposta da democracia representativa, que, no processo de reabertura política do País, canalizou os esforços dos movimentos de luta para dentro dos partidos políticos no intuito de garantir a representatividade nas instituições. Por meio do voto direto, os cidadãos buscavam eleger seus representantes e sentiam que não precisavam mais do engajamento direto nem de mobilizar suas rotinas para buscar ter atendidas suas demandas.

Todavia, o quanto fez falta a participação direta dos cidadãos na consolidação do SUS para vocalização de suas demandas e necessidades de saúde? O quanto e de que forma precisamos ocupar os espaços de participação do SUS para que ele expresse os anseios dos diversos grupos populacionais? Que outros espaços e formas de participação podem construir para o enfrentamento dos desafios que se apresentam no momento que estamos?

Diante do cenário atual, com a fragilização de nossas instituições, com a perda de direitos devido à ação direcionada de determinados governos e com o reconhecimento dos limites da democracia representativa para a garantia dos direitos de cidadania, parece uma contribuição importante olharmos reflexivamente para nosso passado recente buscando reforçar a necessidade de evitar o retorno do Estado de exceção e resgatar o valor do engajamento direto na ação política para redução da desigualdade social, ampliação da justiça social e melhoria da qualidade de vida.

MÔNICA DE REZENDE: Boa tarde, Jó e Isabel. Obrigada pela presença de vocês.

Estamos fazendo este número especial da revista ‘Saúde em Debate’ para tentar resgatar um pouco da história da reforma

sanitária brasileira, que ocorreu na década de 1980, olhando para a participação dos movimentos sociais. Começo perguntando para o Jó como teve início o movimento social que fundou a Famerj nos anos 1970 e 1980 e quais questões mobilizaram a luta social naquele momento?

JÓ REZENDE: Nós vivíamos, naquele período, uma situação muito difícil no País por conta dos resquícios do período autoritário. Toda a sociedade estava contida, represada. Havia um represamento de opinião muito forte, e não tínhamos os partidos políticos atuando, que pudessem servir de esquadro para as demandas, para aquelas reivindicações, para aquelas inquietações que, naturalmente, existem em toda sociedade.

Nós tínhamos vindo, eu e as pessoas da minha geração, de um período político muito intenso antes do período autoritário. E o período autoritário foi de muita dificuldade, muita repressão e de absoluta distância dos interesses e das demandas da sociedade. E foi neste ambiente bloqueado, muito parado e de muita tensão – mas uma tensão interna, não exposta – que começaram a se desenvolver alguns movimentos sociais. E eles desenvolveram-se em várias dimensões. Na dimensão sindical, por exemplo, através das lutas sindicais, com os operários se organizando... E uma dessas dimensões foi no local de moradia.

Naquela época, não se podia manifestar, e não havia... nós não tínhamos internet. Não era uma comunicação que se irradiasse como hoje em dia. Eram contatos mais diretos, pessoais. Mesmo no movimento estudantil, era muito restrita a comunicação. E aí nós, pessoas que tínhamos um pouco mais de experiência, que já tínhamos vivido alguma militância e já sabíamos um pouco como coordenar as ações de algum modo, começamos a nos reunir num núcleo bem básico, no local de moradia.

Nessa época, havia uma experiência muito intensa, que começava a se reinstalar, que

eram os movimentos nas favelas. A Faferj, Federação das Associações de Favelas do Rio de Janeiro, tinha uma experiência comunitária muito forte e era muito respeitada, porque tinha lutado contra a remoção de favelas e por uma política de urbanização e saneamento nas comunidades. E nós, então, um pouco inspirados nessa organização, começamos a desenvolver um movimento nos bairros.

Lidávamos com alguns problemas muito imediatos. Nós vivíamos uma ameaça da construção de uma via paralela sobre a Rua das Laranjeiras, como tinham feito na Paulo de Frontin, no Rio Comprido. A exemplo do que já se fazia em São Paulo, tipo o Minhocão, o governo Chagas Freitas resolveu criar aqui no Rio vias aéreas, quer dizer, por sobre os bairros. E a primeira experiência foi lá no Rio Comprido, que antes era um bairro muito agradável, muito agradável. Com a abertura dos túneis ‘Rebouças’, começou a haver uma pressão muito grande de alternativas de acesso. E no programa que eles tinham feito, no planejamento urbano que eles já tinham realizado naquela época, fazia parte a saída do túnel Rebouças para acesso a Zona Norte através de um elevador, o elevador da Paulo de Frontin. Só que isso foi num período em que não houve reação nenhuma. Nem podia, em plena ditadura. Mas essa mesma política começou a vir direcionada aqui para Laranjeiras e o Cosme Velho, porque o Chagas Freitas queria que houvesse uma saída no meio do túnel para o Flamengo. Uma saída intermediária através de uma via elevada, que trouxesse o fluxo de trânsito por cima do Cosme Velho e de Laranjeiras, desembocando ali na praça José de Alencar. Quando vimos o plano, começamos a nos organizar e discutir o assunto, a fazer reuniões. Fazíamos pequenas reuniões nos colégios, nas igrejas... E aquilo foi tomando uma proporção maior. Vimos que, além daquela ameaça de grande porte chamada via paralela, havia também a falta de zoneamento urbano. O que a gente chamava de especulação imobiliária eram

construções sem limites de gabarito, sem ordenamento urbano, sem respeito à história da cidade. A cidade estava loteada.

Então, começamos a nos reunir discutindo também esses outros aspectos. E, olhe bem: eu estou me referindo a um extrato muito pequeno, que era o Cosme Velho. Nós estávamos nos reunindo no Cosme Velho em função desses problemas que estavam surgindo. Porém, quando estávamos nessas reuniões sucessivas, soubemos da existência de um movimento similar que ocorria na Zona Oeste da cidade, chamado Cezo, Centro de Estudos da Zona Oeste, em Campo Grande. E aí, dada a carência de comunicação, entendemos que o problema não era um problema específico de um bairro, mas era um problema maior, que se expandia para a cidade e para toda Região Metropolitana.

ISABEL CRUZ: O Chagas Freitas era governador do estado. Era uma época de muita corrupção, muito loteamento. Um patrimonialismo total.

JÓ REZENDE: Total. Corrupção, autoritarismo... Completo desprezo pela opinião pública. A grande mídia, nessa época, era toda muito comprometida com esse tipo de governo, com esse tipo de encaminhamento; e, portanto, não havia espaço para nada. Não havia Câmara de Vereadores, não havia Congresso Nacional. Os governadores e os prefeitos eram nomeados. Então, esse contexto todo foi nos levando a fazer articulações.

