

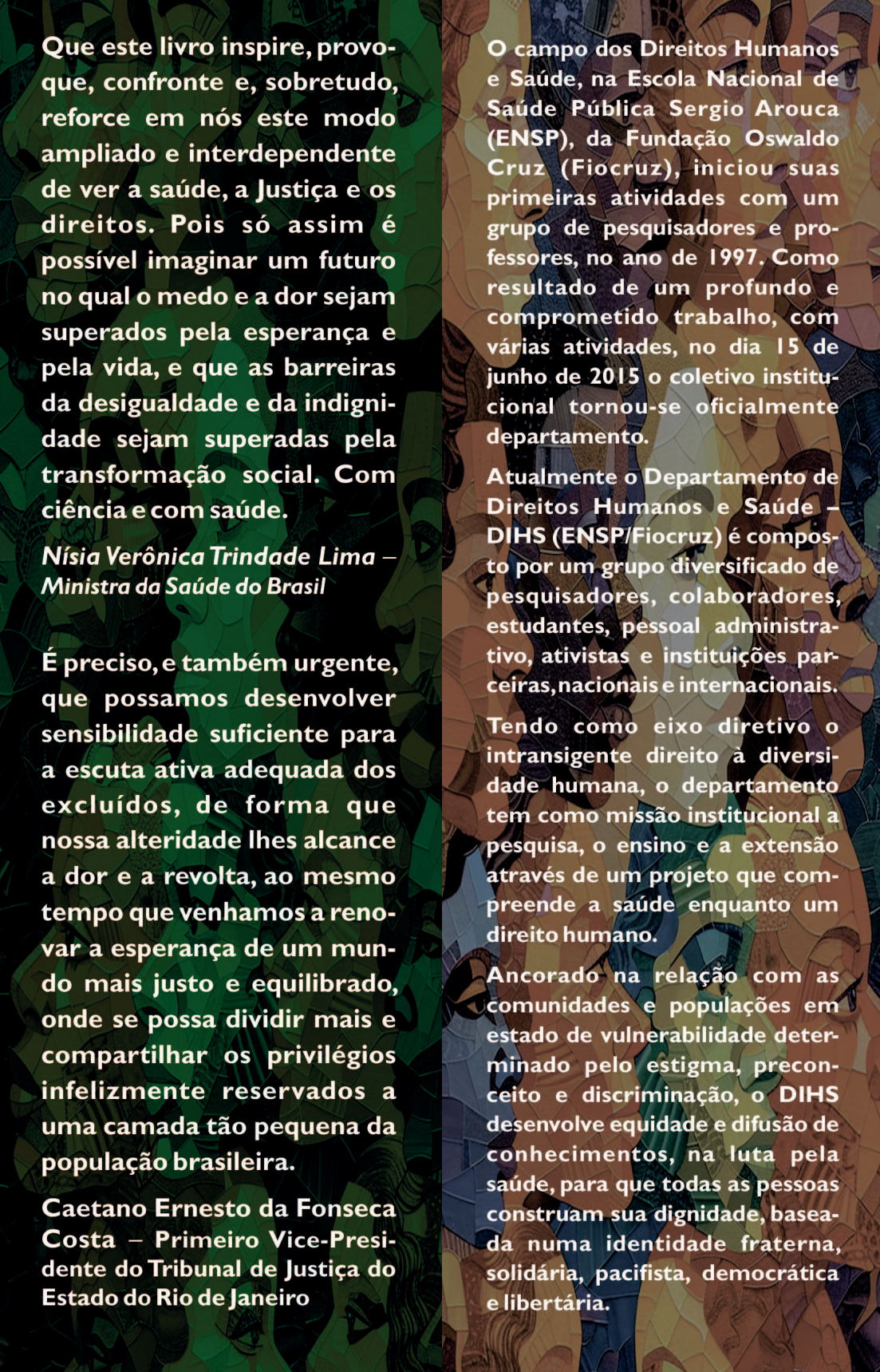


Maria Helena Barros de Oliveira
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Marcos Besserman Vianna
organização

DIREITOS HUMANOS E SAÚDE

refletindo sobre as
dores e esperanças

EDITORA HUCITEC



Que este livro inspire, provoque, confronte e, sobretudo, reforce em nós este modo ampliado e interdependente de ver a saúde, a Justiça e os direitos. Pois só assim é possível imaginar um futuro no qual o medo e a dor sejam superados pela esperança e pela vida, e que as barreiras da desigualdade e da indignidade sejam superadas pela transformação social. Com ciência e com saúde.

*Nísia Verônica Trindade Lima –
Ministra da Saúde do Brasil*

É preciso, e também urgente, que possamos desenvolver sensibilidade suficiente para a escuta ativa adequada dos excluídos, de forma que nossa alteridade lhes alcance a dor e a revolta, ao mesmo tempo que venhamos a renovar a esperança de um mundo mais justo e equilibrado, onde se possa dividir mais e compartilhar os privilégios infelizmente reservados a uma camada tão pequena da população brasileira.

*Caetano Ernesto da Fonseca
Costa – Primeiro Vice-Presidente do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro*

O campo dos Direitos Humanos e Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), iniciou suas primeiras atividades com um grupo de pesquisadores e professores, no ano de 1997. Como resultado de um profundo e comprometido trabalho, com várias atividades, no dia 15 de junho de 2015 o coletivo institucional tornou-se oficialmente departamento.

Atualmente o Departamento de Direitos Humanos e Saúde – DIHS (ENSP/Fiocruz) é composto por um grupo diversificado de pesquisadores, colaboradores, estudantes, pessoal administrativo, ativistas e instituições parceiras, nacionais e internacionais.

Tendo como eixo diretivo o intransigente direito à diversidade humana, o departamento tem como missão institucional a pesquisa, o ensino e a extensão através de um projeto que compreende a saúde enquanto um direito humano.

Ancorado na relação com as comunidades e populações em estado de vulnerabilidade determinado pelo estigma, preconceito e discriminação, o DIHS desenvolve equidade e difusão de conhecimentos, na luta pela saúde, para que todas as pessoas construam sua dignidade, baseada numa identidade fraterna, solidária, pacifista, democrática e libertária.

Saúde em Debate 359

DIREÇÃO DE

Gastão Wagner de Sousa Campos

José Ruben de Alcântara Bonfim

Maria Cecília de Souza Minayo

Marco Akerman

Yara Maria de Carvalho

EX-DIRETORES

David Capistrano Filho

Emerson Elias Merhy

Marcos Drumond Júnior

É por certo a saúde coisa mui preciosa, a única merecedora de todas as nossas atenções e cuidados e de que a ela se sacrifiquem não somente todos os bens mas a própria vida, porquanto na sua ausência a existência se nos torna pesada e porque sem ela o prazer, a sabedoria, a ciência, e até a virtude se turvam e se esvaem.

— Michel Eyquem de Montaigne (1533-1592).

Ensaio. “Da semelhança dos pais com os filhos”.

Trad. Sérgio Milliet

SAÚDE EM DEBATE

TÍTULOS PUBLICADOS APÓS DEZEMBRO DE 2020

Formação e Educação Permanente em Saúde: Processos e Produtos no Âmbito do Mestrado Profissional, volume 3, Benedito Carlos Cordeiro, Helen Campos Ferreira & Miriam Marinho Chrizoztino (orgs.)

Atenção primária e atenção especializada no SUS: análise das redes de cuidado em grandes cidades brasileiras, Cristiane Pereira de Castro, Gastão Wagner de Sousa Campos & Juliana Azevedo Fernandes (orgs.)

Itinerários de Asclépios: para a compreensão da gestão da clínica, Giovanni Gurgel Aciole

Saúde, ecologias e emancipação: conhecimentos alternativos em tempos de crise(s), Marcelo Firpo, Diogo Ferreira da Rocha & Marina Tarnowski Fasanello

Medicalização do parto: saberes e práticas, Luiz Antonio Teixeira, Andreza Pereira Rodrigues, Marina Fisher Nucci & Fernanda Loureiro Silva

Nas Entrâncias da Atenção Primária à Saúde: o cotidiano entre a formação e a prática, Felipe Guedes, Gastão Wagner de Sousa Campos, Lilian Soares Vidal Terra & Mônica Martins de Oliveira Viana

Atenção Primária à Saúde: uma história brasileira, Carlos Henrique Assunção Paiva & Fernando Pires-Alves

Ensaio fora do tubo: a saúde e seus paradoxos, Luiz David Castiel

Educação permanente em saúde no Brasil: contribuição para a compreensão e crítica, Cristiane Lopes Simão Lemos

Saber operário, construção de conhecimento e a luta dos trabalhadores pela saúde, José Augusto Pina, José Marçal Jackson Filho, Katia eis de Souza, Mara Alice Batista Conti Takahashi, Lucas Bronzatto Silveira (orgs.)

Cativeiros enfermos: assistência e saúde no Brasil escravista, Tânia Salgado Pimenta & Flávio dos Santos Gomes (orgs.)

Economia Política da Saúde: uma crítica marxista contemporânea, Aquilas Mendes & Leonardo Carnut (orgs.)

História do câncer no Brasil, Luiz Antonio Teixeira & Luiz Alves Araújo Neto (orgs.)

Reflexões e crônicas sobre a Clínica Ampliada, Rubens Bedrikow

Políticas Públicas e Gestão Hospitalar: evidências e experiências do SUS, Nilton Pereira Júnior & Gastão Wagner de Sousa Campos (orgs.)

Capitalismo, austeridade e saúde no Brasil: perspectivas da economia política, Jonathan Filippou, Francis Sodré, Maria Angélica Carvalho Andrade & Carlos Eduardo Siqueira (orgs.)

Avaliação em Saúde, Redes Sociotécnicas e Translação do Conhecimento, Marly Cruz, Isabel Craveiro, Juliana Kabad & Santuza Arreguy Silva Vitorino (orgs.)

Consortérios públicos de saúde, Fabiano Tonaco Borges, Brunna Raphaelly Amaral Da Silva, Raimundo José Arruda Bastos & Carlos Eduardo Gomes Siqueira (orgs.)

Sem perreco. A prevenção do HIV em fluxos, festas e bailes funks, Allan Gomes de Lorena

O avanço da filantropia mercantil no setor saúde e reconfiguração das relações público-privada – PROADI-SUS, Julia Amorim Santos

Sanitaristas e os mundos do trabalho: elementos contextuais que influenciam o agir profissional, Jussara Lisboa

Estamos construindo uma catedral: histórias de compromisso com a construção do SUS, Ernande Valentim do Prado & Eymard Mourão Vasconcelos

Educação e Saúde na Atenção Primária: história e memória, Lina Faria, Jane Mary de Medeiros Guimarães, Rocio Elizabeth Chavez Alvarez, Luiz A. de Castro Santos, Antônio José Costa Cardoso e Márcio Florentino Pereira (orgs.)

Do sofrimento à emancipação: diálogos entre a Saúde Coletiva e as epistemologias do Sul, Marcelo Firpo Porto & João Arriscado Nunes (orgs.)

História da saúde: diálogos para o século XXI, Luiz Alves Araújo Neto, Carolina Arouca G. de Brito & Ricardo Cabral de Freitas

Crianças que não veem o sol, Maria Cecília de Souza Minayo & Rosilene Aparecida dos Santos

Inovação Responsável em Saúde: conceitos e ferramentas para um impacto sustentável, Pascale Lehoux, Lysanne Rivard & Hudson Pacifico Silva

Vírus e injustiça reprodutiva: Zika no Brasil, Ilana Löwy

Desafios contemporâneos do campo da saúde coletiva: contribuições da Pós-Graduação, Katia Reis de Souza, Cristiane Andrade, Fátima Cecceto, Gisela Cardoso, Roberta Gondim, Rondineli Mendes & Vera Luiza

Coordenação e continuidade do cuidado: práticas e trajetórias assistenciais nas Redes de Atenção à Saúde, Pattry Fidelis de Almeida & Elisete Casotti (orgs.)

Epidemiologia crítica e a saúde dos povos: ciência ética e corajosa em uma civilização doentia, Jaime Breihl

Direitos humanos e saúde: refletindo sobre as dores e esperanças, Maria Helena Barros de Oliveira, Luiz Carlos Fadel de Vasconcelos & Marcos Besserman Vianna (orgs.)

SÉRIE SAÚDE E TRABALHO

Desse jeito não dá mais! Trabalho doente e sofrimento mental - volume 1, Marcia Bandini, Sergio de Lucca & Agnus Lauriano (orgs.)

Capitalismo paradoxante: um sistema adoecedor, Vincent de Gaulejac & Fabienne Hanique

AS DEMAIS OBRAS DA COLEÇÃO “SAÚDE EM DEBATE” ACHAM-SE NO FINAL DO LIVRO.

**DIREITOS
HUMANOS
E SAÚDE**

refletindo sobre as
dores e esperanças

Maria Helena Barros de Oliveira
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Marcos Besserman Vianna

organização

DIREITOS HUMANOS E SAÚDE

refletindo sobre as
dores e esperanças

Hucitec Editora
São Paulo, 2024

© Direitos autorais 2024, da organização
de Maria Helena Barros de Oliveira,
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos & Marcos Besserman Vianna

© Direitos de publicação reservados por
Hucitec Editora Ltda.

Rua Dona Inácia Uchoa, 209, 04110-020 – São Paulo, SP
Telefone (55 11 3892-7772)
www.lojahucitec.com.br

Depósito Legal efetuado.

Direção editorial: MARIANA NADA
Produção editorial: KÁTIA REIS
Assessoria editorial: MARIANA TERRA
Circulação: ELVIO TEZZA

D598

Direitos humanos e saúde : refletindo sobre as dores e esperanças / Maria Helena Barros de Oliveira, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, Marcos Besserman Vianna (organização). – 1ª ed. – São Paulo : Hucitec , 2024. – 326 p. ; 23 cm. – (Coleção Saúde em Debate, v. 359).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-85-8404-476-4

1. Direitos humanos. 2. Direito à saúde. I. Oliveira, Maria Helena Barros de. II. Vasconcellos, Luiz Carlos Fadel de. III. Vianna, Marcos Besserman. IV. Título. V. Série.

CDD 323.4

Ficha catalográfica elaborada por Camilla Castro de Almeida CRB-7/7400

SUMÁRIO

Prefácio 1	11
Nísia Verônica Trindade Lima	
Prefácio 2	15
Caetano Ernesto da Fonseca Costa	
Apresentação	19
Maria Helena Barros de Oliveira	
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos	
Marcos Besserman Vianna	
1. Dores e esperanças: refletindo sobre direitos humanos e saúde	23
Maria Helena Barros de Oliveira	
2. Depoimento de Maria Helena Barros de Oliveira – Uma história de vida que se mistura com a história do DIHS	42
Filipe Leonel Vargas	
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos	
Marcos Besserman Vianna	
Maria Helena Barros de Oliveira (entrevistada)	

3. Direita radical, direitos humanos e saúde	57
Nair Monteiro Teles Costa Santos	
4. Outros tons, outros trans, outras transas, outros trens: os direitos da natureza e a diversidade humana	71
Marcos Besserman Vianna Laís Silveira Costa	
5. Direitos humanos, saúde e diversidade: orientação sexual, identidade de gênero e determinação social da saúde nos contextos brasileiro e internacional	84
Henrique Rabello de Carvalho	
6. Migrações: desafios geopolíticos, multiculturalidade, Estado de Bem-Estar e direitos humanos	99
Gabriel Eduardo Schütz	
7. Direitos humanos e sistema prisional	114
Rubens Roberto Rebello Casara	
8. Abordagem crítica sobre direitos humanos e inclusão das pessoas com deficiência	124
Sônia Regina da Cunha Barreto Gertner Annibal Coelho de Amorim Laís Silveira Costa	
9. Direitos humanos e povos originários: a luta contra uma política de não existência	138
Diádiney Helena de Almeida	
10. Saúde do trabalhador como direito humano viabilizando uma utopia civilizatória	151
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos	
11. Notas conceituais para introdução ao letramento racial	166
Ana Míria dos Santos Carvalho Carinhanha	

12. A ousadia de uma nova história sobre, e para, as pessoas surdas: inquietações, provocações e (in)certezas	180
Armando Guimarães Nembri	
13. Trabalho escravo contemporâneo sob a perspectiva de gênero	194
Aldilene Abreu de Azevedo Vania Reis Girianelli	
14. Saúde mental da população LGBTI+: questão de direitos humanos	207
Jaqueline Gomes de Jesus	
15. Por uma perspectiva crítica sobre informação, saúde digital e direitos humanos na saúde global	219
Angélica Baptista Silva	
16. Envelhecimento na perspectiva dos direitos humanos: quem tem o direito de envelhecer?	231
Patrícia da Silva Von Der Way	
17. Sexualidade das pessoas com deficiência intelectual: desafios e oportunidades	247
Laís Silveira Costa Armando Guimarães Nembri Marcos Besserman Vianna Sergio Meresman Hellosman de Oliveira Silva Carolina Aguilar da Costa Nascimento	
18. Violência obstétrica: a dor ainda silenciada	262
Rita de Cássia Vasconcelos da Costa	
19. Desenvolvimento sustentável e saúde do trabalhador: “Esperando Godot”	277
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos	

20. Cuidados paliativos: aliviando as dores e enchendo de esperança os corações nas favelas	294
Ernani Costa Mendes Ana Paula Menezes Bragança dos Santos	
21. Duração do aleitamento materno exclusivo entre as trabalhadoras participantes do projeto diálogos com a enfermagem: vivenciando a maternidade no trabalho	305
Isis Leticia Brasil dos Santos Vania Reis Girianelli Renato José Bonfatti (<i>in memoriam</i>)	
As autoras e os autores	323

PREFÁCIO 1

Este livro pode ser lido simultaneamente como um retrato pungente de nossas iniquidades e o reconhecimento da condição de sujeitos de direito a grupos muitas vezes reduzidos à condição de vulnerabilidade. Da exposição sem filtros das dores do presente molda-se um pacto destinado a preservar e consolidar a dignidade humana e as liberdades, ou seja, os direitos humanos.

Os 21 ensaios que compõem este *Direitos Humanos e Saúde: refletindo sobre as dores e esperanças* apresentam diversidade na forma, no conteúdo, no propósito, nos temas de reflexão e em seus efeitos, mas unidade em torno de um desafio fundamental: mostrar a intersecção entre saúde e direitos humanos, um binômio multidisciplinar segundo o qual a saúde é vista como instrumento de dignidade humana e transformação social. Essa unidade revela também muito do percurso do Departamento de Direitos Humanos e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), cujo trabalho acompanho desde suas origens.

A obra organizada pelos meus colegas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Maria Helena Barros de Oliveira, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos e Marcos Besserman Vianna, e escritos por quase 30 autoras e autores, reúne múltiplas experiências teóricas e práticas. Uma das mais inspiradoras vem do convênio entre a instituição e a Escola da Magistratura do Rio de Janeiro, com a criação do Mestrado Profissional em Justiça e Saúde, dirigido a profissionais magistrados do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Trata-se de uma bem-vinda formação para fazer avançar na construção de uma política integrada entre o campo da saúde e do direito. Entre outros temas discute-se a judicialização e os diversos temas relacionados à saúde, sob a perspectiva da Justiça e dos

direitos humanos como o direito das crianças e adolescentes, gênero, bioética, biodireito, o direito ao envelhecimento digno e a saúde dos sistemas prisionais — muitos também explorados neste livro. Da união entre esses dois campos, saúde e justiça, emerge a concretização de um Sistema Único de Saúde (SUS) melhor para todos.

“Para todos”, diga-se, jamais será apenas força de expressão retórica para este grupo, e isso fica evidente ao longo deste livro. Seus autores trazem à cena diversos grupos que precisam lutar por seus direitos e contra vulnerabilidades sociais — enfrentando violências cotidianas, estruturais e institucionais em comportamentos misóginos, homofóbicos, racistas e capacitistas. Presentes na reflexão dos autores, a discriminação, a misoginia, a homofobia, o feminicídio, as disparidades de gênero, o racismo, a violação de direitos e liberdades. Tudo isso é uma questão social que diz respeito aos direitos humanos e tem implicações no bem-estar humano (físico, mental e social) e espelha o que Maria Helena Barros de Oliveira, no capítulo inicial, acertadamente define como “um mosaico de dores e intervenções esperançosas”. Dores, por óbvio, dado o nosso passado e o nosso presente de desigualdades e de direitos violados. Intervenções esperançosas, graças às lutas e à busca pelo “olhar para o outro, a partir dos olhos da dignidade humana”.

A história de avanços e retrocessos das democracias ocidentais, a brasileira incluída, resultou em direitos profundamente desiguais. É desse descompasso que tratam muitos dos textos aqui publicados, entendendo que não há dignidade humana sem democracia, sem justiça e sem direitos humanos. Nos capítulos do livro se reafirma o imperativo de salvaguardar a dignidade de cada pessoa e o direito humano à saúde, afinal, relaciona-se com a cidadania e o direito à igualdade, com a garantia do respeito às diferenças.

Saúde é democracia foi uma marca central da oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, momento que forneceu as bases para a criação do SUS como um projeto pioneiro e inovador, único no Hemisfério Sul, para criar o maior sistema universal do mundo em termos populacionais. O direito universal à saúde incluía ali toda população, não podendo haver mais qualquer distinção em função das condições de inserção das pessoas no mercado de trabalho, de gênero, raça, orientação sexual ou qualquer outra segmentação dos direitos, que sempre deveriam ser equânimes, de todos e de cada um de nós. E abriu caminho para a inscrição da saúde como direito de todos e dever do Estado na Constituição Federal de 1988.

Vista através das lentes dos direitos humanos, a saúde é um dever do Estado que não pode encontrar limites de classe, gênero, raça ou idade. Nessa visão ampla de saúde, são considerados o que hoje chamamos de determinantes sociais da saúde, ou seja, todos os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais,

psicológicos e comportamentais que podem influenciar a saúde, tanto em problemas quanto em fatores de risco. Muitos desses determinantes sociais abrangem políticas públicas que estão fora do setor convencional de saúde e são expressos no conceito de que as condições de vida e de trabalho das pessoas também estão relacionadas à situação de saúde.

A pandemia de Covid-19 foi um evidente — e dramático — exemplo das raízes estruturais do direito à vida. Sem uma base econômica e produtiva para suprir as necessidades de vacinas, testes, ventiladores, serviços de Atenção Primária ou terapias intensivas, não poderíamos cumprir nosso dever constitucional. Nos anos da pandemia, os interesses econômicos e as desigualdades globais no conhecimento representaram uma inaceitável desigualdade global, na qual países desenvolvidos possuíam quatro vezes mais vacinas do que sua população era capaz de consumir enquanto muitos países e a maior parte da população mundial não tinha acesso sequer à primeira dose. Aquela dramática experiência reafirmou a interdependência entre os direitos sociais, o bem-estar e a existência de uma base econômica, tecnológica e de inovação em saúde para dar sustentação ao acesso universal e ao direito à vida.

Que este livro inspire, provoque, confronte e, sobretudo, reforce em nós este modo ampliado e interdependente de ver a saúde, a Justiça e os direitos. Pois só assim é possível imaginar um futuro no qual o medo e a dor sejam superados pela esperança e pela vida, e que as barreiras da desigualdade e da indignidade sejam superadas pela transformação social. Com ciência e com saúde.

— Nísia Verônica Trindade Lima
Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz
Ministra da Saúde do Brasil

PREFÁCIO 2

Não é preciso dizer do lindo sentimento que brota do meu coração ao tempo que escrevo estas linhas. É motivo de muito orgulho renovar sempre os laços de proximidade com o Departamento de Direitos Humanos e Saúde (DIHS), da Fiocruz, Instituição que tanto admiro e respeito e com quem celebramos, quando dirigíamos a Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro (EMERJ), no biênio 2015/2016, um importante convênio para implementação de um Mestrado Profissional destinado à formação de nossos juízes.

Essa emoção é dobrada quando a reflexão passa pela percepção, tanto das “dores” como da “esperança” dos que sofrem os revezes da desigualdade e da ausência de dignidade.

É preciso, e também urgente, que possamos desenvolver sensibilidade suficiente para a escuta ativa adequada dos excluídos, de forma que nossa alteridade lhes alcance a dor e a revolta, ao mesmo tempo que venhamos a renovar a esperança de um mundo mais justo e equilibrado, onde se possa dividir mais e compartilhar os privilégios infelizmente reservados a uma camada tão pequena da população brasileira.

Esta é a proposta central desta obra, brilhantemente organizada pela amiga e professora Maria Helena Barros de Oliveira em conjunto com os professores Luiz Carlos Fadel e Marcos Besserman Vianna.

Um importante ato de resistência e denúncia de privilégios e indiferenças, que ao mesmo tempo nos passa a fé no sonho da fraternidade do qual a humanidade não pode desistir.

Inicia-se a obra com esta proposição, seguindo-se o emocionante depoimento da própria professora Maria Helena Barros de Oliveira, cuja trajetória profissional é o exemplo de dedicação voluntária e persistente aos que sofrem com a opressão. Superação, amor incondicional, dedicação e bondade são apenas algumas das qualidades dessa mulher tão especial e amiga que tive a honra de conviver nesta última década. A humanidade tem muito a lhe agradecer, por tudo que já fez e contribuiu para o DIHS/Fiocruz.

A jornada literária segue com uma importante e triste comprovação, de uma infeliz e perigosa aproximação política da direita radical, no Brasil e no mundo, como resultado de uma percepção torta e equivocada de que a individualização das diferenças enfraqueceria o sentimento do pertencimento comum.

A trajetória contínua pela descrição da beleza da diversidade humana, contemplando o respeito por aquele ou aquela que é diferente e quanto dependemos um do “outro”, texto de coautoria de um dos organizadores da obra, professor Marcos Besserman, que justiça seja feita também muito participou de “nosso” Mestrado Fiocruz/EMERJ em 2016.

Os direitos humanos caminham de fato pelo terreno do respeito à diversidade, que vem da orientação sexual que escolhemos ou da identidade de gênero que determinamos, sendo essencial que as políticas públicas de saúde entendam e considerem tais escolhas, com todas as suas perspectivas e particularidades. Nessa toada seguem os textos, sempre na direção do respeito à dignidade do ser humano.

A denúncia que se segue está relacionada à questão séria e atual dos processos migratórios, que trazem a complexidade do entendimento e da harmonização, sempre com o máximo respeito das culturas diversas. Não se trata com efeito de mera desordem mundial, mas de um grave processo geopolítico, que encerra profundas disputas sociais e políticas que precisarão ser contempladas e “acalmadas” para que não culminem no extermínio simbólico dos excluídos.

O sempre autorizado e brilhante amigo e colega de profissão Rubens Casara nos brinda no seu capítulo com o tema do nosso muito combalido sistema prisional e da inevitável vinculação de suas anomalias à saúde tanto física como mental de nossos presos.

Segue a obra com a denúncia da falta de inclusão de pessoas com deficiência, com a defesa de uma escuta eficaz que vem sendo aprisionada por uma injustiça epistêmica, silenciosa e letal.

Os povos originários são contemplados, em seguida, dentro de uma perspectiva de modernidade e evolução que se dá, entretanto, e isso é extremamente relevante, sem o abandono de suas tradições de ancestralidade.

As relações laborais pelo viés da saúde do trabalhador foi o tema escolhido pelo professor Luiz Carlos Fadel de Vasconcelos, um dos organizadores da obra, que nos traz a perfeita dimensão do perigo da “coisificação” da saúde do traba-

lhador. A preservação dessa saúde é direito fundamental a ser implementado incondicionalmente, de forma integral e permanente.

A questão racial emerge do capítulo seguinte, sendo mais do que oportuno o alerta de que o racismo brota perigosamente de práticas “naturalizadas” no campo estrutural e institucional.

Sua natureza é imperceptível e se esconde muitas vezes no preconceito que o ser humano carrega, muitas das vezes de forma perigosa e inconsciente.

O letramento racial de fato constitui importante ferramenta para desenvolver o conhecimento e combater o racismo em nosso país.

A questão do capacitismo é abordada como tema do capítulo seguinte, que reclama com razão da ausência de um “mergulho sem escamoteamentos”, portanto mais natural e profundo na vida surda, com a potente verberação dos próprios surdos e de seu singular local de fala.

O trabalho escravo, sob a perspectiva de gênero é o assunto seguinte, que denuncia sua clandestinidade e dificuldade perceptiva pelo reconhecimento de quem dele é vitimizado.

Segue a discussão sobre a saúde mental da população “LGBTI+”, registrando-se a importância de se promover o apoio social e político dessa camada da população para muito além do terreno da simples saúde física e sexual.

O tema seguinte está relacionado à Reforma Sanitária Brasileira e à preocupação com a inteligência artificial e sua implementação, que há de ter contornos e tons feministas para que não sirva a interesses escusos ou ferramenta do patriarcado.

O “envelhecimento” do ser humano é abordado, no passo seguinte, com a demonstração de que o envelhecer é processo natural e saudável, sendo essencial que venhamos a cumpri-lo com atividade e de forma saudável.

A discussão seguinte debate a sexualidade das pessoas com deficiência intelectual e denuncia o preconceito com que a sociedade enxerga e enfrenta esse assunto. Importantíssimo o debate sobre questão de tamanha envergadura, que de fato se esconde na esfera privada justamente para que não tome os contornos e a proporção que está a merecer, com o fruto do respeito à igualdade contemplada pela dimensão maior de nossa Constituição.

O debate seguinte se dá sobre violência obstétrica e traz propostas concretas para a melhoria do serviço público das maternidades, de cunho preventivo e capacitação prévia das jovens profissionais da área. Esse tema é de suma relevância e vem sendo identificado em nosso Sistema de Justiça, como evidenciou recente pesquisa feita pelo NUPEGRE, núcleo de nossa EMERJ, intitulada “A violência obstétrica à luz do Direito Brasileiro e do Sistema Interamericano de Proteção de Direitos Humanos”. A frase inserida na face da publicação já diz tudo por si só: “Se ficar gritando, vai ter o filho sozinha”.

Mais um artigo a seguir de um dos organizadores da obra, vinculado ao assunto da saúde do trabalhador e, em seguida, artigo sobre o tema dos “cuidados paliativos nas favelas”, que introduz o relevante conceito do “cuidado compassivo”, vinculado à solidariedade humana e ao princípio do compartilhamento que se faz necessário para com os mais excluídos.

Esta belíssima jornada literária se encerra com um texto voltado ao aleitamento e à consciência de sua importância no contexto dos direitos fundamentais. Que seja louvada essa preocupação com a saúde das gerações vindouras!

Termino a leitura desta obra sensibilizado e emocionado, ciente cada vez mais da responsabilidade que carrego em relação àqueles ou àquelas que precisam de minha solidariedade voluntária, como fruto de responsabilidade evolutiva emocional e humana. A obra traz esse desconforto para o leitor, que, a rigor, não deve ser motivo de vergonha ou constrangimento, e sim mola propulsora de ação e movimento, dentro da esfera que cada um de nós pode e deve atuar.

Exemplos não faltam, como é o caso da professora Maria Helena Barros de Oliveira e nela devemos nos inspirar para ter a permanente esperança de continuar mudando este mundo tão desigual! A esperança há de ser proporcional ou maior do que a dor compartilhada do que estão excluídos pela desigualdade.

Obrigado professora Maria Helena, professores Luiz Carlos Fadel e Marcos Besserman pela provocação e pelas reflexões que me obrigaram a fazer pela voz literária de tantos que muito bem representaram os que querem falar, mas nem sempre são escutados como deveriam ser.

Os textos são primorosos e parabênizo a todos os seus autores e autoras, assim como registro, mais uma vez, o trabalho rico dos organizadores da obra e minha admiração pela seriedade e eficiência da Fiocruz e em particular pelo seu DIHS.

Obrigado e excelente leitura a todos e todas!

— Caetano Ernesto da Fonseca Costa
Desembargador do TJRJ

Mestre em Direito pela Universidades Estácio de Sá e Barcelona

Diretor da EMERJ (2015/2016)

Presidente do Fórum de Direitos Humanos da EMERJ

APRESENTAÇÃO

Direitos humanos e saúde: refletindo sobre as dores e esperanças

Maria Helena Barros de Oliveira
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Marcos Besserman Vianna

Estar aqui, refletindo sobre as diversas abordagens que expressam um mosaico de temas, intersecções que compõem o campo de conhecimentos direitos humanos e saúde, é estar em um lugar onde as dores não desaparecem, mas se rebelam transmutadas em algo que esperance como sentimento ativo de luta.

Este livro, que trata de dores e esperanças, que ora organizamos, não se pretende apenas um postulado acadêmico sobre os direitos humanos. Seria pretensão caminhar nele com altivez sem se curvar, com humildade, ao que se tem escrito com a marca acadêmica da ciência humana.

A altivez desejada é a de justificar o *estar aqui*: a de que isso seja um chamado. Este é um modesto livro, apenas mais um, que se pretende a ser um chamado.

Obra coletiva que objetiva enfrentar grandes questões em que o olhar dos direitos humanos se debruça na perspectiva de reconhecer as violações e as violências que produzem tantas dores e adoecimentos.

Violência, aqui, é uma palavra de ordem que lhe frequenta. Desafortunadamente ainda. Falta-nos muito chegar onde esperamos, todos temos nos dedicado, na academia, na militância política e no cotidiano alterizado: a um mundo onde os direitos humanos sejam a ordem e, não, a exceção à regra.

Compreendendo que, a partir do princípio da dignidade da pessoa humana, estamos construindo relações em que se reconhecem as diferenças e diversidades, tornamo-nos humanamente detentores de nossas histórias e de nossos caminhos.

A história de construção do campo de direitos humanos e saúde na Fundação Oswaldo Cruz se inicia nos idos de 1997, quando, pela primeira vez, foi oferecida a disciplina eletiva direito e saúde nos cursos *stricto sensu* do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP).

Essa iniciativa teve sequência em várias outras atividades, como a criação de cursos de especialização e seminários, aprofundando temas fundamentais dos direitos humanos.

A partir daí, em um processo apaixonado e ininterrupto, emergiram as questões aflitivas de violação dos direitos humanos como as de gênero e sexualidade, relações étnico-raciais, pessoas com deficiência e outras aflições que atravessam nosso cotidiano indignado como pesquisadores, professores e militantes. Tudo sempre atravessado por epistemes essenciais do campo como democracia, cidadania, dignidade, equidade, liberdade, diversidade e, entre outros, os desafortunados estigmas, preconceito e discriminação.

Pouco a pouco, o grupo de pesquisadores que se organizava em torno do tema direitos humanos e saúde conseguiu, em 2 de abril de 2003, instalar o Programa de Direitos Humanos e Saúde (DIS), em ação conjunta com a direção da ENSP, da Coordenação da Escola de Governo em Saúde e da Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, denotando a importância que o tema começava a ter institucionalmente.

As atividades seguiram se desenvolvendo, ao mesmo tempo que se consolidava um grupo de pesquisadores responsáveis pelos caminhos percorridos, já àquela altura, pelo que se denominou Grupo de Pesquisa em Direitos Humanos e Saúde (GDIHS). Esse grupo foi produto da fusão do DIS e do Núcleo de

Direitos Humanos e Saúde (NEDH), também da nossa escola, em 30 de agosto de 2006.

Seguiu-se, mais adiante, após a significativa consolidação, a transformação do GDIHS em um departamento de ensino, pesquisa e extensão da ENSP/Fiocruz: o Departamento de Direitos Humanos e Saúde (DIHS), em 15 de junho de 2015.

Alçava-se, então, a almejada e necessária institucionalidade, capaz de trazer solidez e visibilidade às iniciativas que vinham sendo traçadas e executadas há tantos anos.

Uma atuação mais incisiva e institucionalmente mais demarcadora se consumou, com a capacidade de viabilizar o imprescindível enfrentamento dos grandes problemas em que se encontram submetidas as populações em estado de vulnerabilidade social e, principalmente, de violência contra os seus direitos humanos.

Como objeto de atuação político-acadêmica do DIHS, dentre as atividades de ensino, pesquisa, extensão, logrou-se priorizar a produção e a divulgação do conhecimento em direitos humanos. Sempre tendo como horizonte uma produção literária capaz de alcançar, além do próprio público acadêmico, a militância que transforma à luz do conhecimento em luta política — a única capaz de mudar o mundo insuficiente que nos cerca em um mundo que coloque o direito humano como palavra-chave soberana.

Esta singela obra, com a participação dos membros do DIHS e muitos dos diversos de seus colaboradores, é uma construção coletiva que tem como mote principal o fato de que as dores, mesmo as que não passam, podem se transformar em esperanças que, essas sim, nunca passam.