Quando soubemos da existência do Cezo, procuramos saber quem desenvolvia aquele trabalho. E aí nos encontramos com outras experiências comunitárias. A experiência dos moradores da Rua Lauro Muller, região perto do Rio Sul, em Botafogo, que tinha uma liderança local forte, foi uma delas. Outra foi a experiência com o pessoal do Alto Leblon. Eles desenvolviam trabalhos de arte, trabalhos culturais etc. Aquilo também nos inspirou. Nós fomos lá conhecer o trabalho que eles faziam e, através desse contato, nos encontramos com outras pessoas e experiências importantes que estavam se comunicando.

Fomos, um grupo do Cosme Velho, para a reunião lá em Campo Grande, no Cezo, e lá encontramos várias comunidades começando um movimento, há um ano, aproximadamente... Estamos falando de 1979; e eles tinham começado, em 1978, através do Cezo, um movimento que poderia ser, como existia a Federação das Favelas do Rio de Janeiro, uma Federação das Associações de Moradores, de Não Favelas, do Rio de Janeiro, que eles chamavam de Famerj e que, naquele primeiro momento, só congregava aquelas poucas associações da Zona Oeste: Santa Cruz, Campo Grande, Realengo, um pouco de Bangu. Então, tínhamos ali alguns núcleos de moradores, principalmente direcionados para as lutas dos loteamentos clandestinos que eram vendidos para as pessoas e que, depois de adquiridos, não recebiam infraestrutura, não havia zoneamento, nada.

A partir daquelas reuniões, lá na Zona Oeste, fomos nos animando. E com, digamos, aquela animação de encontrar, de ter um período de articulação, de contato, de vizinhança, começamos a fortalecer o que seria o embrião da Famerj. Naquele momento, com a Famerj nascente, tiramos como uma tarefa nossa começar a visitar outros bairros e convocar uma reunião nesses pequenos núcleos para dali a um tempo, dois meses, no intuito de fazer uma reunião maior. E aí nós fizemos contato com colegas de vários bairros e, também, com os colegas que faziam parte das associações de trabalho, a partir do ambiente de trabalho de cada um de nós, para que eles pudessem reproduzir isso no local de moradia deles. E a coisa cresceu.

ISABEL CRUZ: Era também um período de muita estruturação, porque a gente tinha as comunidades eclesiais, tinha pastorais... No fundo, acho que começava a surgir uma resistência à ditadura com essas organizações ainda desarticuladas.

JÓ REZENDE: Exatamente. Mas na luta, a questão da ditadura não era muito colocada.

Certamente que era colocada nos movimentos eclesiais, no movimento de base e tal. Mas, nesses encontros, nos bairros e nas associações de moradores, o pessoal ainda estava muito esterilizado, não queria ação da dita política. Havia uma aversão muito grande a qualquer trabalho que tivesse essa conotação.

ISABEL CRUZ: Eram os problemas locais mesmo que mobilizavam.

JÓ REZENDE: Até por temor. A gente vivia num período de muita repressão. Obviamente que cada um de nós tinha consciência de que uma coisa levava à outra e que esse processo era dinâmico, mas queríamos respeitar o nível de participação que as pessoas queriam. E tinha muita gente que não queria mesmo saber de política, de nada disso. O que elas queriam era saber como é que se resolvem os problemas da população. E foi muito oportuno para as pessoas descobrir ali uma forma de manifestação. E isso foi dinâmico. Criamos um conselho de representantes na Famerj, que tinha a sua diretoria, com um representante de cada uma daquelas comunidades que iam se organizando. Todo final de semana tinha reuniões. A gente foi para Niterói, foi para Pendotiba, foi para Região dos Lagos... Foi se alastrando. A cada semana, a gente contava com novas associações. Criamos um estatuto básico para as Associações de Moradores, que cada uma adaptava como queria. Resultado: em dois, três anos, nós tínhamos mais de 200 associações de moradores no Rio de Janeiro. E com força de luta. E aí o seguinte: como esse movimento se reunia, ele ia para tudo quanto é lugar e ia todo mundo. E a gente chegava a 300 pessoas numa comunidade. E fazia uma festa, verdadeira discussão e debate do que vai fazer, do que não vai fazer. Isso tudo sem perder a dimensão local, pois cada bairro tinha os seus problemas. E tinha que fazer o zoneamento urbano.

MÔNICA DE REZENDE: E como foi que esse movimento alcançou o debate da saúde?

ISABEL CRUZ: Além da questão de habitação, dos problemas locais, era um período de uma inflação absurda. Esses movimentos de bairros, nas associações, eram movimentos que se uniam em torno da questão não só da moradia, dos riscos que havia à moradia ou à falta dela ou risco de perdê-la, mas também essa outra parte [a saúde]... Na verdade, as pessoas estavam se organizando também para se defender. E digamos que, dentro desses grupos, como as pastorais, as comunidades eclesiais, o movimento de favelas, mulheres e outros, a questão da saúde já entrava como um problema, tendo em vista que a saúde ainda estava estruturada na forma clássica hospitalar. Não só hospitalar, mas também da ausência de direito à saúde. As pessoas com empregos formais, com a carteira de trabalho, tinham acesso a algum serviço de saúde, pois o atendimento era via INPS, depois Inamps. No caso das corporações, várias delas tinham serviços de saúde próprios, antes da ditadura. Algumas delas tinham seus próprios planos de saúde, seus próprios serviços de saúde. A ditadura, de uma certa forma, se apropriou desses serviços. E quem não tinha trabalho? Nesse período, as pessoas só tinham o posto de saúde para vacinação ou o pronto-socorro, porque o serviço prestado via governo federal era o mínimo. O acompanhamento da saúde, com a questão da criança, a questão da mulher e outras situações ou períodos de vida que precisam do atendimento à saúde, isso não existia. E isso também já entrava na lista de pressão, pela criação de um serviço ou pela necessidade de rever o sistema, que já estava em discussão entre os profissionais de saúde. Por exemplo, a discussão que resultou no Paism – Programa de Atenção Integral à Saúde das Mulheres – que surgiu em 1983, aparentemente de forma surpreendente, trazendo uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher e rompendo com a visão tradicional restrita às questões relativas à reprodução; porque mesmo não havendo a questão político-partidária, havia uma intencionalidade de democratizar os bens e melhorar o acesso. A luta pela democratização estava implícita.

JÓ REZENDE: Estava implícita. Todo esse processo que era discutido, naturalmente levava a essa questão. Só se pode resolver isso com democracia.

ISABEL CRUZ: Exato. E com uma distribuição equitativa dos recursos. O movimento social não tinha dúvidas das riquezas do País ou do potencial do País e das pessoas. Mas se sabia que isso era um patrimônio de terceiro.