I

Dores e esperanças: refletindo sobre direitos humanos e saúde

Maria Helena Barros de Oliveira

*Somos lo que hacemos
para cambiar lo que somos
(Eduardo Galeano, 1994)*

Como pensar o que se convencionou denominar de campo do conhecimento direitos humanos e saúde? Nessa opção, que pode ser uma linha do caminhar humano, há que se lidar na forma de descobrimentos com as premissas, os princípios, os conceitos, os temas e os espaços de vulnerabilidades sociais do então nominado campo do conhecimento.

Para tanto, faz-se necessário pensar que, por ser do humano, esse espaço é um mosaico de dores e intervenções esperanças, no qual se busca olhar para o outro, a partir das lentes da dignidade humana. Dignidade essa que é libertária, pacificadora, fraterna, solidária e acima de tudo ouvinte. Dignidade essa, espaço de buscas, identificações, encantamentos e, ao mesmo tempo, de espantos e

medos. O desconhecido nos fascina, mas também nos cobre de temores, que só o ato do amor-coragem pode fazer caminhar e, paulatinamente, ir desvendando cada mistério, desvelando cada medo e construindo passagens para a consolidação de epistemologias, produto de saberes inquietos e inquietantes.

Destaco que muitas das ideias presentes neste texto, já por mim expressas e compartilhadas nas últimas três décadas, em diversos textos, artigos e capítulos de livros, estavam à espera, talvez à espreita, de serem revisitadas e estruturadas.

Caminhando com os passos da esperança e levando no peito a essência da dor humana, os olhos dos direitos humanos devem enxergar definições, conceitos e abstrações arquitetadas em cenários epistemológicos de afetos e não somente de erudições, como é habitual na produção acadêmica de conhecimentos.

Refletir é um ato de amor, que traz em si a dor do existir, da vivência humana. Assim, pensar o conhecimento é pensar o encontro entre direitos humanos e saúde, na construção do ser humano. Como os conceitos, pressupostos e fundamentos que são construtos históricos desses conhecimentos — direitos humanos e saúde — constroem ou destroem a dignidade da pessoa humana.

A desigualdade adentra as nossas portas sem pedir licença, criando violências multifacetadas em comportamentos misóginos, LGBTIfóbicos, discriminatórios, racistas, indignos e capacitistas que tentam dizimar histórias, culturas e valores produzindo identidades e pertencimentos. Identidades essas e pertencimentos esses que trazem na sua essência a dor do existir. Os direitos humanos devem olhar para ver e, ao ver, enxergar o que foi, o durante e o que vem.

Aos direitos humanos cabem enxergar a essência da dor do existir, na vivência humana, no estigma, no preconceito e na discriminação. A dor do saber-se digno na paisagem da desigualdade; a dor do buscar sentimentos raros na paisagem escassa da solidariedade e encontrar a indiferença do olhar que não nos vê, que não nos reconhece, que não nos concebe.

É neste momento do impasse humano que se reconstrói a resistência e a resiliência do ser, que encontra sua ancestralidade e nela pacífica o caminhar utópico. Nas palavras de Fernando Birri, citado por Eduardo Galeano em *Las palabras andantes*,

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar (Galeano, 1994, p. 230).

O lado inverso da desigualdade é buscar compreender e agir no mundo baseando-se em relações fraternas, em constante adoção do fenômeno da diver-

sidade, que nos diferencia e nos aproxima, que nos coloca em lugares próprios e especiais, que tem um olhar mútuo com base na dignidade da pessoa humana.

A utopia existe e se concretiza uma vez que nossa força humana se vincule ao projeto ético de ser digno, de ser medida humana a partir da fraternidade, da equidade, de valores libertários e insurgentes.

Este desenho utópico é um espaço complexo de conhecimentos, que adota a premissa da saúde como um direito humano. Ao assumir essa compreensão legitima-se uma estratégia de que a saúde precisa ser abordada por meio da perspectiva epistêmica da ética. Há, nesse sentido, um redimensionamento da pessoa humana, trazendo em si concepções morais e identitárias, que a coloca no mundo a partir do respeito pela sua diferença com o outro e, ao mesmo tempo, fundamentado na diversidade que a recoloca em pertencimentos próprios, políticos e historicamente demarcados.

O engendramento desta utopia epistemológica desvela princípios absolutamente inegociáveis dentro da condição humana, quais sejam: dignidade da pessoa humana, solidariedade, fraternidade, igualdade e liberdade.

É imperioso pensar conceitos que constituam um desenho metafórico e real das possibilidades de existência humana, na sua relação com a busca por seus direitos. Nesse mosaico do ser, que expressão e dimensão assume a justiça? Podemos considerar a existência de uma verdadeira democracia, em que se realizam construções de espaços de cidadania, em que se privilegia a diferença, a diversidade, a igualdade e a equidade? Ou estamos no espaço de uma democracia onde as violências são um fator devastador, criam estados de vulnerabilidade e a impossibilidade do reconhecimento de identidades, em um processo de criação de ideologias que se expressam segundo a possibilidade de alienação?

Na verdade, a possibilidade desta teia conceitual só faz sentido se a compreensão e a aplicação da interseccionalidade tecerem este tapete da vida cotidiana. A despeito de um pensar fluido e humanizador, somos assolados por um número significativo de questões e temas que precisamos enfrentar, tais como a discriminação que segue a distribuir LGBTIfobias, misoginias e feminicídios. As discussões de questões de gênero e raça atravessam nosso dia a dia, não sendo possível pensar a saúde, na perspectiva dos direitos humanos, sem aprofundar essas temáticas. O enfrentamento de outros temas emerge de forma incisiva e necessária de modo a garantir a condição de não opressão, não submissão e não violação dos direitos. Enfrentamento, enfim, para garantir a sustentabilidade da vida, a cidadania e a autonomia.

A desigualdade que estrutura nossa sociedade é um espaço de criação das mais diversas formas de violência, que acaba enclausurando pessoas em grupos que convivem com o estado de vulnerabilidade socialmente construído.

Assim, a partir da lente dos direitos humanos devemos olhar para os grupos sociais historicamente vulnerabilizados como as mulheres, os povos tradicionais, esses com destaque para a população indígena e sua histórica dizimação de diversas etnias, a população negra, a população carcerária, as pessoas com deficiência, a população trabalhadora, os imigrantes, as pessoas em situação de rua, a população idosa, as crianças e os adolescentes e a população LGBTI+, entre outros.

Nenhuma reflexão deve ser entendida como verdade absoluta ou caixa de explicações de vidas, especialmente quando se insere em um contexto epistêmico. Sobretudo em um realce filosófico e com as ciências sociais e humanas, em que também se insere o campo de conhecimento dos direitos humanos. Não me permito, nele inserida, refletir sobre um tema complexo que se autossignifique olhando a vida apenas como observadora (pesquisadora). Coloco-me além, como ser que surge com base em vivências gratificantes, até felizes às vezes e, ao mesmo tempo, ressurgindo do estado de profundo devastamento causado pelas dores que atravessam o caminhar humano (inclusive o meu). Contemplada pelo lugar onde me coloquei (e fui colocada), não me é permitido tentar somente construir explicações. Deixo-me possuir pela correnteza criada pelas águas que constituem meu ser e assim, fonte d'água eu mesma, jorro contínuo do meu coração, espécie de cachoeira sobre a cabeça para simplesmente acompanhar o movimento da vida.

Na dança das águas, o que estou chamando de utopia epistemológica é a possibilidade de pensar de modo alternativo, academicamente, como ciência da vida, o campo de conhecimento direitos humanos e saúde, que se coloca no mundo do existir, do resistir e do esperar.

PRINCÍPIOS: COMO ASSUMIR E TRANSITAR?

O mundo não se assenta, se é que o faz, em concepções sem significado e sem envolvimento das vivências e dos desejos. É a partir das dores e dos sabores que desenhamos princípios que, aos poucos, assumem significados e valores para o cotidiano do existir em dado lugar, segundo determinadas condições de vida, que são materiais e sociopolíticas.

Trabalhar o olhar para compreender a estética do humano é se permitir identificar os labirintos produzidos pelas desigualdades, que tentam encurralar pessoas, nas mais diversas violações de seus direitos, desde o direito de nascer, ao de permanecer vivo e ir-se construindo com base em escolhas, a partir de diversas oportunidades e não como opressão, submissão ou aniquilação.

É reconhecer que existe a necessidade da luta, da resistência e do resgate das historicidades. Existe o direito de não se permitir ser oprimido e sim conduzir-se

de forma emancipatória e libertária. A vida precisa ter um sentido, que não pode ser o maquinal gesto de sobreviver, muito para além, deve ter a “dimensão da resistência, mas também a dimensão da esperança e reexistência” (Bernadino-Costa, Maldonado-Torres & Grosfoguel, 2023, p. 17).

Nesta paisagem nos deparamos com o princípio da dignidade da pessoa humana, que traz em si um infinito número de questionamentos. De que pessoa estamos falando e o que é a dignidade de cada pessoa? O sentimento que faz com que nos reconheçamos como um ser digno é talvez o que nos faz olhar para o outro e ver a possibilidade das trocas fraternas e generosas de possibilidades. É ter em nós e no outro o desejo da libertação, da caminhada sem estradas perigosas, sem muros estratificantes do existir. O que não seria nenhum estado de nirvana e sim, da concretude da existência solidária, em uma busca fraterna por igualdade e liberdade.

Trabalhar com direitos humanos é introjetar a dor humana. É trazer para dentro de si a dor do outro e fazer que ela seja também a tua dor. É assim que entendemos o princípio da solidariedade. A dor que reside em ti também habita em mim. Só a humanidade, que constrói cada um de nós, pode reconstruir as valas do sofrimento, os córregos do desespero de saber-se excluído, de saber-se discriminado. Ser humano é sentir-se toque, é sentir medo por estar deixando de ser lagarta e virando borboleta. Essa metamorfose de cumplicidades e de esperanças atravessa o nosso ser e desloca tudo para a possibilidade da liberdade e assim definir o que é caminhar juntos.

Ser livre para caminhar com ou sem destino definido. As pedras que atravessam na estrada e que se revelam a cada passo, a cada gesto de irmandade e solidariedade evidenciam ser possível afastá-las ou recolocá-las em posição de encostar o corpo cansado, ou ainda, de erguê-las como pedaços rejuntados de vida que se perderam em um movimento frenético do cotidiano moto-contínuo. Cotidiano que nos iguala, não como gostaríamos de ser igualados, mas como reafirmação da existência de igualdade que ilumina a diferença e a diversidade.

CONCEITOS: COMO DEFINIR E CONCRETIZAR?

O espaço epistemológico dos direitos humanos nos direciona a pensar e a conviver com diversas categorias conceituais, tais como: justiça, democracia, cidadania, diferença, diversidade, equidade, violências, estados de vulnerabilidade, entre outros. Esses conceitos constroem uma compreensão de mundo que nos diferencia como ser produtivo e integrante de uma dimensão afetiva-amorosa, que privilegia a caminhada em busca da paz.

Como se dirigir à justiça, tal qual uma mulher discreta, faceira e envolvente, que por mais das vezes não é centralidade e sim só profundidade, em uma mera possibilidade de se fazer existir? Ser justo é ter em si a expectativa do fazer-se diferente e de não encontrar barreiras ao desejo mais essencial. Justiça em si, para si e por si. Justiça é uma busca, que nos faz caminhar humanamente muito melhor. É a possibilidade de acúmulo do bem-fazer e do bendizer. É a ética de sermos honestos conosco e com o mundo.

A utopia da humanidade foi crer que a democracia era possível sob a égide do neoliberalismo. Para Rubens Casara (2017),

hoje poder-se-ia falar em um Estado Pós-Democrático, um Estado que, do ponto de vista econômico, retoma com força as propostas do neoliberalismo, ao passo que, do ponto de vista político, se apresenta como um mero instrumento de manutenção da ordem, controle das populações indesejadas e ampliação das condições de acumulação do capital e geração de lucros (p. 16).

A passagem para a transição democrática trazia dentro de si o paradigma da desigualdade, o que invariavelmente resultaria na injustiça social, na concentração de riquezas, no sempre presente abismo. Assim, que democracia pode ser essa?

Quando pensamos o conceito da democracia no contexto dos direitos humanos, trata-se de fazer um exercício de liberdade e de igualdade. Não é possível pensar violação de direitos humanos e, ao mesmo tempo, pensar na vivência de um estado democrático. É imperioso que as diversas formas de liberdade, de oportunidades e de respeito à dignidade da pessoa humana caminhem na construção de um espaço democrático. Em síntese, não há como pensar direitos humanos sem democracia.

A igualdade, em contraste com tudo o que se relaciona com a mera existência, não nos é dada, mas resulta da organização humana, porquanto é orientada pelo princípio da justiça. Não nascemos iguais; tornamo-nos iguais como membros de um grupo por força da nossa decisão de nos garantirmos direitos reciprocamente iguais (Arendt, 1998, p. 335).

QUESTÕES TEMÁTICAS: O QUE SE COLOCA PARA A VIDA

O viver cotidiano dos direitos humanos nos impulsiona para uma diversidade de questões e temas que precisamos refletir, deixar que eles fluam e se

corporifiquem, para depois serem novamente flexibilizados. Não pretendemos elencar todas as questões que estão na órbita dos direitos humanos, apenas realçamos algumas que se colocam no estar em movimento e vida.

Questões que muito diretamente fazem fluir a dor, fazem os seres humanos se perderem e se reencontrarem uma vez que assumem a luta pelos seus direitos, que miram e alçam a dignidade da pessoa humana.

DEMOCRACIA, LIBERDADE E LGBTIFOBIA

Em que sentido estas três palavras democracia, liberdade e LGBTIfobia poderiam se ligar ou não? Poderíamos começar dizendo que é como a lei da física que nos ensina que dois objetos não podem ocupar o mesmo lugar no espaço. Assim, não há como se falar em democracia, liberdade e LGBTIfobia como conceitos convergentes. São espaços do humano completamente contraditórios e antagônicos.

De um lado a democracia, que pressupõe a liberdade, e do outro lado a discriminação, como ato autoritário e descabido de exclusão do outro. Como afirmar a democracia sendo atropelados no dia a dia pela cruel atitude humana da LGBTIfobia? Como conquistar a liberdade estando aprisionado pela desumana ideia de LGBTIfobia? É como pensar ser possível interromper o processo de nascimento da borboleta, que passa pelo acasalamento, colocação dos ovos nas plantas hospedeiras, eclosão dos ovos que se tornam lagartas, corpos de lagartas endurecidas que se tornam pupa e depois transformam-se em borboleta, sendo esse um ciclo livre e democrático da natureza. Ser belo e voar como as borboletas é um direito de todo ser humano. A interrupção em qualquer dessas etapas é um ato de vandalismo.

A LGBTIfobia nada tem de natureza, nada tem de natural. A LGBTIfobia é a tentativa de interrupção de um ciclo de construção da identidade social, da definição livre da autodefinição de gênero. Somos livremente o que queremos ser. Somos democraticamente o que optamos por ser. A construção do humano baseada na dignidade da pessoa humana não permite atos e sentimentos de violência, discriminação e julgamentos morais equivocados em relação a pessoas homossexuais, lésbicas, bissexuais, transgêneros e intersexos e/ou qualquer outra possibilidade do humano.

A intolerância em relação ao outro é um ato medíocre, pequeno, perverso e que não deve ser aceito sob nenhuma possibilidade. Trata-se de hipocrisia pura o fato do uso dos dogmas religiosos para cercar as diversas formas de autodefinição de gênero ou orientação sexual que a diversidade humana possibilita.

Destacamos os Princípios de Yogyakarta (2006 – Indonésia) sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos, em relação à orientação sexual e à identidade de gênero, que em seu Princípio 2 assim dispõe:

todas as pessoas têm o direito de desfrutar de todos os direitos humanos livres de discriminação por sua orientação sexual ou identidade de gênero. Todos e todas têm direito à igualdade perante a lei e à proteção da lei sem qualquer discriminação, seja ou não também afetado o gozo de outro direito humano. A lei deve proibir qualquer dessas discriminações e garantir a todas as pessoas proteção igual e eficaz contra qualquer uma dessas discriminações. A discriminação com base na orientação sexual ou identidade gênero inclui qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada na orientação sexual ou identidade de gênero que tenha o objetivo ou efeito de anular ou prejudicar a igualdade perante a lei ou à proteção igual da lei, ou o reconhecimento, gozo ou exercício, em base igualitária, de todos os direitos humanos e das liberdades fundamentais. A discriminação baseada na orientação sexual ou identidade de gênero pode ser, e comumente é agravada por discriminação decorrente de outras circunstâncias, inclusive aquelas relacionadas ao gênero, raça, idade, religião, necessidades especiais, situação de saúde e status econômico.

Na verdade, enfrentar a LGBTIfobia significa combater todas as formas de mortes. É a morte biológica, nas mais diversas formas de assassinatos, é o suicídio, porque obviamente as pessoas não suportarem a violência LGBTIfobia e, também a cruel morte da alma, em que o silêncio se torna a única forma de fala. A população LGBTI+ é barbaramente assassinada ou se suicida vítima da LGBTIfobia, o que torna o Brasil campeão mundial de crimes contra essa parcela da população.

Segundo agências internacionais de direitos humanos, matam-se muitíssimo mais homossexuais e transexuais no Brasil do que nos 13 países do Oriente e da África onde há pena de morte contra as pessoas LGBTI+. O Dia Internacional contra a Homofobia é comemorado em 17 de maio, demarcando a exclusão da sexualidade da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS). Portanto, não há mais que se falar em cura *gay*. Assim, cabe a cada um de nós, comprometidos com um mundo de paz e solidariedade, construir uma sociedade sem LGBTIfobia. Precisamos de fato ter uma democracia, onde a liberdade de identidade de gênero e orientação sexual sejam absolutamente respeitadas. Não há espaço para ponderações religiosas, ideológicas ou de qualquer outra origem, e sim assumirmos radicalmente o direito livre à vida.

DORES E LUTAS NA BUSCA DE UM MUNDO SEM VIOLÊNCIAS — NÃO AO FEMINICÍDIO

O sol nasce e mais um dia começa, juntamente com ele nasce também Maria, que será menina, jovem, mulher e, em uma determinada hora, idosa. O que te reserva a vida Maria? Nasces em uma sociedade patriarcal, sexista, misógina, racista e excludente. A violência contra a mulher é uma das formas de violação dos direitos humanos. Todos esses adjetivos substantivam a violência do dia a dia da vida de nós mulheres. Relações desiguais, exploração no trabalho e uma sobrecarga de atividades fazendo que, por vezes, encaremos jornadas de trabalho que extrapolam o espaço limitado do mundo do trabalho. Somos mulheres, mães, trabalhadoras, companheiras, irmãs, filhas, netas e tantas outras em nossa trajetória de ser mulher. Tudo isso até estaria dentro de uma possibilidade de rearranjos e acomodações, se não perpassasse pela constante violência.

São muitas as formas de violências que se expressam contra as mulheres: violência no trabalho, que se concretiza na desigualdade de oportunidades, nas diferenças salariais desfavoráveis, nos postos ainda ocupados apenas pelos homens, no assédio moral e sexual, inclusive em transportes públicos, e nas doenças e nos acidentes provocados pelo processo produtivo.

Uma das mais gritantes violências é o desrespeito ao direito de ser mãe. Como ser mãe e trabalhadora sem creches, sem respeito ao ato único da amamentação e sem, em última instância, ter a responsabilidade partilhada pelo ato de trazer uma pessoa ao mundo. Violência ao estar encarcerada, que não só nos tira a liberdade, mas todos os direitos de existir como cidadã. Parto com algemas, separação dos filhos, esquecida pelos familiares, enfim exclusão do mundo e arcando com as muitas dores pela ausência de ser vista como uma mulher.

A realidade brasileira ainda é muito cruel e não respeita o direito das mulheres de ir e vir, de vestir o que quiser sem ser molestada nas ruas e de trabalhar nas atividades que decidir. O desrespeito aos nossos direitos sexuais e reprodutivos. O estupro, que é praticado diariamente, nas mais destruidoras formas, individual e o estupro coletivo. O ato do estupro gera consequências destruidoras, pois não se resume à violência física. O sentimento de dor extrapola o ser biológico, atingindo os sonhos, deixando marcas que não cicatrizam nunca.

E o que dizer de uma das mais cruéis violências, a assim denominada de violência doméstica, que nos atinge em nossa essência de partilhar o amor na construção de uma vida. Quem determinou, a não ser essa miserável concepção capitalista e patriarcal, que seríamos mercadoria de alguém? Quem estabeleceu que nossos desejos seriam oprimidos por meio das agressões moral e física? Quem estabeleceu que não podemos caminhar com nossos próprios pés e traçar

nosso caminho? Ficamos estarecidas e imensamente preocupadas porque verificamos que, com o passar dos anos, essa violência contra a mulher não diminui, ao contrário, assume cada vez mais proporções inaceitáveis. A tragédia da pandemia de Covid-19 revelou uma violência doméstica tão pandêmica quanto a viral. Hoje há um forte trabalho desenvolvido para que os casos de violência não permaneçam invisíveis e que a denúncia seja feita. Como produto desse trabalho, conhecemos mais casos, eles têm adquirido mais publicidade, o que não significa que eles também não estejam aumentando.

Essa violência contra a mulher culmina com sua expressão extrema que é o feminicídio, relacionado à forma patriarcal e machista que estrutura nossa sociedade. Não é possível seguir com essa visão desumana e indigna de olhar a mulher como uma propriedade, como uma mercadoria que pode ser manipulada da forma que entender seu pretense dono. Não é possível seguir com essa visão machista de que as mulheres não são iguais e que, portanto, são despojadas de direitos. Temos ainda, de refletir muito e mudar nossa forma de agir em relação às questões de gênero.

Uma das questões fundamentais para caminharmos na perspectiva da eliminação da violência contra a mulher é assumirmos definitivamente que a igualdade de gênero e direitos humanos são matéria fundamental nas escolas. Não se nasce machista, nos tornamos machistas, sexistas e misóginos. Como seguir ensinando nas escolas que as mulheres são menos, que fazem menos e que, portanto, merecem menos? “Ninguém nasce mulher: torna-se mulher” (Beauvoir, 1970, p. 9).

É necessário extirpar de nossa sociedade esta cultura cruel do patriarcado, que deforma a mulher em sua potencialidade e capacidade de se desenvolver, de construir e definir os rumos da sociedade de forma igual e paritária com os homens. Nós podemos fazer um mundo melhor com a participação das mulheres e com muita competência. Chega de premonições e alucinações machistas que as mulheres não podem, não devem e não sabem. Devemos levar muito a sério a questão da violência doméstica, porque ela expressa uma sociedade ainda muito violenta, principalmente no que diz respeito às mulheres e que não pode ser tratada como uma questão do âmbito privado. Seguir pensando que somos uma sociedade pacífica é uma forma de encobrir o mar de sangue que se expressa nos homicídios e feminicídios que estamos produzindo a cada ano. Lutar contra esse estado de coisas é buscar uma sociedade pacífica. Nos falta assumir o verdadeiro valor da vida. A vida não pode ser descartada como se não tivesse valor.

Assumir os direitos humanos é assumir uma política que aponte para a paz. Precisamos construir espaços onde a denúncia da violência contra a mulher possa chegar para quebrar esta perversa relação agressão *versus* silêncio. Obvia-

mente, essa denúncia deve encontrar o espaço de acolhimento e de estratégias de intervenção nos focos da violência. É necessário a criação de mais centros de atendimento à mulher. Não podemos continuar com crenças obscuras que dizem “que entre marido e mulher não se põe a colher”.

Nesse contexto de violências é importante frisar a luta de muitos anos que o movimento feminista vem travando. Destaque para a Lei Maria da Penha de 2006 e a Lei do Feminicídio de 2015, que buscam intervir nessa vexaminosa situação. No aspecto da prevenção por meio da educação devemos dar destaque especial ao artigo 8.º, inciso IX, da Lei Maria da Penha que dispõe a seguinte diretriz da política pública que visa coibir a violência doméstica e familiar: “o destaque, nos currículos escolares de todos os níveis de ensino, para os conteúdos relativos aos direitos humanos, à equidade de gênero e de raça ou etnia e ao problema da violência doméstica e familiar contra a mulher”. A violência só deixará de existir se ela parar de ser retroalimentada pelo silêncio e pelo descaso de todos nós. O combate à violência tem de ser uma questão de todos nós e não apenas da mulher que a sofre. Dignidade é não violência e assim estaremos de fato no âmbito dos direitos humanos.

POPULAÇÕES EM ESTADO DE VULNERABILIDADE: ONDE CHEGAMOS E COMO PROSSEGUIR

A desigualdade historicamente construída pariu um mundo de pessoas que vivem na mais absoluta situação de vulnerabilidade. É ser pessoa e não ser pessoa humana. É ter materialidade e não ter bens materiais. É ter fome de ser ouvido, é ter sede de ser acolhido. Enfim, essa correnteza cruel e real forma populações às quais é imposto tão somente sobreviver, às vezes, pois o caminho apontado é o da aniquilação ou do extermínio.

Nessa perspectiva, em um movimento contrário e absolutamente libertário, queremos trazer para o campo da visibilidade os povos tradicionais (população indígena, quilombola, marisqueiras, entre outros), as pessoas com deficiência, a população trabalhadora, a população negra, os imigrantes, as pessoas em situação de rua, a população idosa, as crianças e os adolescentes, a população LGBTI+, a população carcerária, as mulheres e os considerados insanos, viajantes da vida.

Nosso desafio neste texto não é exaurir todas as possíveis pessoas que se encontra em estado de vulnerabilidade, identificando-as, mas sim trazer à tona a discussão da criação do espaço da invisibilidade, que tenta esconder a miséria humana produzida pela articulação do capital, do colonialismo e do patriarcado. Santos & Menezes (2010) chama a atenção para

inexistente significa não existir sob qualquer forma de ser relevante ou compreensível. Tudo aquilo que é produzido como inexistente é excluído de forma radical porque permanece exterior ao universo que a própria concepção aceite de inclusão considera como sendo o Outro (p. 32).

Desse modo, buscamos realçar algumas destas invisibilidades, que têm em sua essência a dor humana do saber-se, por vezes inexistentes, porém sempre resistentes e resilientes.

SER MULHER

Sem pedir licença aos homens, ao pânico masculino, sem que seja esse um ato de rebeldia, tão somente um ato natural, concebo às mulheres como uma construção de si mesma, a partir da negação do autoritarismo imposto, do rompimento ao silêncio proclamado pelo catolicismo, do enfrentamento às fogueiras, que queimou corpos e nunca as ideias e as fortalezas que se reconstruíam em cada sentença de morte. São as Heldigardas, são as Joanas D'Arcs que nos conceberam, desmascarando a mentira secular da costela de Adão. Somos gestações de fortalezas e de desejos, de afeto e de amor sem limites, que, no entanto, não pode ser confundido com o abusar a concessão. Amar, como ato libertário de solidariedade e de compreensão que temos um papel de ressignificar as atrocidades, de não permitir violências, nem sobre nós e muito menos sobre o outro.

O que é ser mulher? É olhar o tempo passar e, do nada, tentar entrar na engrenagem da vida e cumprir um papel já designado, escrito e eternizado? Será que é perambular pela vida e, vez ou outra, sentar um pouco, descansar do nada fazer, e continuar perambulando? Será não medir as consequências, e em um rompante de vida gritar pela liberdade e se esconder com medo do ser livre? Ser mulher é ter garra, é abrir a porta da vida e se construir, apesar do duro, do discriminador e do misógino mundo masculino.

Ser mulher é saber-se marcada pelas determinações dos proibidos e dos não permitidos. Ser mulher é tomar café do ontem, almoçar o agora e jantar o amanhã. É buscar a poesia, mesmo onde parece que tudo se fez silêncio, onde tudo se fez indiferente. É ter certeza de suas dúvidas e assim construir uma grande teoria da conspiração do ser feliz.

É dedilhar o ser competência, com muita leveza e esperança. É afagar o complexo, desnudá-lo e sorrir de sua simplicidade. É chorar pela dor do nada, pela dor da outra pessoa, pela dor do mundo, pela dor de saber-se mulher. É

rir o riso maroto, o riso do faço de conta que acredito, o riso do tudo vai dar certo, mesmo que chova torrencialmente e os planos seriam uma praia com um sol de verão.

Ser mulher é seduzir. É ser sedução em partituras do impossível som eterno. Ser mulher é catar os cacós, colocar uma roupa esvoaçante e sair correndo procurando a rua esperança e sentar no jardim da paz, com muita vida a aventurar. Ser mulher é dizer não à violência, que é imposta desde quando ainda somos pequenas que aparentemente sem rumo, tentam nos direcionar para algum lugar.

É ser fala silenciosa e silêncio ensurdecedor. É reivindicar e depois desistir, simplesmente porque mudou de ideia. É lutar, por vezes com muita dor e dificuldade para não ser submissa, e também para não ser intolerante e arrogante. Ser mulher é misturar temperos, provar sabores e degustar prazeres. Ser mulher é compreender que a indecisão é um momento de espera e que em breve algo será ou não completado.

Ser mulher é pensar que tudo vai dar certo, que tudo é possível, principalmente quando do nosso útero ou do nosso coração produzimos outra vida. Vida a ser acompanhada, vida a ser amada de forma incondicional. Ser mulher é ser companheira da natureza, é ser parceira do sonho, é dançar com a melodia e cantar o improvável, o inesperado. É refletir na tela o olhar de que jamais voltarei e estender a mão para um afago do talvez ficar.

Ser mulher é ter consciência de que somos muitas e diversas. Calmas, apressadas, serenas, agitadas, interrompidas, concluídas, simplesmente mulher. Ser mulher é não ter trajetória e sim certeza dos atalhos, das voltas e dos recomeços. Ser mulher é ter quase como certo que amanhã será outro dia e aprender a pisar devagarinho, como nos ensina Dona Ivone Lara. Ser mulher é saber do projeto capitalista de exploração do dito “gênero fraco” e não aceitar concessões. E comprovar as desigualdades, não se acovardar e lutar pela equidade.

A POPULAÇÃO NEGRA

É inacreditável como uma cor de pele pode ser tão decisiva na vida das pessoas. Simploriamente, ter maior ou menor concentração de melanina é a única explicação biológica. Porém, não é só disso que estamos falando. Estamos falando mais uma vez da violação aos direitos humanos expressada por meio do racismo. Ser negra ou negro no Brasil é um desafio, é uma construção política, é uma luta diária e cotidiana para ocupar o seu lugar de direito, de sonhos e de diversidade.

Lamentavelmente, seguimos, como bem nos ensina Souza (2017), com o escravagismo continuado nos dias atuais, que assume novas formas e expressões, afetando aproximadamente 70 milhões de brasileiros.

Há uma exploração contra essa imensa maioria de pessoas que não é apenas econômica, ela é acima de tudo simbólica e moral, tentando retirar a dignidade e a capacidade de se construir como identidade negra em sua plenitude. Busca arrancar sua capacidade de autoconfiança, de resistência e, para além disso, sua rebelião contra todas as formas humilhantes da construção perversa das relações sociais, em que ser negra ou negro é ser menos, é ser inferior.

É preciso desmistificar a farsa da meritocracia. Não existe em nossa sociedade igualdade de oportunidades e muito menos igualdade de condições de vida. É uma farsa defender que individualmente, em uma construção fantasiosa de super-homem ou de mulher-maravilha, como um passe de mágica venceremos e teremos nosso lugar nesse mundo mercantilista, excludente e explorador.

Na verdade, temos uma sociedade que exclui, discrimina e isola, criando barreiras concretas. Isso ocorre quando não temos uma educação pública e de qualidade para todos, quando encarceramos jovens negros e negras, quando não oferecemos empregos e, enfim, quando o mundo é construído com base no “não” para a população negra.

A violência avança cada dia mais em nossa sociedade, porém ela se potencializa, principalmente na morte dos jovens negros e negras. Segundo Jessé de Souza (2017), 60 mil pobres são assassinados anualmente no Brasil e na associação direta ao ódio contra essa classe de pessoas, recolocando-os novamente no lugar de escravizados. A farsa da construção meritocrática expressa-se na verdade da construção de uma subcidadania e até, porque não dizer, da inexistência da cidadania. Essa subcidadania é construída pela hipocrisia das classes médias e das elites dominantes. Contra isso precisamos lutar.

É preciso enfrentar esta construção de ódio que cada vez mais está se implantando no Brasil. É absolutamente necessário que sejam criados espaços de rebeldia contra essa discriminação e esse isolamento que o racismo produz. Espaços em que a diversidade seja o centro das questões para a construção da paz. A destituição da possibilidade das negras e dos negros irem para a escola pública, o fato de serem a absoluta maioria dos desempregados, de representarem cerca de 80% da população carcerária é a maior forma de denúncia e de comprovação da concretude do racismo no Brasil.

O racismo existe no Brasil de forma efetiva e cruel. É preciso ser extirpado de cada gesto, de cada olhar e de cada pensar. É preciso dar vez e voz a esse imenso número de brasileiros excluídos e invisibilizados. É preciso que sigamos cantando o samba, expressão verdadeira da nossa voz negra. Historicamente se adotava o termo *batuque* como denominação comum a qualquer manifestação

que reunisse canto, dança e uso de instrumentos do povo negro e, ainda, por extensão, designando festejos. Passa-se a adotar o termo samba, gênero musical de raízes africanas, nascido na Bahia, de expressões que se propagaram pelo Brasil por meio da cultura negra. Em 1916, é gravado o primeiro samba em disco “Pelo telefone” e o samba seguiu expressando a construção da nossa identidade negra. Sigamos com o belo canto negro, no qual nossas raízes e lutas se encontram, em um bailar único de resgate da nossa dignidade e plenitude de sermos da raça negra.

Façamos uma grande roda de samba contra o racismo. Como poetiza Jorge Aragão em seu hino Identidade:

quem cede a vez não quer vitória, somos herança da memória, temos a cor da noite, filhos de todo açoite, fato real de nossa história. Se o preto de alma branca p’ra você é o exemplo da dignidade, não nos ajuda, só nos faz sofrer, nem resgata nossa identidade.

A POPULAÇÃO CARCERÁRIA

Precisamos enfrentar algumas atrocidades que vêm ocorrendo em nossa sociedade e assumir que não podemos continuar convivendo com a barbárie e torná-la natural. Não faz parte de nossa humanidade banalizar as atrocidades, as violências contra a vida. Não é um fato natural as mortes que acontecem em nossos presídios, que de tempos em tempos ocupam as manchetes dos jornais e canais de televisão, para depois rapidamente desaparecerem de forma silenciosa, como se nunca tivessem acontecido. Afinal de contas do que estão falando, o que estão mesmo defendendo? Seria a cruel e a absoluta apologia da morte? Do assassinato em massa, já que estamos falando de bandidos? Na verdade, nossa sociedade está carregada desse sentimento cruel de que a vida de uma imensa maioria de pessoas não se trata de um valor absoluto e, portanto, não deve ser defendida. A vida tem de ser preservada sob qualquer hipótese e sob qualquer circunstância.

Os números produzidos mediante dados oficiais ou de pesquisas acadêmicas não representam a totalidade dos casos, porque como são vidas que nada significam para a sociedade, seu registro também não é feito de forma correta e exata. Também aqui, não tivemos a preocupação de exaurirmos a análises dos dados sobre a população carcerária. Eles simbolizam o descaso, a desvalorização da vida. Não se trata de uma questão quantitativa, e sim qualitativa.

A massa carcerária é composta, quase que exclusivamente, por indivíduos a quem Santos (2003) refere-se como pertencentes à sociedade incivil, pois, sob a perspectiva da divisão da sociedade civil em relação a seu grau de inclusão social, os presos são totalmente excluídos e invisíveis, não desfrutando de direitos humanos político-civis, sociais e econômicos ou culturais de qualquer espécie (Cordeiro, 2020, p. 18).

Uma vida deve ser defendida em sua magnitude. O quantitativo aqui só se soma aos horrores do descaso. Na verdade, trazer números só nos faz visualizar a morte silenciosa, de pessoas que são completamente invisíveis para a sociedade. Nem sequer um número elas conseguem ser, simplesmente são corpos que desaparecem, como se nunca tivessem existido ou como se nunca tivessem sido humanos. A concretude da vida, sem passado, sem presente, sem futuro.

Vale salientar que nas estatísticas absurdas sobre as chacinas dessas pessoas, não estão incluídas as mortes por doenças que ocorrem pelas péssimas condições de isolamento a que estão submetidas. Pesquisas registram mortes que são comprovados emagrecimento excessivo, desnutrição, tuberculose, pneumonias e complicações decorrentes de infecções pulmonares, entre tantas outras causas de mortes.

O que dizer e pensar sobre as mortes decorrentes do coronavírus. Esse é um número em que não há transparência e nem certezas. Gostaríamos apenas de refletir sob essa violenta realidade do descaso. Cabe ao Estado proteger seus cidadãos, em todas as situações, principalmente quando os retira da sociedade e os coloca sob sua custódia. Assim, direitos humanos não são, pejorativamente, “coisa de bandido”, mas sim, uma obrigação e um dever que temos de ter em relação à vida. Direitos humanos são o direito à vida, mesmo quando essa vida está sendo vivida em um cárcere.