JÓ REZENDE: O movimento tornou-se altamente pedagógico. Na medida em que o processo se desenvolvia, sem que ninguém doutrinasse ninguém. Naturalmente, o processo ia se conduzindo a um discurso político no sentido maior, no sentido, digamos, da compreensão da necessidade da democracia.

ISABEL CRUZ: Exatamente. E desses recursos serem distribuídos equanimemente. E que recursos? Os básicos: alimentação, saúde, moradia. E de uma forma transparente também, porque, como você viu, o plano de zoneamento da cidade existia, mas atendendo a interesses de grupos, e não em um processo de participação, discussão da ocupação da cidade.

JÓ REZENDE: E a forma como isso se operacionalizou, no caso dos movimentos sociais, comunitários, a partir da criação de cada associação de moradores... Eram tantas tarefas, tantas demandas, tantas necessidades, que havia a necessidade de que isso fosse departamentalizado. Em cada associação de moradores, as lideranças se organizavam em função das suas especializações. Então, Jairo Coutinho. Lembra, né? O Jairo Coutinho, o Vivaldo, o Walter Mendes foram pessoas que viviam esse trabalho, mas como eram médicos... a Rosângela, mulher do Walter, na época. Então, essas pessoas viviam suas atividades nos Sindicatos e começaram a perceber a força que tinha se essa ação profissional viesse encontrar também a correspondência no seu local de moradia onde essas demandas se faziam presentes. Aí, então, passou a haver

um canal de comunicação entre o local de trabalho e o local de moradia. Os moradores se organizavam em função das suas especialidades. Eu, por exemplo, era do Serpro (Serviço Federal de Processamento de Dados). E como éramos profissionais do Serpro, naturalmente, tínhamos muito a ver com a tecnologia, com as coisas de tecnologia que pudessem vir para dentro da comunidade e ajudar essa comunidade, quer seja na comunicação ou em qualquer outra coisa. Então, essa departamentalização fez com que a gente começasse a ter representações dos diversos segmentos da sociedade dentro do Conselho da Famerj. E fizemos isso... no Movimento das Mulheres, por exemplo, a Georgina era uma liderança muito forte. Ela levantava bandeiras que até hoje são extremamente atuais. A Grazia, Georgina, Isabel...

ISABEL CRUZ: Teve a Lélia Gonzalez no caso de mulheres negras também. A Rosália Lemos, do Morro do Andaraí. Jurema Batista, que começou sua trajetória política como presidente da Associação de Moradores do Andaraí, em 1979, e depois foi eleita três vezes vereadora e uma vez deputada estadual. E todo mundo muito jovem naquela época.

MÔNICA DE REZENDE: A gente estava num período pós-Alma-Ata [1978]. A discussão do cuidado primário em saúde, que busca a aproximação da saúde do lugar em que as pessoas vivem, moram, estava muito forte nessa época, eu imagino.

ISABEL CRUZ: Eu acho isso interessante. Acho que há uma coincidência no universo mesmo. Há uma concorrência, uma sintonia; porque, ao mesmo tempo que está havendo essa organização e esse entendimento que as coisas têm que acontecer, que as pessoas vivem nos bairros, vivem nas cidades... você tem um movimento mundial, no caso da saúde, sintetizado na Conferência de Alma-Ata. É quase um sincronismo. As pessoas estavam entendendo que as coisas tinham que ser naquele entorno, que elas tinham que acontecer próximas a

elas. Não fazia sentido, nunca fez sentido, uma mãe sair com o filho, distâncias de uma cidade para outra, como às vezes era necessário. Ou atravessar a cidade para vir ao Centro para ter um atendimento. Ou não ter atendimento algum, não ter direito ao atendimento se não tivesse uma carteira de trabalho. Ou se perdesse o emprego, perderia o acesso. Então, esse entendimento já estava latente nas pessoas. E, de certa forma, os profissionais da época... eu não sei da relação deles com o movimento de associações, mas com o movimento social, sim. O Mario Chaves, acho que a gente não pode deixar de falar nele, dentro da Ensp, foi uma pessoa que influenciou muito essa aproximação com a saúde nas comunidades. E puxando a minha mestra, professora Rosalda Paim.

JÓ REZENDE: O Arouca.

ISABEL CRUZ: O Arouca também; porque eles já estavam escutando esses grupos e vendo que realmente era uma demanda. Não era um entendimento teórico, era uma demanda da sociedade ter a saúde próxima a si, a saúde na comunidade, pelo menos naquele atendimento primário que é o cotidiano mais comum que as pessoas precisam.

MÔNICA DE REZENDE: E o movimento ‘saúde direito para todos’?

JÓ REZENDE: Isso. Essa aproximação dos profissionais com a moradia priorizou algumas áreas. Então, priorizou a área habitacional, que nós tínhamos a questão do BNH (Banco Nacional da Habitação) e a questão dos loteamentos e tudo mais. Priorizou a área de saúde, porque na época, os médicos... o Sindicato dos Médicos tinha um movimento chamado Reme, Renovação Médica, que depois transformou-se no Renovação Médica Mais, o Reme Mais. Tinha o Reme e o Reme Mais. Eram lutas internas dos movimentos sociais no caso dos Sindicatos dos Médicos. E o Reme e o Reme Mais viviam um certo conflito interno da política, mas eles se aproximaram do movimento

social. Jairo Coutinho e o Walter Mendes foram expoentes nessa aproximação. E o Arouca, na Fiocruz na época, e o Antônio Ivo. Então, essas pessoas começaram a fazer um vínculo muito forte com o movimento. E perceberam que a luta pela democratização do acesso à saúde era essencial. E a reorganização da saúde. Da luta pela saúde, digamos assim. E aí começamos a fazer núcleos de saúde em cada comunidade, em cada associação de moradores. O pessoal discutindo saúde; os moradores discutindo saúde. E chamávamos o pessoal dos Sindicatos dos Médicos para vir participar dessa discussão. Muitos vinham participar dessa discussão.

ISABEL CRUZ: Em Niterói, esse núcleo de associação de moradores praticamente foi o germe do médico de família.

MÔNICA DE REZENDE: Nessa época, você estava na Universidade?