JUNTANDO PEDAÇOS, DORES E ESPERANÇAS

Viver é resistir e reexistir. É ter esperanças, é depositar fé. Talvez, como diz o poeta Chico Buarque de Hollanda “se todo mundo sambasse seria tão fácil viver”. De fato, se todo mundo sambasse seria tão fácil viver. Samba não é só um conjunto de notas musicais. Samba é vida, samba é esperança. Como entender esta louca e maravilhosa mágica do carnaval senão por meio da compreensão de que samba é vida, que samba é esperança. O samba é a alegria que está em mim e contamina a alegria que está em ti. Samba é vírus que causa epidemias de

vida, são vírus que não precisam ser isolados, ao contrário, há que se fazer uma pandemia de alegria.

Parece loucura que diante de tanta dor que existe no mundo, uma voz descompassada se levante em nome da alegria. Seria isso surto, deboche, senilidade ou uma forte chama que insiste em arder em nosso peito já tão cansado de sofrer? Quem determinou que a vida tem de ser dor, sofrimento? Que volte aqui este ditador da vida, construtor do medo, iniciador da desesperança, construtor do nazifascismo, para o enxotarmos com toda força de nossa alegria.

Às vezes o terror é tão grande, diante de cenas de violências, que em um gesto até instintivo de sobrevivência nos calamos, emudecemos. Passados os primeiros momentos, saindo do impacto da morte anunciada, retomamos o respirar pausado da vida e da esperança. Por vezes até nos perguntamos: será verdade o que assistimos, o que estamos vivendo? Não poderia ser um filme de terror? Não. Um filme de terror é arte. A violação dos direitos humanos nada tem de arte.

É preciso enfrentar todas as construções neofascistas que a cada dia tentam nos engolir, que a cada dia querem nos levar para os campos de concentração do ódio dos derrotados, dos seres desumanos. Nós, humanidade, não passamos pela inquisição, pelas duas grandes guerras, pelo holocausto, pelo escravagismo, pela destruição de partes da natureza, por todos os grandes golpes na dignidade de nossas vidas, para deixar que impunemente o horror do ódio, das atrocidades já vividas retornem. Não. Decididamente não.

Assim, é no dia a dia, no pensar e no falar, no calar e no gritar, no esperar e no avançar, nas possíveis e impossíveis formas de sermos humanos, que temos de nos confrontar com todas as expressões de violências que fizeram, em um passado tão recente, milhões de judeus e judias serem incinerados nos fornos do ódio e da desesperança. Como também foram dizimados muitos de nossos indígenas.

A luta que deve ser travada contra a violação dos direitos humanos, significa afirmar que em um primeiro momento, cabe enfrentarmos todas quaisquer formas de violências. A luta pela paz.

Ser alegre não é fantasia. É um ato político diante do mundo. Ser alegre possui um riso de ser feliz e quem sabe, em um momento mais aprofundado, a gargalhada da felicidade. Combater o ódio com a vida, com a construção cotidiana de equidades identitárias a partir do gênero e da raça. Esse é nosso carma revolucionário. Estou no mundo para sambar, significa dizer que estou no mundo da dignidade, que estou no mundo do ser e do ter, do não se submeter, e sim, ser livre no passo da esperança na ponta do pé.

A gestação de um saber que se pretende democrático e solidário é construída em úteros de humanidade, de olhares pacíficos e amorosos, de gestos calmos e respeitosos, que partilha a fraternidade e a solidariedade.

Tentamos fazer neste texto um espaço de possibilidade de um construir epistêmico e amoroso, em que a saúde seja uma mulher plena de desejos e perguntas, que se reencontre nos pontos demarcados da esperança, em uma superação contínua da dor do existir, para que de fato possamos dizer que a saúde nos torna pessoas dignas.

Olhar é uma possibilidade, enxergar é uma factualidade, concretar é dar desenho, forma e movimento. Assim, a figura 1 é a tentativa de colocar este processo contínuo e exploratório de construção do campo de conhecimento direitos humanos e saúde, ao longo de vivências emancipatórias e libertárias, buscando o encontro do espaço da utopia epistemológica.

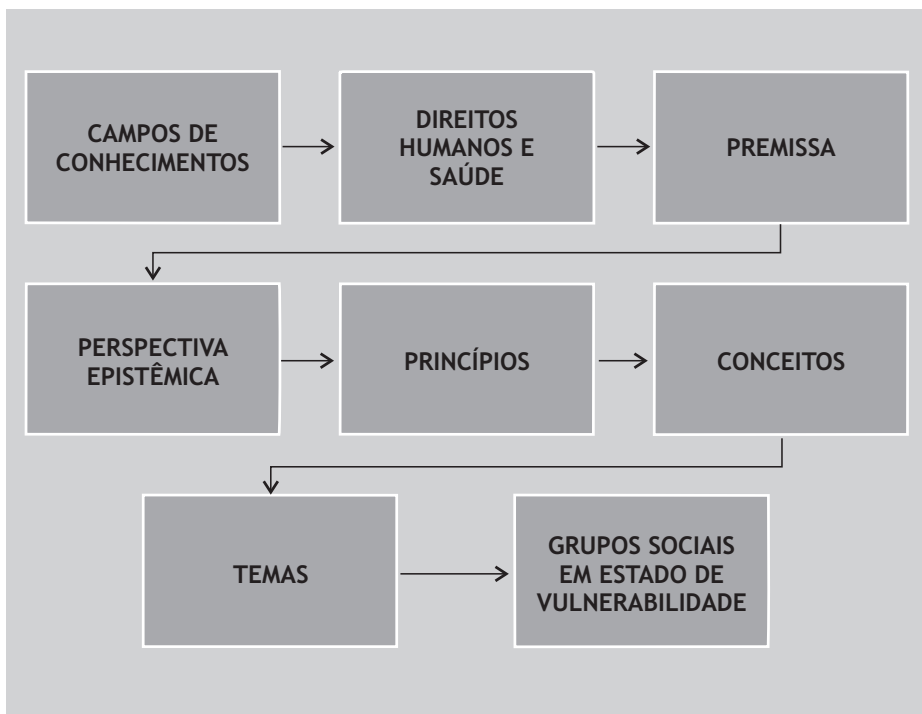


Figura produzida por Maria Helena Barros de Oliveira – 2023.

Enfim, dizer que a saúde é um direito humano é entregar a possibilidade de se confluir para a natureza, de um tempo de direitos humanos e saúde.

NOTAS E REFERÊNCIAS

- ARENDT, H. *As Origens do Totalitarismo* (The Origins of Totalitarianism). Trad. Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- BEAUVOIR, S. de. *Segundo Sexo*. Trad. Sérgio Milliet. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.
- BEAUVOIR, S. de. *O segundo sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- BERNADINO-COSTA, J.; MALDONADO-TORRES, N. & GROSFUGUEL, J. (orgs.). *Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico*. 2.^a ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2023.
- CASARA, R. *Estado Pós-Democrático: neo-obscurantismo e gestão dos indesejáveis*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017, 240p.
- CHICO BUARQUE DE HOLLANDA. Música: Tem mais samba.
- CORDEIRO, C. F. Condenação e personalidade: considerações sobre a personalidade em sentenças criminais no Rio de Janeiro. 94 f. Mestrado – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.
- GALEANO, E. Las palabras andantes?. Buenos Aires - Argentina: Siglo XXI, 1994. Disponível em: https://resistir.info/livros/galeano_las_palabras_andantes.pdf. Acesso em: 20 maio 2024.
- JORGE ARAGÃO. Música: Identidade.
- OLIVEIRA, M. H. B. et al. Direitos humanos e saúde: 70 anos após a Declaração Universal dos Direitos Humanos. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*, 12(4), p. 372, out.-dez. 2018.
- OLIVEIRA, M. H. B.; CASARA, R. & TELES, N. *Direitos Humanos e Saúde: reflexões e possibilidades de intervenção*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. 133p.
- PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. (2006 – Indonésia).
- SANTOS, B. S. & MENEZES, M. P. *Epistemologias do sul*. São Paulo: Cortez, 2010.
- SOUZA, J. *A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato*. Rio de Janeiro: Leya, 2017.
- Textos da COLUNA OPINIÃO. Saúde-Trabalho-Ambiente-Direitos Humanos & Movimentos Sindical e Sociais, sessão componente do *Blog do Fórum Intersindical Saúde-Trabalho-Direito* – Multiplicadores de VISAT-DIHS/ENSP/Fiocruz, organizado pelo professor Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos.

Depoimento de Maria Helena Barros de Oliveira

Uma história de vida que se mistura com a história do DIHS¹

Nasci em João Pessoa. Portanto sou nordestina. Tive uma vida tranquila. Filha de Severino Ramos de Oliveira, funcionário do Banco do Brasil, e de Maria Luzia Barros de Oliveira, dona de casa, trabalhadora do lar. Tenho três irmãos: Maria do Rosário, a mais velha, médica; Fernando Jorge, empresário, que morreu aos 42 anos de acidente de automóvel; e Marcelo, eletrotécnico aposentado. Todos ainda moram na Paraíba. Enfim, minha vida toda é lá. Estudei no colégio de freira, Nossa Senhora de Lourdes, até o cursinho pré-vestibular quando a gente teve turmas mistas. Até então tive uma formação bastante, digamos assim, religiosa. Uma formação católica, com influência das freiras, mas eu tinha muito acesso à leitura, às diversões. Praia era uma coisa muito comum na minha vida. A gente fazia o veraneio na praia. Enfim, praticamente nasci no mar e sempre com uma relação muito forte com o mar.

Muito jovem, com 15 anos, comecei a namorar o pai do meu filho — Silvio Suassuna Filho — e me casei. Tive meu filho também muito jovem. Giulliano de Oliveira Suassuna nasceu em 7 de março de 1976. Era muito nova e passei

¹ Entrevista realizada por Filipe Leonel Vargas, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, Marcos Besserman Vianna (entrevistada: Maria Helena Barros de Oliveira).

no vestibular já com ele. Fiz faculdade de Psicologia, uma opção muito mais de conjuntura. Eu queria fazer Direito, já àquela época, e não fiz porque o pai do meu filho era uma pessoa extremamente conservadora e foi contrário. Meu casamento não tinha nada que ver comigo. Sempre fui uma pessoa que buscava coisas novas, muito inquieta, muito irreverente e livre.

A partir da psicologia, comecei a trabalhar no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, da Paraíba, que era uma instituição total, como toda instituição desse tipo naquele momento. Na época, eu já tinha uma militância forte, trabalhava e me envolvia com os movimentos sindicais de trabalhadores, principalmente o do segmento rural. Era ligada à Federação dos Trabalhadores da Agricultura da Paraíba (FETAG-PB). Era filiada ao Partido Comunista que, naquela época, estava na ilegalidade, e a gente tinha toda uma discussão sobre a questão das ligas camponesas. Em casa eu era a única que tinha uma militância política.

Trabalhando no Juliano Moreira, como psicóloga, busquei entender o que aquelas pessoas estavam fazendo ali dentro. E, ao mesmo tempo, estabelecia relações com pessoas militantes da universidade. No hospital psiquiátrico tentei desenvolver um projeto de resgate do trabalho dos internos, diferente do que eles chamavam lá de terapia ocupacional. Eu queria muito descobrir a relação com o trabalho que aquelas pessoas tinham. Fiz a opção de trabalhar no pavilhão dos homens, porque tinha mais a ver com o meu projeto de trabalho. A gente construiu uma horta lá dentro. Eram todos trabalhadores rurais. E, naquele momento, estava começando o plantio da cana-de-açúcar, nas grandes extensões de plantação, por conta do Programa Nacional do Alcool (PROÁLCOOL), gerando a exclusão dos trabalhadores de suas terras e de suas pequenas propriedades e produções. Minha dissertação tinha como título *Loucura - A "Saída" para o Excluído. Análise das representações sobre a Doença Mental em uma Instituição Psiquiátrica* (1990). Eu tinha em mim esse conceito, essa concepção de excluído, de oprimido. De sobreposição de um sobre o outro. E, dessa forma, a produção dos grandes latifúndios. A plantação de cana-de-açúcar de forma extensiva criou muitos problemas e muitas pessoas que não conseguiam se integrar acabavam saindo, expropriados da terra, perdiam o rumo, perambulando pelas ruas. Geralmente era a polícia quem os levava para dentro do manicômio. Vivendo isso, estudando, não queria fazer aquela psicologia tradicional, tentando muito mais do que na época se chamava psicologia comunitária. Psicologia social... queria entender que ali existiam problemas sociais, problemas, que não eram uma doença. Para mim, essa coisa de ter uma alucinação, ter um delírio... eu questionava muito essa coisa da doença, da esquizofrenia, da neurose de não sei o que que lá todo mundo era assim. Pessoas eram rotuladas por psiquiatras. Quando entravam no hospital já tinham um diagnóstico. Eu questionava muito isso. Achava que isso não tinha nada que ver e que, na verdade, elas estavam

expressando uma forma de resistência, uma forma de dizer não a toda aquela situação de expropriação da terra, de exclusão.

Ao mesmo tempo, comecei um trabalho voluntário na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), no Centro de Ciências da Saúde (CCS), onde fiz grandes amigos e minha história e trajetória se consolidaram politicamente. Tudo que ver com outra saúde pública. Uma presença e influência marcante foi a de Mourad (Ibrahim Belaciano), referência em minha vida pelos seus ensinamentos. Acabei me identificando com pessoas como ele (diretor da Fundação de Saúde), na constituição de um grupo de pesquisa na UFPB, coordenado por Vicente Faleiros, renomado cientista social, reconhecido por se dedicar a relevantes questões. Naquele grupo, com o qual muito me identificava, começamos a trabalhar com os trabalhadores da produção da cana e do abacaxi. Tereza Mitsunaga, Ivan Targino, Anna Rita Pederneiras, Glaucia Ieno, entre outros, todos professores da UFPB. Depois assumi a coordenação desse projeto. O campo de pesquisa era no município de Sapé, a uns 80 km de João Pessoa, onde tinha grande produção de cana e abacaxi. Na época, Paraíba era a primeira produtora nacional de abacaxi. Era um trabalho muito importante e, ao mesmo tempo, muito difícil. Lá eu comecei a lidar com o latifúndio e aprender com os trabalhadores. Geralmente ficávamos lá sexta-feira e sábado. Tínhamos de estar às 3h/4h da manhã, no ponto do caminhão onde os boias-frias eram levados, para conversar com eles na madrugada, porque no sábado eles trabalhavam e quando voltavam vinham completamente bêbados, porque bebiam muito quando acabava o trabalho. Era a forma que eles tinham de enfrentar aquela produção exaustiva. Hoje temos vários filmes do Beto Novaes que mostram a morte do trabalhador da cana pela exaustão. Eu vi e vivi isso de perto. O trabalhador do abacaxi tinha outra forma de produzir. Naquele momento, a gente se preocupava com a aplicação do agrotóxico, que os trabalhadores chamavam de veneno (eles sabiam). Entendiam que aquilo era veneno e muitos deles já tinham problemas de saúde.

Na ocasião, pouco antes de 1985, teve um evento da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), cujo diretor era Paulo Buss, em Nova Friburgo, no Rio de Janeiro. Eu e a Elizabeth Moreira, na época professora da UFPB, fomos ao evento apresentar essa pesquisa. Foi um encontro que marcou minha trajetória. Eram vários grupos de pesquisa do Brasil e o nosso grupo, por ser do Nordeste, com duas mulheres representantes, foi chamado de grupo dos emergentes. Nossa Senhora, eu fiquei um siri na lata, né? Eu rodei. E como costuma dizer meu grande amigo Fadel, eu rodei a paraibana e disse a eles que a gente não era emergente. Mas gente, por que emergente? Por que a gente não tinha essa tradição? A gente estava estudando, o trabalho era sério, era uma pesquisa séria. A resistência a estudos que trazem novas categorias? Naquela época a gente já via a questão da mulher e entendia que tinha um trabalho diferente, diferenciado,

que a mulher trabalhadora da cana e do abacaxi fazia. Ela tinha outra jornada em casa. Aprendi muito essa diferença, essa divisão que existe, divisão discriminatória e que existe dentro da academia. Discriminação daqueles que parece que são sempre sábios, que sempre sabem que os novos saberes são considerados saberes emergentes. É bom ser emergente, o que não é bom é ser discriminado por isso.

Voltei para a Paraíba e segui trabalhando no Juliano Moreira. Logo depois fui coordenadora da 1.^a Conferência Estadual de Saúde do estado da Paraíba, preparatória da histórica 8.^a Conferência Nacional de Saúde, que ocorreria em março de 1986. A coordenação da conferência ampliou minhas relações e horizontes. Nela, estabeleci relações com Sergio Arouca e com Hésio Cordeiro, então presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Ainda em 1985 mudei para o Rio de Janeiro, ligada inicialmente ao INAMPS, e depois vim para a Fiocruz, trabalhar no projeto do estudo das condições de vida e trabalho dos trabalhadores da Fiocruz, coordenado pela Anamaria Testa Tambellini.

Na 8.^a CNS, participei como delegada da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura (CONTAG). Durante a conferência, toda manhã a gente acordava muito cedo, tipo 6h, e se reunia com todos os trabalhadores rurais, tínhamos um vínculo muito forte. A relação com o trabalhador rural é completamente diferente do trabalhador urbano. O trabalhador rural, a relação dele é com a terra e circulava ali dentro, com o pessoal técnico, e me sentia muito respeitada porque eles confiavam muito em mim. E tenho muito orgulho, como técnica, de ter sido delegada pela CONTAG, porque a maioria dos delegados era de trabalhadores rurais.

Ainda no INAMPS, segui em um trabalho muito forte de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), com a manutenção das Ações Integradas de Saúde (AIS) e a implantação gradual dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Aí conheci o Fadel, em um seminário preparatório para a 1.^a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que se realizaria em dezembro de 1986. Dali surgiu nossa amizade. Minha vinculação era toda com saúde mental e saúde do trabalhador. A saúde mental por conta do Juliano Moreira, e a saúde do trabalhador porque eu via esses vínculos todos a partir da relação com o trabalho, e foi quando a gente começou a trabalhar.