ISABEL CRUZ: Eu estava, mas como aluna ainda, na enfermagem. E lá na escola, em Niterói, a gente teve uma forte influência da professora Rosalda Paim porque ela conduzia alguns projetos locais. Digamos assim, o consultório na rua, não a modalidade como é pensada hoje, mas a professora Rosalda junto com o Mario Chaves, o Edson Paim, marido dela, Hésio Cordeiro e outros... Eles conseguiam projetos para lá e levavam nessas comunidades o carro assistencial, como tinha antigamente, das pioneiras. A Rosalda também tinha um projeto de saúde na comunidade. O projeto de puericultura, que acompanhava criança de zero a um ano de idade. Isso tudo bancado por projetos da Ensp em parceria com a UFF, com Mario Chaves. E, então, esse trabalho nas comunidades Morro do Céu, Caramujo, Pendotiba... comunidades periféricas em Niterói. E levando os professores e os alunos para atuarem nesses espaços. Mas isso tudo era embrionário e encontrava uma grande resistência, porque o modelo hospitalar era muito forte e tinha quem o defendia de uma forma muito intensa. Até hoje! A questão mesmo

do posto de saúde atrelado à vacinação e cuidados bem elementares também era muito forte. A ideia que surgia era realmente abrir uma frente de atendimento que acolhesse a demanda e enviasse para o hospital apenas os casos mais complexos. Mas esse modelo encontrou muita resistência. Resistência de gestores, de profissionais, de pessoas do setor privado da saúde que só ficaram um pouco mais tranquilos quando o próprio Estado voltou a comprar leitos hospitalares, porque não dava conta. Aí se tranquilizaram. A gente vê que a questão da atenção especializada foi algo que praticamente ficou sem ser tocado em todos esses 30 anos do SUS.

Então, a gente tem que entender que os movimentos sociais vinham pleiteando várias coisas, mas também se organizando para fazer algumas mudanças estruturais. E, nesse sentido, a saúde teve uma mudança estrutural; porque o SUS reorganiza o sistema, que estava começando incipiente com o Suds, antes mesmo da Constituição. Já estava se tentando alinhar; e é óbvio que com a força do movimento social, aquele modelo de hierarquização de atenção à saúde encontrou eco na população e foi consagrado.

JÓ REZENDE: Pois é. Exatamente! Convergidos nesse contexto que a Isabel colocou, esses grupos todos, dentro das associações de moradores e nos ambientes de trabalho, não só nos Sindicatos, mas nos próprios ambientes dentro das empresas onde se formavam grupos que tinham essa sintonia, eles foram se mobilizando por algumas campanhas. Havia necessidade de defesa dessas teses que a Isabel expôs, e isso passava a ser uma discussão interna, orientada. E percebeu-se que havia necessidade de fazer um marco, alguma coisa que fosse um episódio, um evento que dissesse o seguinte: *“este é o referencial novo para nós”*. E surgiu a discussão, dentro da Famerj, de fazermos um encontro popular pela saúde; e, especificamente, em Cidade de Deus. Iríamos fazer isso em Cidade de Deus em função do drama que essas pessoas viviam ali, com absoluta falta de

assistência de tudo. Então, resolvemos fazer o I Encontro Popular pela Saúde na Cidade de Deus. E fizemos uma grande mobilização.

ISABEL CRUZ: Isso tudo acabou gerando o quê? Os conselhos... Essas são as sementes dos conselhos gestores, dos conselhos de saúde; porque o SUS também tem o tripé, que é o usuário, o gestor e o profissional. Por conta desses movimentos, porque quem estava mobilizando e chamando para a necessidade de saúde não era um gestor nem um profissional. Era a população dizendo como que ela queria ser cuidada, como que ela precisava ser tratada, como a rede tinha que ser distribuída.

JÓ REZENDE: E, institucionalmente, não havia nada que correspondesse a isso. O governo Chagas Freitas, com os seus secretários, com tudo, não tinham nenhuma... a única resposta que eles davam era, eventualmente, cuidar do Salgado Filho ou...

ISABEL CRUZ: Geralmente inaugurar alguma coisa: o Getúlio Vargas, Salgado Filho...

JÓ REZENDE: Lá em Realengo, o Albert Schweitzer. A nossa luta, por exemplo, foi para reabrir o Alberto Schweitzer, porque estava fechado. Era um hospital que tinha sido construído, estava virando um prédio abandonado; e nós, então, começamos a dizer: “*nós queremos o Albert Schweitzer!*”. Por quê? Porque era um atendimento naquela região. Foi o movimento popular pela saúde, a partir da Cidade de Deus, que deflagrou o movimento pela abertura do Hospital Albert Schweitzer. Depois, inclusive, verificou-se que aquilo era apenas uma etapa e que não resolvia o problema da distribuição da saúde, mas havia necessidade de ter aquele hospital aberto.

ISABEL CRUZ: Ele fechado era indecente. Era demais! Não resolvia. Mas existe também uma situação – a gente não pode ser ingênuo – que, às vezes, quando a população demanda por saúde, o gestor ouve o que ele quer. Então,

por exemplo, para um gestor atender a uma demanda popular, abrindo... ampliando a atenção especializada, para ele não é problema algum, porque ele atende a vários interesses, principalmente aos dos ‘tubarões da saúde’. Problema é o gestor ampliar a atenção primária. Isso aí é problema! Mas ele atender a uma demanda pela atenção especializada não é problema. Agora, é óbvio que, no contexto que a gente tinha de saúde, você manter um hospital fechado era um pouco demais até para população entender.

JÓ REZENDE: Localizado em um ambiente em que não havia nenhum atendimento.

ISABEL CRUZ: E de difícil locomoção com alto custo. E a gente também tem que entender que esses políticos dessa época – não que hoje tenha mudado muito, mas na época era um pouquinho pior – achavam que atender... primeiro que eles não viam o pobre como cidadão. Isso para eles não existia. E quando era para atender uma demanda... para eles, por exemplo, inaugurar uma bica num acesso de uma favela era uma obra grandiosa.

JÓ REZENDE: E como aquilo era uma necessidade extraordinária da população, você acabava tendo um círculo vicioso de clientelismo; porque como o político achava... o vereador, o deputado... achavam que abrir uma bica d’água era suficiente, então o Governo vivia disso.

ISABEL CRUZ: Ou, se fosse o caso, ele criaria algum serviço mínimo. Mas é o que a gente coloca sobre a diferença do movimento para demandas clientelistas. O movimento está sempre pleiteando algo orgânico, algo que se estrutura... não um atendimento à demanda. Então, neste ponto, eu vou colocar, por exemplo, uma unidade de saúde. Não é bem isso que nós queremos. Nós queremos saber como é que está sendo planejada a saúde. Então, acho que essa característica é algo que não tem volta. Foi um dos ganhos. Uma herança para hoje do movimento daquele momento é entender que

as mudanças não podem ser pontuais, elas têm que ser estruturantes. É óbvio que o sistema, políticos inescrupulosos, ainda jogam com isso, com o atendimento pontual. Inclusive, esse atendimento pontual que até enfraquece. Mas a gente sabe, quem está no movimento sabe, que se a mudança não for estrutural não resolve, não atendeu ainda.