Na direção geral do INAMPS, ajudando na construção do SUS, vivi um período muito importante e muito feliz. A gente viajava para diversos estados, éramos várias equipes, negociando os convênios SUDS com os governos estaduais, de modo a repassar ações e serviços do nível federal para estados e municípios. Era o princípio organizacional do SUS — o da descentralização — começando a existir, mesmo antes do SUS nascer em 1988.

Em dezembro de 1986, na 1.^a Conferência Nacional do Trabalhador, participei ativamente como uma das organizadoras pelo INAMPS. O que era para ser uma conferência tripartite (Estado, patrões, empregados) mudou de forma, pois os empresários se recusaram a comparecer e houve uma participação maciça dos trabalhadores.

A partir de fevereiro de 1987, quando inicia a Assembleia Nacional Constituinte, passei praticamente a morar em Brasília. Tive até uma proposta de morar lá, em um daqueles apartamentos funcionais de servidor. Mas uma coisa me fez dizer não. Eu achava muito esquisita a forma de organização de Brasília, por números, coisas. Eu não conseguia me encontrar. Eu queria encontrar letras, palavras, ruas que tivessem esquina. A organização de Brasília é fantástica, mas, ao mesmo tempo, é muito complicada. E não tinha mar, mar para mim é fundamental. Eu não vivo em uma terra onde não tem mar. Fui criada dentro do mar, nasci dentro d'água e mar para mim é uma relação fundamental.

O processo constituinte foi muito rico. A gente conseguiu colocar a expressão “saúde do trabalhador”, elevá-la no nível constitucional. Na verdade, a gente nem tinha saúde do trabalhador na Constituição. Na legislação infraconstitucional não tinha nada sobre saúde do trabalhador e a gente logo entrou por cima. Foi um movimento muito interessante.

Eu estava lá. No dia da promulgação da Constituição, 5 de outubro de 1988, eu estava lá. Eu vi o discurso do Ulisses Guimarães lá na plenária com o meu filho. Ele tinha 12 anos. Foi um momento histórico. Inesquecível, principalmente porque foi vivido com ele. Já nesse momento eu queria passar para ele o sentido de democracia, de cidadania. A relação com meu filho é uma relação que me construiu como pessoa, como ser, como mulher. Lembro quando me separei do pai do Gilzinho, não tive absolutamente nenhum apoio. Nem da minha mãe, nem da minha irmã. A minha irmã eu não entendia, porque mesmo com 8 anos na minha frente, era uma mulher como eu, eu esperava que ela compreendesse, que me ajudasse. Não, ela era extremamente radical. E falava para mim, várias vezes, “se eu tivesse um filho, eu não me separava”. E eu dizia para ela, “mas eu me separo exatamente porque tenho um filho. Porque eu quero ser uma pessoa feliz. Eu só vou poder fazer meu filho feliz, eu só vou poder me construir como uma pessoa se eu me separar”. Então acho que nesse momento eu já falava de cidadania, autonomia e feminismo. Eu já falava de liberdade, eu já falava de todas essas coisas sem saber que estava falando. Quando eu dizia “não, eu preciso ser feliz para poder fazer meu filho feliz, para poder ver e construir uma relação de felicidade com meu filho”. E foi isso que eu fiz. Fiz essa opção e foi exatamente isso que me fez vir para o Rio de Janeiro, buscar outros espaços. Meu mestrado na UFPB fiz no serviço social, porque era o espaço onde a gente discutia filosofia e ciências sociais, onde eu tive uma formação imensa. Tive grandes filósofos que

me ajudaram na minha história, como José Chasin. A filosofia é muito forte em minha formação acadêmica. Mas, eu queria ampliar meus horizontes, queria crescer e aí vim para cá.

Já em 1985, eu havia feito parte da criação do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH), sob a coordenação de Anamaria Testa Tambellini. Após o primeiro período no INAMPS, em Brasília, comecei a trabalhar com a saúde do trabalhador, no próprio CESTEH. Eram os primeiros anos de consolidação desse novo departamento da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e lá fiz o primeiro curso de especialização de saúde do trabalhador do Brasil, com o Fadel. Já fixada na Fiocruz e no CESTEH, passei a ser professora e, depois, fui coordenadora do curso.

A partir daí, a gente foi construindo uma história de saúde do trabalhador dentro da Fiocruz, sempre trazendo várias discussões e suas interfaces. Tínhamos toda uma legislação, mas sem o movimento social, os sindicatos, sem os trabalhadores presentes é como se não existisse a questão da legislação. Esse debate da política e da legislação acabou me atraindo muito e foi me forjando. Ao mesmo tempo eu ia me construindo como pessoa, como mulher, envolvida em questões feministas aqui no Rio de Janeiro e nas lutas dentro do partido, já legalizado. A gente trabalhava muito e era uma luta, uma briga muito grande, porque os homens do Partido Comunista às vezes eram muito machistas. Meus companheiros, que até hoje eu tenho muito amor, muita relação com eles, eram muito machistas. Eles tinham uma relação extremamente autoritária dentro de casa, às vezes até de violência doméstica, que, naquela época, a gente nem trabalhava tanto com essas expressões. E dentro do partido eram os “capa preta” e sempre foi um espaço de luta. A minha vida foi sempre um combate, muito forjada na luta, na conquista, na resistência, na luta contra a opressão. E eu fui criando o meu filho nesse ambiente. O mundo que eu tentava construir para mim era um mundo com o meu filho, de forma inseparável, mas nem sempre as coisas são como a gente quer. E pela pressão que eu tive da minha mãe, da minha irmã, enfim, da família toda, o meu filho acabou vivendo momentos muito difíceis. Ele passava um período lá na Paraíba estudando, depois ele voltava para o Rio de Janeiro, ficava um período aqui comigo, eu viajava muito. E aí ele se sentia sozinho, voltava, e eu construindo toda uma trajetória pessoal.

Porque a Maria Helena, a mulher nordestina, é negra, é machucada, é sofrida de amores. Buscando novas relações. Era essa mulher que também estava construindo o que ela entendia, do ponto de vista do conhecimento, do ponto de vista epistemológico do que seria a saúde do trabalhador. Do que seria essa relação entre direito e saúde. Eu já começava a ter nítido isso na minha cabeça, que era muito mais do que só o trabalhador. Só o trabalhador passou a ser uma coisa dentro. Nesse meio tempo, a gente trabalhou muito também na construção da

Lei Orgânica da Saúde, das leis previdenciárias. Foi um trabalho muito grande fazer valer o que a gente entendia de saúde do trabalhador lá dentro. E nesse momento a saúde do trabalhador estava muito organizada no Brasil inteiro. Seguíamos construindo.

Em 1992 acontece uma coisa muito importante na minha vida. Conheci o Amaury (Rinaldi Paciello) no trabalho. Ele era presidente do Sindicato dos Metalúrgicos de Niterói. A gente fazia muita reunião com os trabalhadores, com os sindicatos. É aí que a gente se diferencia da medicina do trabalho, da saúde ocupacional. Quando a gente falava de saúde do trabalhador, tinha de falar a partir dos sindicatos, com os sindicatos.

A gente começou a construir uma vida, bonita, difícil, compartilhada e complexa. Eu já tinha um filho, Amaury tinha três filhos, e em 2024 a gente faz 32 anos de uma relação construída dia a dia, com sonhos, dores e muita cumplicidade. No mesmo ano que conheci Amaury, meu companheiro de vida, entrei no doutorado. A ENSP estava formando seus próprios servidores. Ao mesmo tempo que eu fazia o doutorado (1992 a 1996), eu cursava Direito. Resolvi fazer, porque para mim havia ocorrido um desvio de percurso. Minha maior amiga fez Direito, fez concurso para juíza e hoje é desembargadora — Maria de Fátima Moraes Bezerra Cavalcante Maranhão. E Fatinha seguiu o caminho, que era o caminho que eu também iria seguir. Mas aí teve esse desvio de percurso. Fazer Psicologia foi bom. Foi importante porque trago do curso muitas coisas dentro de mim. Mas, na verdade, por meio do Direito, eu buscava, entender a política de legislação, tão imbricada na questão da saúde do trabalhador, e o direito de saúde. É na verdade um desvio de percurso, que criou outro curso em minha vida, sair da provável vida encaminhada na Paraíba e explodir na difícil construção de vida no Rio de Janeiro. Sair do conforto de uma vida conhecida para enfrentar o desafio do desconhecido.

E aí a gente começa a trabalhar de forma a construir este campo que vem lá de trás. Na verdade, isso é uma construção. Ela é simultânea, ela é misturada e, ao mesmo tempo, ela se individualiza em dois espaços. O espaço mais pessoal, o espaço mais da mulher, da pessoa, do ser humano, da mãe, da companheira, mas também o espaço da pesquisadora, da professora, da militante, da ativista, da trabalhadora. São dois espaços que têm momentos que se misturam, mas que eles têm de ser. É concomitante, e aí quando eu termino Direito começo a trabalhar com essa questão já do direito e saúde.

O marco é 1997 quando eu criei a disciplina chamada Direito e Saúde, que existe até hoje. São 27 anos de funcionamento. Ao longo desse percurso, ela mudou o nome de Direito e Saúde para Direitos Humanos e Saúde. É uma disciplina eletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP, ao qual me vinculei quando terminei o doutorado.

Ainda vinculada ao CESTEH, de 2003 a 2005 fui coordenadora do departamento, e sempre buscando construir o campo Direito e Saúde. Em 2009, eu e Fadel organizamos um livro *Direito & Saúde: um campo em construção* (Rio de Janeiro: Ediouro, 2009. ISBN 978.85.88026.45.2), com vários autores que estão conosco até hoje. Na época nós tentávamos dizer que não era apenas *direito à saúde*, tampouco Direito Sanitário, era outra coisa que estava sendo construída.

Importa que depois de 1997 a gente inicia a realização dos primeiros seminários e primeiros cursos, com base na aproximação do Direito e Saúde como um novo campo de conhecimento. Estava criado o Direito e Saúde (DIS). A consolidação da ideia de continuar construindo o campo e a expansão das atividades de seminários e cursos criou dificuldades de manutenção do grupo no espaço físico do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH). Do outro lado da Avenida Brasil, oposto ao lado do Castelinho, na antes chamada Expansão da Fiocruz, hoje *Campus* Maré, ficaria o espaço do Departamento Direitos Humanos e Saúde (DIHS). Simbolicamente, foi como se eu tivesse atravessado a Avenida Brasil, passado por entre os carros tentando não ser atropelada, ou atravessar a passarela. A passarela como um caminho. Um caminho que se abria, meus caminhos, minhas aberturas, meus rompimentos, era sempre isso. Eu estava dizendo não a determinadas coisas que estavam dentro de mim, que iriam comigo, mas que eu não iria mais continuar ali. E foi um pouco isso que eu fiz. Eu atravessei a Avenida Brasil e fui me expandir no prédio da Expansão. O espaço físico do DIHS foi conquistado como uma invasão de terra não produtiva, que precisava ter uma finalidade produtiva.

Atravessada a Avenida Brasil, entre os carros, encontro na Expansão pessoas maravilhosas, como o seu Ulisses, da FIOTEC, a quem “pertencia” a sala 905. Encontramos essa sala tomada de móveis velhos, coisas quebradas, e eu não tinha nem a dimensão do tamanho dela. Seu Ulisses cedeu a sala para a gente, porque naquele momento quem tomava conta da Expansão era a FIOTEC. Antonio Ivo e Pedro Barbosa (diretor e vice da ENSP), na época, viabilizaram o espaço onde estamos até hoje com ampliações feitas posteriormente à “invasão”.

Em junho de 2006 realizamos o 1.º Seminário Internacional e 5.º Nacional de Direito e Saúde por meio de um convênio com a Universidade da Geórgia – EUA, sob a coordenação do professor Colin Crawford. Nossa primeira parceria, entre tantas que iriam se suceder.

Meses após, o Núcleo de Estudos de Direitos Humanos Helena Besserman (NEDH) e o DIS, em um processo junção fraterna e harmonização de objetivos caminharam para a fusão. O NEDH era abrigado no Centro de Saúde Escola Germano Sinal Faria e contava com Marcos Besserman e Nair Teles como coordenadores.

Em 31 de agosto de 2006 ocorre a fusão e surge o Grupo Direitos Humanos e Saúde (GDIHS). O nosso logotipo original (ciências da saúde e jurídicas, em formato estilizado), criado por Tatiana Lassance, jovem artista que captou a intenção que se colocava no momento e com a fusão, pelas mãos dela recebe um toque a mais dos direitos humanos, buscando consolidar um novo campo de conhecimento, a partir da intersecção entre ciências da saúde, jurídicas e direitos humanos.

Em 23 de novembro de 2006 inauguramos aquele que seria o nosso novo espaço de trabalho. O espaço de consolidar ideias, projetos e desejos. Ocupamos aquela sala cheios de esperanças e planos, era uma sala enorme, mas muito menor que nossos sonhos. A FIOTEC arrumou a sala para utilizarmos.

Eu sempre costumo usar aquela música que a Dona Ivone Lara cantava, canta e continua cantando. Que a gente tem de pisar devagarinho. Quando você não conhece as coisas, você tem de pisar devagarinho. Nós tínhamos uma resistência muito grande ao direito sanitário, que era uma coisa que estava dada, que era o direito de Estado. Mas a gente não estava querendo falar disso. Não queríamos ficar restritos ao debate de normas sanitárias. A gente estava querendo falar de outros direitos. Direitos que incorporam cidadania, liberdade, diversidade, discussão de gênero, a questão LGBT. Enfim, que incorporem a questão da criança, do adolescente, da mulher, do negro, enfim dos direitos humanos e não apenas sanitários. Aí a gente começa a trabalhar com toda essa diversidade, é o que hoje se chama interseccionalidade. Já trabalhávamos com essas questões.

Estou me aproximando de uma data que vou ter de passar, mas que não queria passar; 2008 é o ano da tragédia da minha vida, é o ano que eu perdi meu filho. É o ano que eu me tornei outra pessoa. Quando aconteceu essa tragédia na minha vida, a gente já estava com o GDIHS consolidado e eu perdi meu filho de uma forma estúpida. Primeiro, filho nunca deve ir antes de mãe, nunca. Pedaco meu foi com ele, as pessoas que me conhecem, antes e depois, reconhecem. Fui destruída com essa perda. Houve todo um reconstruir. Um reconstruir e uma luta grande. Quer dizer, toda a luta que eu tinha para ter meu filho nesse mundo, que era um mundo que brigava pela igualdade, pela equidade, pela não fome, pelo respeito pela mulher, pela não violência. É esse mundo que eu vinha construindo e construía a partir da relação com meu filho. Com a ida dele eu coloquei tudo isso dentro de mim. Nada deixou de existir. Passou a existir de uma forma muito mais difícil, de uma forma que tem uma saudade eterna, que tem uma saudade diária, uma saudade a cada hora, a cada minuto, uma saudade de olhar no olho, de poder abraçar e mandar o WhatsApp, de viajar junto, de fazer todas as coisas. A morte é o desaparecimento total da matéria, mas não é o desaparecimento da essência, do amor. Meu filho continua, eu sou mãe, eu continuo sendo mãe. Eu me apresento como mãe, que tenho um filho que esse ano

faria 48 anos, em 7 de março. O amor por ele segue conduzindo meu mundo. Só sigo existindo porque ele existe em mim. Ele segue dentro de minha barriga, continuo gestando ele, agora sem ser mais preciso o momento do parto. Gilzinho é a luz de minha vida, o amor incondicional.

E aí 2008 foi muito, foi muito forte. Foi muito forte porque era o ano do 3.º Seminário Internacional, agora já com o núcleo consolidado, com novas pessoas. Antes tinha o Fadel, o Amaury, o Renan, outras pessoas da fase anterior. A partir do que a gente se consolidou, embora alguns trabalhos existissem, eu trabalhava muito com a Nair, fazíamos uma série de coisas juntas. E gente seguiu com o seminário 2008. É uma loucura. Quando eu fui olhar, eu não tinha consciência disso: fazia 11 dias que meu filho tinha morrido quando eu entrei no auditório térreo da ENSP. E aí, Filipe, como jornalista que trabalhava no Coordenação de Comunicação Institucional (CCI) acabou conhecendo o que era o DIHS, respeitando, priorizando e colocando muitas matérias na página da ENSP, e por todo esse carinho sou grata a você.

Em 2010 foi também um momento muito importante da minha vida. Foi quando a gente pôde contar com Boaventura de Sousa Santos no V Seminário Internacional. Fazia dois anos que eu tinha perdido o meu filho. E aí meu filho foi me ajudando a me construir. Ele me deu Boaventura de presente. Eu conheci não só o cientista social, mas eu conheci a pessoa, o ser humano Boaventura de Sousa Santos, o meu querido amigo Boa, que é como eu o chamo. Então foi um ganho, porque a gente pôde expandir. Tudo o que o Boaventura falava em seus livros nos ajudava a entender as questões; as epistemologias do sul, nos ajudava a entender todo o nosso dia a dia. A partir do Convênio com o Centro de Estudos Sociais (CES), da Universidade de Coimbra realizamos o curso de Doutorado Internacional “Saúde Global, Direitos Humanos e Políticas da Vida”, projeto coordenado por nós, em que formamos dez estudantes brasileiros e quatro estudantes portugueses.

O ano de 2012 é também importante, porque a gente cria o curso de Especialização em Direitos Humanos e Saúde, Gênero e Sexualidade. Na verdade, o que acontece: a gente vai devagarinho, como Dona Ivone Lara nos ensinou. A gente vai descobrindo as coisas e a gente vai criando uma atualização, um seminário e a gente consolida esse curso. A gente segue, vão entrando pessoas, a gente vai se consolidando. Atividades correlatas, na perspectiva dos direitos humanos, vão ocorrendo com nossa participação e certo protagonismo no debate. Em 2009 a gente criou o Comitê Pró-Equidade de Gênero, Raça e Etnia, da Fiocruz, e eu fui a primeira coordenadora. Alguns anos depois também participamos da criação do Comitê de Inclusão e Acessibilidade da Fiocruz. O incluir é um ato de amor. E o tempo inteiro esse grupo construiu a partir desse amor, desse amor que nos unia e desperta esperança. O tempo inteiro fazia a gente olhar para a

frente. Foi a mesma esperança que me fez atravessar a Avenida Brasil. A certeza, a resistência. O compromisso que a gente tinha de continuar andando. E que a gente precisa continuar andando...