Mas essas sementes estão lá. Elas estão na Constituição e nos planos. Há dificuldade de encaminhar e de dar continuidade, mas isso também é natural, porque onde há ser humano, há luz e moscas. E a gente tem que entender isso. Por exemplo, além da saúde, em outros setores, a estrutura é a mesma: temos os conselhos gestores, as conferências, que seriam esses espaços em que a população, gestores, essas pessoas participantes apontariam as demandas e discutiriam e se faria um consenso sobre o que é prioritário. Então, essa semente existe. Ela está na estrutura. Por exemplo, nenhum governo... nós estamos agora, para o ano que vem, ter eleição para prefeito. Esse é o ano de fazer o plano do próximo governo.

JÓ REZENDE: Deveria ser.

ISABEL CRUZ: Mas isso é da lei, será feito. Mas o que acontece? Qual é a dificuldade? Aí é a hora que nós temos, então, que discutir, sair da lente dos partidos e olhar as relações humanas. As pessoas têm dificuldade de manter relações produtivas e relações democráticas e equânimes também dentro do poder. Não pensando agora esse poder de opressão, mas o poder

gestor, o poder de governança. A governança tem dificuldade de administrar isso. Por conta de quê? Esses movimentos sociais, aglutinados em algumas causas, conseguiram colocar a semente da participação social na estrutura. É óbvio que o sistema... O poder não dorme. Ele se reestrutura muito rapidamente. E não precisa quebrar o que está lá, não. Ele apenas faz, modela e se adapta e funciona com esse mecanismo. Então, nós continuamos tendo, na estrutura, a questão da participação social colocada como norma de gestão.

JÓ REZENDE: Agora, nós também precisamos, assim como o poder, e considerando que nós também somos o poder, em vários aspectos e de várias formas, precisamos nos ajustar aos novos tempos, porque embora tenha mudado a circunstância – daquela época, aquela forma, aquelas dificuldades pós-ditadura, um processo de redemocratização incipiente, difícil, sem partidos, sem formações partidárias, sem experiência –, existe aí uma convulsão, que é muito atual. Isso tudo é muito atual. Nosso tempo histórico aí é extremamente reduzido. E nós estamos vivendo um período em que todas essas, digamos, iniciativas – como Isabel colocou muito bem – estão aí. Agora, elas precisam ser ajustadas à época, ajustadas à atualidade.

Colaboradores

Rezende J (0000-0002-7729-1761)* e Cruz I (0000-0002-3101-665X)* foram entrevistados por Rezende M (0000-0001-8710-4598)*. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Figura 1. Jornal da Famerj, 'A festa dos 10 anos'



Fonte: Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro. Jornal da Famerj. Fevereiro de 1988, p. 43.

Referências

1. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Linha do tempo – 1980. [internet]. [acesso em 2019 out 7]. Disponível em: <http://cebes.org.br/linha-do-tempo/ano-1980/>.
2. Brasil. Lei nº 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. 20 Set 1990.
3. Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro. Jornal da Famerj [internet]. 1988 [acesso em 2019 out 7]; (43):1-15. Disponível em: <http://www.cpvsp.org.br/upload/periodicos/pdf/PJOFMRJ021988043.pdf>.

Recebido em 15/10/2019

Aprovado em 24/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve



Ribeiro D. O que é lugar de fala?

Gilney Costa Santos¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S826

FILHA DE ESTIVADOR E DE EMPREGADA DOMÉSTICA, Djamila Taís Ribeiro dos Santos, nascida na Baixada Santista, São Paulo, em 1º de agosto de 1980, figura hoje entre uma das principais intelectuais negras e feminista do Brasil. Graduada em filosofia, em 2012, e mestra em Filosofia Política, em 2015, ambos os títulos pela Universidade Federal de São Paulo. Desde cedo, Djamila Ribeiro habituara-se a refletir sobre a questão social dos corpos negros por influência de seu pai, militante do movimento negro e um dos fundadores do Partido Comunista de Santos¹. Em 2015, assumiu como secretária-adjunta a pasta de Direitos Humanos e Cidadania da cidade de São Paulo, experiência que marcou sua trajetória por ter possibilitado refletir sobre os constrangimentos e a solidão que a mulher negra vivencia nos espaços de poder².

‘O que é lugar de fala?’³, pergunta que dá título ao livro, representa uma inflexão no modo de produzir e divulgar conhecimentos científicos no mercado editorial brasileiro. O livro integra a coleção ‘Feminismos plurais’, também coordenada por Djamila; em que, na capa de cada obra, o leitor se depara com fotos das/dos autoras/autores como forma de mostrar que se trata de trabalhos produzidos por mulheres ou homens negros/negras e/ou indígenas.

De modo geral, ‘O que é lugar de fala?’ se destaca por sua intencionalidade e ambição: ser uma obra didática capaz de dialogar desde a/o leitora/leitor curioso até a/o mais especialista, e ser acessível no sentido de democratizar o livro/conhecimento produzido por pessoas negras, estando presente nas redes de livrarias a um preço razoavelmente baixo. Além disso, a maior parte das referências que dão sustentação às discussões do livro é de autoras/autores negros/negras, como forma de dizer que há homens e mulheres negras pensando a temática no contexto da sociedade brasileira e do mundo, a partir de outros referenciais, marcos históricos e epistemologias, tornando visível autoras/autores e obras esquecidas/esquecidos na história.

‘O que é lugar de fala?’ enfrenta o desafio de pensar quem pode (ou não) falar no contexto de um regime patriarcal, colonial, racista e classista que historicamente marca a formação da sociedade brasileira. Para tanto, o livro está estruturado em cinco capítulos com relativa autonomia para a compreensão da temática, de modo que o leitor pode montar o seu esquema de leitura: se começará pelo meio, pelo fim ou se fará leitura sequenciais dos capítulos.

Do ponto de vista epistemológico, ‘lugar de fala’ é um conceito de origem imprecisa, que, segundo Djamila, parece estar ancorado no movimento ‘*feminist stand point*’, isto é, na compreensão de um ‘ponto de vista feminista’ que articula teoria racial crítica e pensamento decolonial.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
gilney.costa@yahoo.com.br

O livro recusa a tese de que o feminismo negro opera cisões no movimento de mulheres e aposta no estudo interseccional das relações de raça, classe e gênero como forma de compreender o lugar social ocupado pelo corpo pobre, negro, feminino, indígena, LGBTQI+. Nessa perspectiva, a interface entre o ‘ponto de vista feminista’ e o ‘lugar de fala’ está na articulação de diferentes pontos de análises, dentre os quais caberia destacar: a) quem (pode) fala(r); b) sobre o que está falando; c) para quem; e d) com quais interesses.