E aí vem 2015. Um momento ímpar. A ENSP, na gestão do Hermano Albuquerque, faz uma assembleia para atualizar o seu regimento interno. Enfim, mudanças, e a gente se torna departamento em uma luta difícilíssima, em uma luta injusta. É a mesma sensação de lá atrás, quando fui à ABRASCO e fui chamada de grupo emergente, a mesma coisa. O DIHS tinha especializações, inclusive turmas fora do Rio de Janeiro como Paraíba, Roraima e Brasília, a de gênero e a de direitos humanos, tinha numerosos cursos de atualização, mais de 400 alunos, seminários, seminário internacional, convênios, muitas publicações e ainda a coordenação de um Doutorado Interinstitucional DINTER para universidades da Paraíba e de Alagoas. Nesse mesmo ano foi instalado no DIHS o Fórum Intersindical Saúde-Trabalho-Direito, em conjunto com vários sindicatos de trabalhadores. O Fórum continua em plena atividade com formações continuadas e mídias diversas.

E, mesmo assim, a gente quase não consegue se tornar departamento. Foi por um triz (52%), enquanto os outros dois núcleos, além do nosso, tiveram uma votação maciça (acima de 80%) para se tornarem departamentos. Esse episódio demonstra que o projeto de direitos humanos e saúde tem de enfrentar, tem de se impor, tem de ser construído, e tem de derrubar barreiras, discriminações e resistências, até mesmo na academia.

A importância do DIHS em se tornar departamento era marcar a identidade de uma fala representativa, uma fala dos silenciados, uma fala dos não vistos, uma fala dos que estão do outro lado da linha abissal. A instituição Fiocruz é muito importante na sociedade e se tornou mais importante ainda com a pandemia. Então a gente tem compreensão do *slogan* “Orgulho de ser Fiocruz”. Para mim, o orgulho de ser Fiocruz é o orgulho de poder dizer que a saúde é um direito humano. E esse direito humano tem de se concretizar dentro dessa instituição secular. É esse o nosso trabalho. É com isso que a gente luta. E é com isso que algumas pessoas resistem. Pessoas não dizem que são racistas, não dizem que são misóginas, não dizem que são capacitistas, mas muitas vezes, institucionalmente, se comportam como tal. Por exemplo, com respeito às pessoas com deficiência, que não podem estar aqui, construindo junto.

A gente seguiu trabalhando com novos cursos e criamos o curso de Racismo. Depois mudamos o nome para Relações Étnico-Raciais, bem mais amplo. As relações étnico-raciais são muito mais do que o racismo que a população negra vive, muito mais a história da resistência, cair e levantar, do sambar. Falar com a música. Falar por meio da musicalidade e da sonoridade. Por exemplo, o Armando Nembri nos ensina todo dia. O Armando é surdo, nasceu surdo e vai

morrer surdo. Mas Armando escuta, ele tem muito mais sonoridade que qualquer um de nós, que são os ditos ouvintes. Então a gente aprendeu isso, a dar maior destaque à questão do antirracismo.

A gente quase que simultaneamente tem de ter muitas pernas; coração a gente tem um que tem de ser imenso. Mas a gente tem de ter muitas pernas e muitas mãos e muitos braços. Eu às vezes me vejo com 20, 30 braços. Fora os braços das outras pessoas, os braços do Fadel, os braços do Marcos, os braços da Nair, os braços do Gabriel, e de tantos outros amados companheiros de trabalho. Mas eu estou falando dos braços que individualmente cada um de nós tem de ter, que o Fadel tem de ter, que o Marcos tem de ter, das pessoas que estão no departamento, a gente tem de ter. A gente se desdobra em muitos. Quanto mais braços, mais abraços.

Simultaneamente, a gente também estava discutindo a questão da inclusão e da acessibilidade das pessoas com deficiência. Nesse meio tempo, a gente teve um estagiário cadeirante. Que nos ensinou muita coisa. Ele nos ensinou o que é ser uma pessoa com deficiência. E aí a gente viu, né, Marquinho, com esse cara em especial, que era uma pessoa politicamente completamente diferente da gente. E isso não impediu que a gente pudesse aprender e entender e trabalhar com a questão da pessoa com deficiência.

Aí veio o curso de especialização. Daí foram os mestrados feitos com profissionais de saúde. A gente teve dois tempos. São tempos diferentes, tempos de amadurecimento. Um primeiro que a gente trabalhou com profissionais de saúde em Vitória da Conquista, outro que a gente trabalhou já mais recentemente para os profissionais de saúde do estado do Rio de Janeiro, com a questão LGBTQIA+. Por que que essas pessoas não têm atendimento? Por que essas pessoas não são vistas? Por que não existe na Atenção Primária, não existe na saúde da família? O atendimento a essas pessoas, como deve ser? O mestrado profissional começa a consolidar essas coisas.

Depois a gente tem um trabalho, que eu considero um dos mais exitosos, dos mais bonitos, que é o trabalho com a Justiça Itinerante, importantíssimo. É um projeto dos Tribunais de Justiça do Brasil, mas a Justiça Itinerante da Fiocruz é um projeto do DIHS. É um projeto em que a gente tenta trazer as favelas do entorno. Esse projeto que estava dado lá, mas com uma visão completamente diferente, com um recorte totalmente diferente, dando acesso às pessoas, à saúde, na perspectiva que a gente entende. É por isso que, por exemplo, esse projeto da Justiça Itinerante foi feito com o Leonídio, da Coordenação Social da Fiocruz, grande parceiro. Na verdade, é mais uma parceria do DIHS, com o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro.

Os mestrados profissionais consolidaram uma forma muito interessante de nos aproximarmos dos juízes que definem, que sentenciam a nossa vida. Fizemos

dois cursos exitosos, com a formação de 32 juízes e agora, em 2024, estamos na terceira turma. A saúde é um direito humano e o sonho antigo de um novo campo de conhecimento (ciências da saúde e jurídicas) ganha um reforço de consolidação, por meio dessa parceria com a Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro (EMERJ).

A pandemia de Covid-19 foi um momento extremamente difícil, sob todas as perspectivas. Não sabíamos, não tínhamos a dimensão do que estava começando. Não havia uma vacina e, portanto, não tínhamos uma saída à vista. Não conhecíamos o vírus.

Enfim, foi tudo muito difícil, complicado. E nos pegou de surpresa, porque no dia 16 de março, quando foi decretado o *lockdown*, exatamente era a semana que os cursos de especialização começavam. Lembro que o curso de Direitos Humanos, Relações Étnico-Raciais e Saúde iniciava no dia 17 de março. Era a primeira turma que havia sido selecionada em um processo todo presencial. Em um primeiro momento, com muitas atividades, ficamos sem saber o que fazer. Houve um período de paralisação, mas, imediatamente, começamos a conversar sobre as possibilidades, como era o trabalho remoto... Isso foi uma coisa excepcional! Mergulhamos em nossa autoformação para apropriação de metodologias remotas e agradecemos a parceria do Coordenação de Desenvolvimento Educacional e EAD (CDEAD/ENSP).

Foi uma vivência muito particular e muito exitosa para o DIHS. Já em maio, nós estávamos com todos os nossos quatro cursos de especialização iniciando suas atividades. Maio, junho, aulas remotas, todos alunos novos, e fizemos. O ano começou em maio e só terminou em 2021 (março, abril...). As turmas perderam essa coisa de ser anual, e no segundo ano começou a acontecer uma coisa muito importante. O DIHS começou a assumir seu caráter nacional. Passamos a ter inscrições de alunos do Brasil inteiro. Como os cursos podiam ser remotos, em razão da pandemia, começamos a desenvolver a atividade de formação em nível nacional, o que foi profundamente enriquecedor. Até então, os cursos eram exclusivamente presenciais, o que restringia a participação de alunos fora do âmbito territorial do Rio de Janeiro. Foi enriquecedor discutir os temas dos direitos humanos a partir das diversidades regional e cultural. Por exemplo, discutir gênero com base nas várias culturas em que essa questão é colocada de forma muito diferenciada. Como é o caso do Nordeste, onde o patriarcado é bem mais marcado e forte. Foi um grande aprendizado e bem demonstrou o alcance possível para uma escola de âmbito nacional. O DIHS, a partir daí, foi o único departamento da ENSP que manteve todos os seus cursos de especialização e o mestrado para juízes. Ainda foi possível diversificar com um curso para juízes do trabalho, produto do convênio com a Associação de Juízes para a Democracia (AJD), com cerca de 20 alunos. Nós não paramos, apesar do susto.

Retomar o caminho foi muito especial, ao conseguir que muitas pessoas que jamais teriam acesso aos cursos da Fiocruz passassem a ter.

De lá para cá, com o término da pandemia, apesar do retorno às atividades presenciais, mantivemos algumas de forma remota, para não perder a bela diversidade de nosso país. Temos defendido o modelo híbrido e continuamos recebendo alunos do Brasil inteiro. Essa conquista nos trouxe muito aprendizado. Alunos de outras realidades, com os quais a gente passou a conviver, representaram uma experiência exitosa que nos fez caminhar de uma forma muito mais coletiva e muito mais profunda.

Qual é a passarela que a gente vai continuar atravessando no DIHS? A gente quer fazer novas parcerias, a gente quer continuar construindo a compreensão e ocupando o espaço do direito humano e saúde. A Fiocruz tem de falar a partir dos direitos humanos. A gente não pode continuar tendo violência, assédio sexual, assédio moral nas relações de trabalho. A violência do trabalho. É exaustivo. A violência do trabalho que não respeita a nossa idade. O trabalho autoritário, que não nos deixa livre. Às vezes, até a forma de trabalhar nos faz ser improdutivo.

A gente vai precisar fazer um mestrado profissional para pessoas com deficiência e também, para as relações étnico-raciais. A gente vai precisar fazer um curso de especialização para começar, devagarinho, sobre os povos indígenas, a gente não tem isso ainda. A gente quer contaminar com muito amor. Um amor que fale de fraternidade, um amor que fale de ter medo, mas não parar, porque esse medo não nos deixa mudo, nem nos deixa paralisados. Há de se ter coragem sempre. Para caminhar, há de se ter coragem sempre, para construir novas relações. Há de se ter coragem sempre para se reconstruir. Recolocar, repensar e permitir um novo. Permitir o novo. Ele está o tempo todo surgindo.

Hoje talvez eu não tivesse ficado brava por ser chamada de grupo emergente. Se é emergente, é muito bom emergente. Aquele que surge é aquele que traz o novo, é aquele que não vem cheio de coisas pesadas. Você só emerge porque você saiu de algum lugar. Então você pode flutuar, você pode voar. A palavra emergente foi olhada de forma injusta. É dando um peso maior para quem não tinha feito as coisas que a gente fez e dando um peso menor para nós. Eu acho que o amor se passa pela justiça. Esse amor que a gente vive no DIHS, esse amor que nos torna irmãos, uns mais, outros menos. Eu tenho dois grandes irmãos aqui. Eu tenho dois irmãos biológicos que são irmãos muito amados. Mas eu tenho dois irmãos de vida, dois irmãos que optei que eles fossem meus irmãos. Com todas as coisas boas que eles têm, com todos os defeitos. Eu acho que esse irmão é mais especial do que irmão biológico, porque o irmão biológico, se ele é machista, eu tenho de aceitá-lo, poxa, é meu irmão mesmo. Meu sangue está aqui dentro, meu DNA. O outro não. Não dizendo que meus dois irmãos,

Fadel e Marquinho, Marquinho e Fadel, não são machistas, mas são; aliás, nós somos, a sociedade é, mas eles vêm se desconstruindo nisso. Mesmo tendo esses defeitos que eu não tinha obrigação de lidar, mas eu aprendi a lidar, porque também aprendi a mudar, a ouvi-los, a estar junto nessa construção, que é uma construção coletiva. Aprendi o que é o outro. Hoje, aos 69 anos de idade e com 38 anos de Fiocruz comprovo que foi uma descoberta diária de como teríamos de ser e de como fazer. Um deslumbrante caminho cheio de entradas e saídas sempre se colocou à nossa frente e foi o caminhar democrático, o exercício diário da democracia que nos faz seguir acreditando que a vida tem dores e também esperanças.

Direita radical, direitos humanos e saúde

Nair Monteiro Teles Costa Santos

A reflexão aqui trazida visa discorrer sobre o aumento do número de simpatizantes e eleitores dos partidos de direita radical a partir da construção que se faz do Outro. O Outro, a que nos referimos, diz respeito à maneira como os indivíduos e grupos criam identidades e estereótipos em relação aos que são percebidos como “diferentes” ou “estranhos”. Essa construção pode ocorrer em várias esferas da vida social, incluindo a política, a saúde, a cultura, a raça, a orientação sexual, a religião e a nacionalidade.

A ascensão de um determinado partido político ao poder, independentemente de sua proposta, resulta de uma série de variáveis que se alteram no tempo e no espaço. O avanço de temas considerados de extrema direita ou direita radical varia de país para país e depende de sua definição. Contudo, é essencial avaliar criticamente as políticas propostas por qualquer partido, em particular aqueles que demonizam o Outro, em relação aos seus impactos nos direitos humanos e na saúde pública.

A relação entre a direita radical, os direitos humanos e a saúde é complexa e controversa, pois as políticas ligadas a essa ideologia têm impactos significativos nessas áreas. Apenas para citar alguns temas controversos: restrições à imigração

e refugiados; políticas sociais conservadoras (em questões como direitos reprodutivos, igualdade de gênero e direitos LGBTQ+ etc.), restrições ao acesso a serviços de saúde (cortes nas atividades da área e programas sociais), extremismo e violência (atos de agressão direcionados àqueles que não coadunam com as propostas políticas).

Em finais do século XX e início do século XXI, começa-se a registrar o progresso dos partidos considerados radicais de direita que ocorre em diferentes momentos e lugares. O marco principal é a ascensão do Partido Nacional Socialista dos Trabalhadores Alemães, liderado por Adolf Hitler (1933), levando ao estabelecimento do regime nazista, com políticas autoritárias, nacionalistas e racistas, que resultaram na Segunda Guerra Mundial e no Holocausto. Apesar dos horrores cometidos nesse período em nome dessa ideologia, ela nunca deixou de existir.

Entretanto, a história não é construída de forma linear, em resposta às atrocidades cometidas na Segunda Guerra Mundial a comunidade internacional reconhece a necessidade de proteção universal dos direitos humanos. A Assembleia Geral das Nações Unidas ocorrida após a criação das Nações Unidas (ONU) (1945) adota a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH, 1948), estabelecendo um conjunto de direitos fundamentais que devem ser protegidos para todos os indivíduos independentemente de sua origem, raça, religião, gênero, e em todos os lugares. Desde a adoção da DUDH, promulgou-se uma série de tratados, pactos e convenções internacionais de direitos humanos.

Não é mera coincidência que, também em 1948, é criada a Organização Mundial da Saúde (OMS), mesmo ano da promulgação da DUDH. Sua concepção reflete o reconhecimento internacional da importância dada à saúde como um direito humano fundamental. E, gradativamente, se deixa de valorizar a saúde como algo somente biológico e, a partir do século XX (2008), passa a existir um reconhecimento formal de aspectos que direta e indiretamente a influenciam e até a condicionam, como os fatores sociais, econômicos, políticos e ambientais.¹

Desde 1945, embora todo o caminho percorrido das lutas, das reivindicações, das vitórias, dos movimentos e instituições de defesa relativos aos direitos inalienáveis da pessoa humana, a expansão dos partidos de extrema direita ou direita radical (re)começa pós-Segunda Guerra, mesmo apesar dos fatos e atos aterrorizantes comprovados.

Na verdade, estes partidos nunca deixaram de receber adesão. No século XX, há o surgimento do Front National (França, 1972) conhecido por suas po-

¹ O relatório Determinantes Sociais da Saúde elaborado pela Comissão de mesmo nome da OMS (2008) formaliza essa concepção.

líticas nacionalistas, anti-imigração e anti União Europeia. As eleições ocorridas na Áustria (1999), com a vitória do Partido da Liberdade da Áustria (FPÖ) testemunham o crescimento da extrema direita com uma plataforma política populista, anti-imigração e nacionalista, ganhando apoio significativo em meio a preocupações sobre imigração e globalização. Desde então, e a título de ilustração, vários partidos desse matiz ideológico ganharam espaço nas eleições como o Movimento 5 Estrelas (Itália, 2013), o partido Alternativa para a Alemanha (Alemanha, 2013) e o União Nacional (França, 2017), sem esquecer o aparecimento de diversos movimentos populistas e nacionalistas em várias partes do mundo.

Assim, pretendemos refletir sobre o fortalecimento dos movimentos e partidos de direita radical uma vez que suas propostas são traduzidas em políticas públicas que diretamente interferem nos direitos humanos e na saúde dos indivíduos.

NO CONTEXTO NACIONAL E INTERNACIONAL A PRESENÇA IRREFUTÁVEL DE PARTIDOS RADICAIS DE DIREITA

O aumento significativo (séculos XX e XXI) pauta-se, como vimos, em propostas focadas no nacionalismo extremo, autoritarismo e xenofobia.