‘Lugar de fala’ é assumido por Djamila como lugar no qual, do ponto de vista discursivo, os corpos subalternizados reivindicam sua existência. Não por acaso, Djamila inicia o debate recuperando a trajetória do feminismo negro como movimento que se constituiu a partir da reflexão coletiva de mulheres negras sobre a sua condição de corpos oprimidos na busca pelo direito de falar/existir.

Nesse sentido, ‘lugar de fala’ possibilita um olhar sobre as experiências dos corpos subalternizados valorizando o lugar comum, compreendido como *locus* social que atravessa as experiências coletivizadas desses corpos. No livro, Djamila reconhece que ‘lugar de fala’ é objeto de disputas antagônicas. Há quem considere ‘lugar de fala’ como a expressão de vozes individualizadas, sem qualquer referência às vivências coletivas compartilhadas por grupos. Há, ainda, os que advogam ‘lugar de fala’ como uma construção social de coletivos que reivindicam humanidades histórica e sistematicamente negadas localizando nas experiências vivenciadas marcas de opressão, subalternidade e violências.

Não se trata, portanto, de afirmar experiências individuais, e, sim, entender como o lugar social que certos grupos ocupam implica na forma de caminhar pela vida. É a essa perspectiva de ‘lugar de fala’ como construção social que Djamila e o livro estão posicionados.

Desse ponto de vista, os estudos centrados nas análises dos lugares de fala colocam em destaque as estruturas sociais que atravessam as experiências coletivas vivenciadas por

grupos. Trata-se de problematizar as relações sociais de sexo/gênero, raça e classe social a partir de uma perspectiva estrutural, e não pós-moderna/identitária, como equivocadamente a crítica em relação ao conceito tem sido apresentada. Dito de outro modo, os tipos de opressões e controles que operam, por exemplo, sobre a população em situação de rua, ainda que a experiência de racismo institucional seja da ordem do singular, revelam profundas relações com um passado escravocrata-colonial-patriarcal.

‘Lugar de fala’ é também o entendimento de que todas as pessoas estão inscritas em determinados contextos discursivos, inclusive as que sempre estiveram no diagrama saber-poder, e pode expressá-lo para qualquer tema. Assim, o homem branco pode refletir criticamente sobre mulheres e racismo, mas o fará a partir do lugar que ocupa, isto é, do lugar de quem foi/é beneficiado por essa estrutura. Contudo, sua fala também jamais será equivalente à da mulher negra; e não se pode querer que seja, uma vez que é impossível assumir a fala do outro.

Se, por um lado, lugar de fala reconhece os contextos discursivos nos quais as pessoas estão inscritas, por outro, a representatividade significa a possibilidade de pensar criticamente esse lugar reconhecendo nele fronteiras que devem ser respeitadas. Ou seja, representatividade, ao mesmo tempo que delimita fronteiras, possibilita o trânsito entre elas.

Nessa perspectiva, é possível que uma travesti negra não se sinta representada por um homem branco cis, mas é possível que esse homem possa teorizar sobre o cotidiano de vida das pessoas trans a partir do lugar que ele ocupa, posto que a luta pela representatividade não exclui a responsabilização de quem historicamente ocupa espaços privilegiados. Dito de outro modo, a representatividade não pode essencializar o debate político, como se só o corpo subalternizado pudesse falar sobre racismo, sexismo e desigualdade.

No campo da saúde pública/coletiva, ‘lugar de fala’ pode ser potente à medida que

desestabilize práticas inaugurando espaços para escutar, por exemplo, o que significa ser mulher/mãe negra em situação de rua usuária de substância psicoativa ou ainda ser um corpo negro que habita na favela. Desse modo, princípios como integralidade e equidade poderão se materializar em formas de cuidado, o cuidado possível no contexto de fala do/da profissional de saúde e do/da usuária/usuário.

A leitura dessa obra é altamente recomendada a quem se interesse pelas discussões de classe, raça e gênero por contar a “história que a história não conta”⁴. Especialmente, aos profissionais de saúde e/ou militantes da Reforma Sanitária Brasileira, por sua capacidade de inserir novos marcos éticos e humanos, que cativem corações e mentes dispostos a lutar por outro modelo de vida, sociedade e Outros Olhares para Reforma.

Este texto é dedicado a Evaldo dos Santos, homem negro e músico que teve seu carro alvejado por 62 dos 257 tiros de fuzis e pistolas disparados em uma área de favela, no Rio de

Janeiro, por militares do exército brasileiro. É dedicado, também, a Luciano Macedo, homem negro e catador de latinhas que tentou socorrer Evaldo, ambos vítimas do racismo de Estado.

Agradecimentos

O autor agradece ao Programa Bolsa Nota 10 da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj); Programa de Excelência Acadêmica/Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível de Superior (Proex/Capes) pelo financiamento da bolsa de Doutorado em Saúde Pública para a realização do estudo.

Colaborador

Santos GC (0000-0002-0673-7869)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Ribeiro D. Quem tem medo do feminismo negro? São Paulo: Companhia das Letras; 2018.
2. Mendonça T. Djamil Ribeiro: “não dá pra tratar as opressões de forma isolada” [internet]. 2019. [acesso em 2019 maio 13]. Disponível em: <http://www.atarde.uol.com.br/muito/noticias/2053243-djamil-ribeiro-nao-da-para-tratar-as-opressoes-de-forma-isolada>.
3. Ribeiro D. O que é lugar de fala? Belo Horizonte: Letramento; 2017. (Feminismos plurais).
4. Firmino D, Domênio D, Mama, et al. História pra ninar gente grande. Rio de Janeiro: Mangueira; 2019. [acesso em 2019 jul 24] Disponível em: <http://www.mangueira.com.br/sambaenredo>.

Recebido em 01/06/2019

Aprovado em 02/08/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Programa Bolsa Nota 10 da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj); Programa de Excelência Acadêmica/Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível de Superior (Proex/Capes)

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Manifesto Ocupação ‘A favela ocupa o Abrascão 2018: saúde é democracia, mas qual democracia vivemos na favela?’

Manifest Occupation ‘The favela occupies Abrascão 2018: health is democracy, but which democracy do we experience in the favela?’

Mariana Lima Nogueira¹, Maria das Mercês Navarro Vasconcellos², Anastácia Ferreira dos Santos³, Fábio Monteiro Falcão³, Jorge Antônio dos Santos Nadais^{2,3}, Alex da Costa Pessoa³, José Beserra de Araújo⁴

DOI: 10.1590/0103-11042019S827

O PRESENTE TEXTO EXPRESSA UMA VOZ COLETIVA composta por moradores, trabalhadores e estudantes do complexo de favelas de Manguinhos, na cidade do Rio de Janeiro, que construíram um ato político, ocupação, denominado ‘A favela ocupa o Abrascão!’. Esse evento aconteceu no campus da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em Manguinhos, no dia 28 de julho de 2018, durante o XII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrascão), evento cujo tema central anunciado foi: Fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), os direitos e a democracia.

O manifesto foi construído por trabalhadores moradores de Manguinhos, trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, professoras e pesquisadoras da Fiocruz, durante dois encontros que aconteceram no turno da noite, em Manguinhos. Estes foram mobilizados pelo temário do Congresso organizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). O manifesto foi impresso e distribuído nas favelas e durante o evento, e se concretizou em uma atividade de ocupação no Congresso, com café da manhã comunitário e uma roda de conversa, formada por mais de cem pessoas entre congressistas, moradores e trabalhadores de Manguinhos e de outras favelas. A atividade incluiu a exibição do documentário ‘Manguinhos resiste a mais uma enchente’, feito pela Comissão de Agentes Comunitários de Manguinhos (Comacs) que abordou a grave enchente que aconteceu na região no dia 15 de fevereiro de 2018.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. mariana.nogueira@fiocruz.br

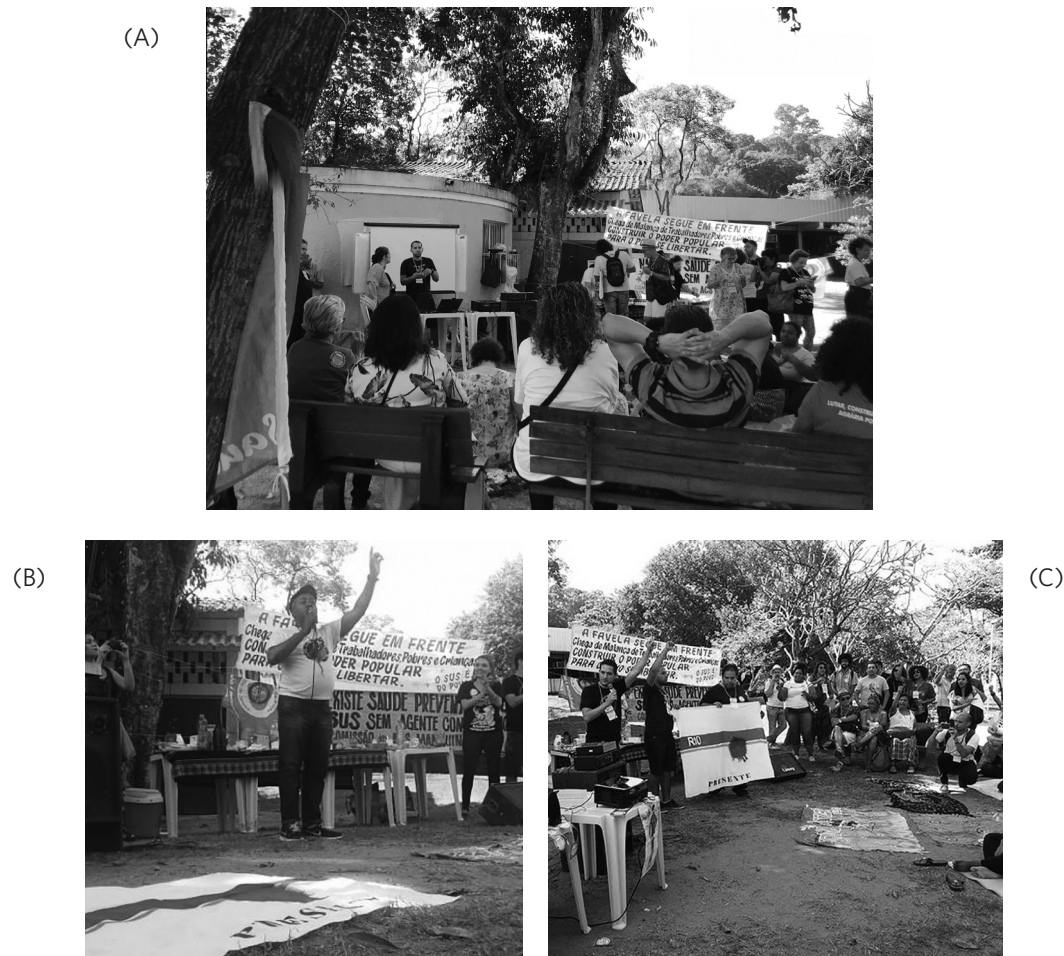
²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Comissão dos Agentes Comunitários de Saúde de Manguinhos (Comacs) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Movimento das Comunidades Populares (MCP) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Figura 1. Ocupação: a favela ocupa o Abrascão 2018



Fonte: (A) Fotografia de Fátima Pivetta. (B) e (C) Acervo Comacs.

Manifesto ocupação: a favela ocupa o Abrascão 2018!

Saúde é democracia, mas qual democracia vivemos na favela? Qual democracia e para quem? Como pensar um evento de saúde coletiva, discussões sobre a favela e sobre violência sem a favela? A determinação social do processo saúde-doença em Manguinhos é marcada historicamente por uma perversa ‘democracia’ que, em uma sociedade de classes,

no capitalismo, manifesta-se de maneira desigual e perversa nos territórios favelados em relação aos territórios onde se concentram as classes dominantes. Para ousarmos discutir que saúde é democracia, não podemos nos limitar às discussões sobre a participação política somente pela via institucional, mas, sim, precisamos romper com uma perspectiva restrita que naturaliza a democracia como um valor garantido em constituinte, e a afirme como processo que só será assegurado a partir da participação popular, da luta coletiva com a finalidade da extinção da sociedade

de classes. Historicamente, o surgimento de um discurso legal que transforma o espaço da favela em um local de exceção possui o efeito de dizer a verdade de uma situação, assim como o de 'transformar' os moradores da favela em criminosos de alta periculosidade. É crucial reconhecermos que, no capitalismo, o Estado e suas formas jurídicas têm administrado o monopólio da regra e de suas exceções. Entender a formação histórica das favelas significa compreender esses espaços como resultados de um processo histórico marcado pela luta de classes, por discriminações, racismos, baixos salários, falta de ofertas de políticas públicas urbanas, de habitação, de saneamento para uma parte cada vez mais crescente da população segregada e marginalizada socioeconomicamente. As lógicas de ocupação que marcaram a história das favelas no Rio de Janeiro – e em diversas cidades do país e da América Latina – normalmente desembocam em condições socioambientais de 'risco'. Algumas se agravam diante das chuvas e da precariedade das habitações, como os desmoronamentos nos morros e as enchentes. Além disso, a presença do Estado por meio do seu aparelho coercitivo policial, unida à violência retratada no discurso das manchetes dos meios de comunicação que expõe para a sociedade os confrontos armados, a relação com a contravenção, os índices estatísticos que apontam para o aumento da violência, baseado nas operações policiais de repressão ao crime organizado, tornam historicamente a favela um local de terror e de medo. É uma violência histórica simbólica, cotidiana e institucionalizada. É a violência da exclusão. A democracia que queremos é aquela que será ratificada no processo de construção cotidiana pela classe trabalhadora, que não se limitará aos discursos. A favela não pode continuar do outro lado da janela da academia! Por uma democracia efetivamente justa, pela união dos trabalhadores na luta popular e anticapitalista! A favela ocupa o Abrascão!

O manifesto foi lido na íntegra ao microfone no início da atividade após a fala de uma das

organizadoras que apresentou a motivação, a justificativa, os objetivos, a organização e a programação da atividade. Sobre a participação de moradores da favela de Manguinhos no Abrascão 2018, cabe citar as observações feitas por uma líder comunitária, Patrícia Evangelista:

A participação de moradores de Manguinhos nas atividades do Abrascão foi restrita à participação de oito pessoas inscritas pelo Conselho Gestor Intersectorial de Manguinhos que atuaram na condição de público desse evento, além de três ou quatro moradores que foram convidados a participarem de mesas no evento. Foram convites feitos a esses indivíduos não pela condição dessas pessoas serem moradoras de Manguinhos e sim por outros motivos, como as suas inserções nas discussões sobre as temáticas que estavam sendo debatidas na mesa. Essa falta de participação coletiva da favela de Manguinhos na construção de atividades desse evento nos mostra que o conhecimento e o saber popular ainda não são valorizados. Esse abismo incomodou um grupo de moradores e trabalhadores de Manguinhos e levou à organização do 'Favela Ocupa Abrascão'. Considerei essa atividade uma excelente oportunidade para trazer para o Abrascão 2018 a possibilidade de uma aproximação com a realidade de Manguinhos, território que abrigou esse evento. Assim como outras favelas do Rio de Janeiro, os moradores têm muito a dizer sobre o tema desse congresso: 'Fortalecer o SUS, os Direitos e a Democracia'¹.

De fato, os moradores das favelas têm muito a dizer, afinal de contas, vivem em um território que é constituído historicamente por violências produzidas pelo Estado capitalista, e têm clareza que a democracia nunca foi vivida plenamente pela classe trabalhadora, e, portanto, não se restringe ao sufrágio universal, a um valor e a socialização da participação.

O manifesto expressa uma síntese de questões cruciais para a Reforma Sanitária:

a necessária centralidade da categoria classe social para pensar os processos de participação social, os limites desses processos quando se resumem a participações por dentro do Estado e as determinações sociais do processo saúde-doença; a relação entre o modo de produção como se organiza a sociedade, o caráter do Estado e suas formas de expressão com vistas a não naturalização do que se chama de democracia e saúde².

Colaboradores

Nogueira ML (0000-0003-1881-7601)*, Vasconcellos MMN (0000-0003-1180-0321)*, Santos AF (0000-0002-6823-5944)*, Falcão FM (0000-0002-4564-6353)*, Nadais JAS (0000-0002-4696-6607)*, Pessoa AC (0000-0002-6077-9111)* e Araújo JB (0000-0003-4176-1968)* colaboraram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Evangelista P. Favela ocupa os espaços acadêmicos. 2018. [acesso em 2019 mar 2]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-saude-coletiva/abrascao-em-manguinhos-favela-ocupa-os-espacos-academicos/36238/>.
2. Martins C, Prado FC, Figueiredo IM, et al. “Estratégia Democrático-Popular” e um inventário da Esquerda

Revolucionária. In: Iasi M, Figueiredo IM, Neves V, et al., organizadores. A estratégia democrático-popular: um inventário crítico. Marília: Lutas Anticapital, 2019, p. 25-55.

Recebido em 10/06/2019
Aprovado em 04/09/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADA EM MARÇO DE 2019

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares*

detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu login e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos

na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolverem seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" será suficiente.

b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a

critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN MARCH 2019

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial

Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

- 1. Original article:** result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.
- 2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 3. Systematic or integrative review:** critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.
- 4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 5. Case study:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.
- 6. Critical review:** review of books on subjects of interest to

the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO

and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the material and methods section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three

lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

Complementary information (should be sent in a separate file)

a) Conflict of interest. The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement "*I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work*".

b) Contributors. Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

c) Acknowledgements. (Optional).

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN MARZO DE 2019

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

La revista cuenta con un Consejo Editorial que contribuye a la definición de su política editorial. Sus miembros integran el Comité Editorial y/o el banco de árbitros en sus áreas específicas.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por un software detector de plagio, Plagiarisma y Copyspider. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

- 1. Artículo original:** resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.
- 2. Ensayo:** un análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.
- 3. Revisión sistemática o integradora:** revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.
- 4. Artículo de opinión:** exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.
- 5. Relato de experiencia:** descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interesse histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas, sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los

mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella envuelva seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos arbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

Información complementaria (deben enviarse en un archivo separado)

a) Conflicto de intereses. Los trabajos encaminados para la publicación deben informar si tienen algún tipo de conflicto de intereses. Los conflictos de interés financiero, por ejemplo, no están relacionados solo con la financiación directa de la investigación, sino también con el propio vínculo de trabajo. Si no hay conflicto, será suficiente la información "*Declaro que no hubo conflictos de intereses en la concepción de este trabajo*" en la hoja de presentación del artículo.

b) Colaboradores. Deben estar especificadas las contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo. Según el criterio de autoría de ICMJE, los autores deben contemplar las siguientes condiciones: 1) contribuir substancialmente en la concepción y la planificación o en el análisis y la interpretación de los datos; 2) contribuir significativamente en la elaboración del borrador o la revisión crítica del contenido; y 3) participar de la aprobación de la versión final del manuscrito.

c) Agradecimientos. (Opcional).

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar las declaraciones según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br



DEMOCRACIA

SAÚDE

ASSOCIE-SE

<http://cebes.org.br/associados>

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

Rita Loureiro

www.apoioacultura.com.br

Design de Capa

Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização, revisão e tradução de texto

Normalization, proofreading and translation

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/*english*)

Carina Munhoz (normalização/*normalization*)

Luiza Nunes (normalização/*normalization*)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/*portuguese and english*)

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel couché matte LD 90 g/m²

Cover in ensocoat LD 250 g/m²

Core in couché matte LD 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2019.

v. 43. n. especial 8; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br