Nesse sentido, em 2022, há a vitória da coalizão de extrema direita nas eleições da Itália e que esboça, sobremaneira, a chegada ao governo do extremismo de direita, e Giorgia Meloni do Partido Irmãos da Itália passa a ser a primeira-ministra; a eleição, em 2023, nos Países Baixos (Holanda, Bélgica e Luxemburgo), do Partido da Liberdade (PVV) liderado por Geert Wilders recebendo felicitações de membros de partidos similares de outros países como André Ventura do Chega de Portugal; Marine Le Pen do União Nacional na França e o presidente do Vox, Santiago Abascal da Espanha, dentre outros. E ainda, os governos da Hungria, Polônia, Suécia e Finlândia com governos que estabeleceram coligação com partidos da extrema direita.²

A presença mais significativa desse movimento na Europa não exclui outras regiões do planeta. A chegada de Donald Trump (Estado Unidos) ao poder (2017-2021) marca oficialmente a presença na política americana do pensamento da direita radical. Ao ser derrotado para a reeleição ele denuncia fraude eleitoral e ordena aos oficiais da Casa Branca e do seu governo a não cooperarem com a transição presidencial. A invasão do Capitólio (6 de janeiro de 2021) por seus apoiadores com morte de cinco pessoas, uma delas dentro das suas instalações,

² <https://observador.pt/2023/11/23/extrema-direita-europeia-celebra-vitoria-de-wilders-nos-paises-baixos/>. Acesso em: 2023.

fez que ele sofresse o segundo processo de *impeachment* (foi inocentado pelos senadores) se tornando o primeiro presidente americano a vivenciar duas vezes tal processo. Em 2024, o Supremo Tribunal americano anula decisão que considerava Donald Trump inelegível. Ele é candidato republicano às eleições americanas de novembro de 2024.³

Na Argentina, o ultradireitista Javier Milei (La Libertad Avanza) venceu as últimas eleições e ganhou do candidato peronista Sérgio Massa (2023). As principais propostas são o fechamento do Banco Central, a dolarização da economia argentina em etapas, a redução dos gastos estatais, a privatização de empresas públicas, a extinção do Ministério da Educação, o fim das verbas rescisórias, a desregulamentação do porte de armas e a militarização das prisões. Assim, como Trump e Bolsonaro (Brasil), se apresenta como um *outsider* antissistema e antielite, ganhando popularidade por meio das redes sociais e de um discurso belicoso. Suas propostas encontraram eco, em um país com uma inflação alarmante e o aumento significativo da pobreza.⁴

As últimas eleições de março de 2024 em Portugal registram a vitória da coligação de centro direita Aliança Democrática e o crescimento do voto para o partido ultradireitista Chega que fica em terceiro lugar na preferência dos portugueses. Esse partido é conhecido pelas propostas radicais contra a imigração, o feminismo e a “ideologia de gênero”. Ele teve um crescimento em relação à última eleição e conseguiu mais que o dobro dos votos ficando com 48 cadeiras no Parlamento português.⁵

Em 2018 é eleito como presidente do Brasil o deputado federal Jair Bolsonaro depois de 28 anos no Congresso Nacional sem ter tido uma carreira de expressão política. Entretanto, ele se torna nacionalmente conhecido por declarações polêmicas sobre o Supremo Tribunal Federal (STF), que baniria os “marginais vermelhos” da vida do país, contra a comunidade LGBT e a favor da ditadura militar no Brasil (1964-1985). Considerado pelos seus apoiadores como “mito”, eventos organizados tinham como base orações e o Hino Nacional com o uso da bandeira brasileira. Ele não se reelege e tal qual Trump ele e seus correligionários difamam o sistema eleitoral brasileiro e em janeiro de 2023 há a invasão do Congresso Nacional, do Palácio do Planalto e do STF. O Tribunal Superior Eleitoral (TSE) o condena por abuso de poder e uso indevido dos

3 CNN. <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/invasao-ao-capitolio-completa-um-ano-relembro-ataque-a-democracia-dos-eua/>. Acesso em: 2022.

4 Blog do VOA Português (20 nov. 2023) <https://www.voaportugues.com/a/javier-milei-ganha-eleicoes-na-argentina-e-diz-que-pa-ads-comes-a-mudar-hoje/7362114.html>. Acesso em: 2023.

5 <https://www.bbc.com/portuguese/articles/c1v1r44lekdo>. Acesso em: 2024.

meios de comunicação, tornando-o inelegível por oito anos (2023). Os participantes das invasões estão sendo julgados pelo STF e cumprindo penas.⁶

ÚLTIMAS ELEIÇÕES NO BRASIL – BREVE INQUÉRITO

Diante dos últimos acontecimentos no cenário político internacional e brasileiro tentou-se perceber as escolhas sobre as últimas eleições no Brasil (2022), consideradas polarizadas entre um candidato tido como de esquerda, Lula da Silva, e outro com propostas de direita radical, Jair Bolsonaro. Realizamos um breve inquérito *on-line* objetivando apreender o sentimento que alguns eleitores tinham sobre as propostas e os candidatos ao pleito.

Obtivemos resposta de 49 eleitores, a maioria mulheres (63%) com idade acima de 60 anos; o restante, 18% tinha entre 41 e 50 anos, 16% entre 51 e 60 anos. A maioria (57%) era funcionário público, 26% estava aposentado, 12% trabalhava no setor privado, e apenas 7% estava desempregado. A renda mensal, auferida girava em torno de R\$ 2.005,00 e R\$ 8.640,00 por mês (44%), enquanto 21% afirmou receber entre R\$ 8.641,00 a R\$ 11.261,00, 23% recebia acima de R\$ 11.262,00, já 8% tinha renda mensal igual ou inferior a R\$ 1.254,00.

Quando questionados sobre a escolha do candidato no segundo turno das últimas eleições no Brasil, 49% dos entrevistados afirmaram ter votado em Lula e 43% em Bolsonaro, e 8% não compareceram para votar, o que ilustra a divisão política do país.

MOTIVAÇÕES SOCIAIS POR DETRÁS DO VOTO

As razões para votar em um candidato são diversas e pessoais, refletindo as diferentes perspectivas e experiências de cada eleitor. Destacamos quatro motivações principais:

- (i) Alguns votam porque acreditam nas propostas do candidato, em sua trajetória política, seu compromisso com a democracia. É a melhor opção, em termos democráticos, justiça social e preocupação com os menos favorecidos.
- (ii) Em seguida, há os que decidem seu voto simplesmente em oposição ao outro, por discordância de suas políticas, por considerá-lo

⁶ <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2023/01/08/invasao-do-congresso-planalto-e-stf-veja-comparacao-com-a-invasao-do-capitolio-nos-eua.ghtml>. Acesso em: 2023.

incompetente/inadequado para o cargo, e por temer o avanço de ideologias que consideram prejudiciais.

- (iii) A terceira motivação destacada baseia seu voto em suas convicções políticas e ideológicas, identificando-se com a esquerda ou com a direita, acreditando que o candidato representa uma ideologia necessária para o país.
- (iv) Há, por fim, os que escolhem o candidato por não se sentirem representados por outros partidos ou por acreditarem que o sistema político atual necessita de mudanças em sua estruturação.

PRINCIPAIS IDEIAS DESTACADAS

Os respondentes destacaram algumas ideias e prioridades governamentais, ilustrando a diversidade de valores e interesses na sociedade brasileira. Dentre as propostas destacam-se:

- (i) A valorização da democracia, do respeito à Constituição e da justiça social, a importância de governar para todos os brasileiros, promovendo políticas públicas inclusivas e de combate à desigualdade social.
- (ii) Luta contra a corrupção e a busca pela transparência na gestão pública, valorizam a honestidade, a modernização do Estado e a correção da economia para eliminar práticas corruptas.
- (iii) A criação de empregos, políticas econômicas liberais e a necessidade de investimentos para impulsionar o crescimento, o desenvolvimento econômico.
- (iv) O bem-estar social, a luta contra a fome, a redistribuição de renda, os programas sociais e o acesso universal à alimentação, à saúde e à educação.
- (v) A importância da preservação ambiental, da proteção das florestas e dos povos indígenas, além de projetos de apoio à educação e ao fortalecimento das universidades.
- (vi) Enaltecem os valores conservadores como patriotismo e princípios morais, a liberdade econômica e a redução da intervenção do Estado.

CREDIBILIDADE DO PROCESSO ELEITORAL

Questionados sobre a crença nas eleições, a maioria (63%) destacou que considera que elas foram livres e justas. Em contrapartida, outros (27%) enten-

dem que não foram assim, e uma minoria (10%) apresenta dúvidas do processo eleitoral.

Quanto às manifestações pós-eleitorais, uma parte dos respondentes é contra as manifestações violentas e de invasão do Congresso Nacional, STF, considerando-as antidemocráticas, ilegais e até criminosas. Eles as veem como uma manipulação de interesses pessoais e uma ameaça à justiça e à lei. Para alguns, esses movimentos são até associados ao neonazismo, sendo vistos como terríveis e perigosos.

De outro lado, há os que apoiam essas manifestações, enxergando-as como válidas, justas e necessárias para expressar a insatisfação com os resultados eleitorais e para buscar o restabelecimento da justiça. Argumentam que são legítimas e democráticas, representando uma luta pela verdadeira democracia, lei e ordem. Acreditam ser a única maneira de fazer que as autoridades ouçam a “voz do povo” e exijam justiça, especialmente diante de alegadas irregularidades nas eleições.

Há também um terceiro grupo que não emite opinião. Identifica-se como neutro ou desconhece o assunto por estar fora do país. Outros vêm as manifestações como sem sentido, infrutíferas, ridículas ou exageradas, mas não necessariamente se opõem ou apoiam de forma explícita.

PERCEPÇÕES EM TORNO DO FUTURO DO BRASIL

As respostas dadas à pesquisa refletem uma gama diversificada de perspectivas, esperança, incerteza, preocupação e otimismo em relação ao destino do país. Descrevem-no como “dividido” e “em risco de conflitos ideológicos”, o que evidencia a preocupação com o impacto dessas divisões no futuro. Por outro lado, há os que enxergam bases sólidas para um “futuro promissor em diversos aspectos”, demonstrando otimismo e esperança em áreas potenciais de crescimento.

Preocupações específicas em relação a uma possível mudança de liderança política, como quando discutem a possibilidade de Lula assumir o cargo. Tais discursos, marcados pela esperança, indicam confiança no futuro.

No entanto, outros adotam uma postura cética em relação aos processos eleitorais, prevendo estagnação sob um governo de esquerda. Para eles, o futuro do país é “preocupante” e “difícil”, revelando uma combinação de apreensão e descrença ao que está por vir.

Há a suspeita de desonestidade e fraude no processo eleitoral, clamando por punições rápidas e rigorosas para os crimes eleitorais. Desconfia-se do sistema eleitoral, demandando maior transparência e aprimoramento das urnas

eletrônicas. Há também os que manifestam crença na intervenção divina e na necessidade de justiça diante dos acontecimentos eleitorais.

A polarização política é mencionada, com críticas dirigidas a Bolsonaro e ao retorno do Partido dos Trabalhadores (PT) ao poder. Alguns respondentes questionam as pesquisas de opinião, sugerindo que elas podem ter influenciado, negativamente, os resultados e outros expressam arrependimento em relação ao seu voto, especialmente após considerarem as consequências das eleições.

O QUE VEM A SER DIREITA RADICAL.

Os estratos de notícias anteriormente destacados, o inquérito realizado, os últimos acontecimentos internacionais levam à uma reflexão sobre os caminhos e as escolhas da direita radical. Fato que ocorre tanto em países com uma tradição democrática, uma trajetória de respeito e garantia dos direitos humanos, quanto os que já viveram regimes de exceção, violentos e autoritários.

Embora se afirme que a definição da extrema direita careça de um rigor científico e acadêmico, o sentido a ela dado a torna fluida e diversa de acordo com o autor e o contexto.

Qual seria, então, a diferenciação entre direita e extrema direita que explicaria o ressurgimento de propostas discriminatórias e autoritárias?

Em princípio, ambas perspectivas defendem pautas consideradas tipicamente liberais como a defesa das liberdades individuais, a presença de um Estado mínimo, o livre mercado, a valorização da propriedade privada, a defesa dos interesses nacionais, o reconhecimento de elementos tradicionais e os programas sociais baseados na meritocracia. O diferencial entre elas, para alguns, seria que a direita radical tem uma abordagem e proposições mais acirradas. Assim, o seu significado sofreria variações em diferentes conjunturas políticas, econômicas e culturais, dependendo do país e do período histórico em questão (Bobbio, 2003).

Apesar da possível diversidade, os temas mais destacados por estes partidos são: o euroceticismo; a rejeição à União Europeia e as políticas de imigração; a xenofobia; o racismo; o medo/aversão ao estrangeiro; oposição ao multiculturalismo; preservação da tradição; uma forte perspectiva nacionalista e de resistência à perda de soberania; defende uma ordem social hierárquica com uma fragmentação social; questiona fortemente a globalização; há um fundamentalismo religioso; uma redução dos direitos da comunidade LGBTQ+, posturas agressivas quanto à “ideologia de gênero” e contra o aborto (Löwy, 2015).

De forma breve e historicamente, o surgimento da direita está vinculado à Revolução Francesa (1789-1799). As duas perspectivas da época são representadas, de um lado por Edmund Burk que defendia uma mudança gradual e

com estabilidade e, de outro, Thomas Paine que propunha uma reforma mais profunda rompendo com tudo que pudesse remeter ao regime político anterior (absolutismo). Durante a Assembleia Nacional Constituinte (1789) dois grupos políticos se destacam, um propunha a manutenção do *status quo* (girondinos) se posicionando à direita no Parlamento e a outra mais à esquerda (jacobinos) com ideias de transformação (Furet, 1986). Do início do capitalismo moderno (XVI e XVII), à polarização entre burguesia e proletariado (séculos XIX-XX) essas expressões ganham outra dimensão com posicionamentos atrelados ao liberalismo econômico e a um regime político e econômico mais igualitário (Dobb, 1969).

O EU E O OUTRO

Diante deste cenário, pensar sobre a temática parece fadado ao mesmo, ainda mais se a relacionarmos aos direitos humanos e à saúde. Entretanto, nossa reflexão se centra sobre a relação com o Outro, sobre aquela e aquele que partimos do pressuposto que é diferente de nós e que por assim ser ameaça ao *status quo*. O cenário apresentado no cotidiano, nas manchetes de jornal, na literatura e na produção acadêmica é sombrio. A impressão que se tem é que há muito tempo a humanidade não está tão dividida, seja socioeconomicamente, seja fraternalmente.

Brevemente, e a título de ilustração, destacamos apenas alguns conflitos atuais com consequências humanitárias e perda de vidas humanas em Mianmar, Nigéria, Azerbaijão x Armênia, Rússia x Ucrânia, Israel x Gaza, Afeganistão, Iêmen, Etiópia, Sudão do Sul, Mali, Burkina Faso, Somália, Niger, Somália, Congo e Moçambique, ataques de milícias Iemenitas Houthi contra navegação internacional no Mar Vermelho.⁷

Na vida de todos os dias, há separações entre casais, pais e filhos, amigos, irmãos, colegas de trabalho por diferenças ideológicas, econômicas, sociais e culturais. Receia-se o Outro e o rechaça por aquilo que se crê representar, pela raça, pela origem social e econômica, pelo gênero, pelo local de moradia, pela orientação sexual, e mais. Não se estabelece uma comunicação, um contato, o Outro nunca esteve tão distante e afastado. O isolamento social, cultural, econômico se manifesta em cada um de diferentes formas, do suicídio, da depressão, da mudança de escola, de moradia, de emprego.

⁷ <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/guerras-no-mundo-quantos-conflitos-estao-ativos-neste-momento/> e <https://noticias.uol.com.br/internacional/ultimas-noticias/2023/10/10/israel-palestina-guerras-sangrentas-mundo.htm>. Acesso em: 2023.

Há um movimento contraditório, ao mesmo tempo que o acesso aos meios de comunicação incrementados pela internet aproxima o que está distante, ele nos distancia do que é próximo pela violência simbólica contida nas relações (Bourdieu, 1989).

Em um determinado momento histórico, na formação do capitalismo, a modernidade se instituindo, e mesmo depois, a identificação, a dependência recíproca baseada na autonomia dos indivíduos, mesmo que restrita, é o que caracteriza a diferenciação entre uns e outros e que se dá por solidariedade orgânica (Durkheim, 2000).

O lugar que se ocupa, tendo em vista a classe social a que se pertence, pressupõe que haja uma solidariedade funcional que apesar das diferenças, aproxima os indivíduos. O aprimoramento e o aprofundamento da divisão do trabalho são indispensáveis à manutenção da coesão social. Para a modernidade, o indivíduo está no centro das sociedades complexas que reconhece sua autonomia tornando-a um valor social central em uma sociedade, agora, laica e racional. As diferenças produzidas pela divisão do trabalho unem os indivíduos pela necessidade de troca e interdependência; se está vinculado não mais segundo a origem ou descendência, mas a partir do tipo de atividade que exerce. Embora haja uma valorização da individualidade, a socialização oriunda dessa divisão do trabalho leva o indivíduo a se perceber como parte de um todo (Durkheim, 2000).

Ao longo do tempo, a globalização, a diferenciação progressiva e acentuada produzida pelo lugar que se ocupa no sistema produtivo capitalista levam ao surgimento crescente de diversas formas de desigualdades, discriminação e diferenciação. Agora estão inscritas não mais a partir do grupo econômico e social a que se pertence, mas incide e é gravado no corpo dos indivíduos. Onde se via classe social e exploração passa-se agora a se identificar grupos e indivíduos discriminados e desigualdades múltiplas. Diferenciação como forma de exclusão moral e social que leva a reivindicações de reconhecimento e de identidade e a uma exigência de igualdade social. Ações que vão de encontro às diversas formas de distinção inscrevem-se em um discurso de justiça social fundada na equidade (Dubet, 2016).

As hierarquias sociais e as reivindicações decorrentes do lugar que se ocupa no sistema de produção consequente da divisão do trabalho são explícitas. Em contrapartida, as questões relativas ao respeito à uma identidade, orientação sexual, origem, raça, têm um peso simbólico menos negociável. Estabelece-se um fenômeno relacional, em que a identidade se define com base no Outro que é visto como o oposto; um processo de negação da identidade alheia se estabelece de forma acirrada.

Na sociedade industrial, as desigualdades econômicas e sociais eram explicadas por sistema econômico percebido como injusto nas quais as relações sociais

eram determinadas a partir do lugar que ali se ocupava. Com o seu declínio, há a multiplicação e a agudização da diversificação das injustiças sociais que se individualizam e se localizam no Eu; elas mudam de natureza, de intensidade. A experiência que se tem de si e do Outro altera consideravelmente.

A diversidade, ao ser individualizada, elimina as reivindicações de classe e assim, tudo pode ser objeto de discriminação que, geralmente, provém de pré-julgamentos hostis a certos grupos e indivíduos. Tudo que é sólido se desmancha em categorias de identidade, do nacionalismo e do medo do Outro.

Dessa forma, a percepção da injustiça relaciona-se à consciência que o indivíduo tem da igualdade que lhe é devida. As distinções vividas, de forma sutil ou explícita, no cotidiano, colocam em causa as identidades pessoais e distancia aquilo que o indivíduo crê ser e o que é diante dos olhos dos outros. Assim, a demanda por reconhecimento da diversidade passa a ocupar o lugar das reivindicações de igualdade. As antigas oposições de classe são substituídas pela fissura entre uns e outros, que agora se centra no reconhecimento daqueles que não são. A identidade é o vértice das relações do dia a dia, ela comanda tudo e cada um se apresenta como uma espécie de movimento social individualizado. As construções imaginárias e simbólicas a ela associadas passam a ter uma concretude na realidade material e prática da vida social. Há uma multiplicidade de reivindicações individuais, de desigualdades conferidas e diversas porque se é o Outro. O ódio, a raiva e o ressentimento explicam-se facilmente pela diversidade sutil ou não (Dubet, 2016).

Assiste-se, então, ao recrudescimento de ideologias que ressaltam que as desigualdades múltiplas ameaçam os fundamentos “naturais” da família, da sociedade, do sistema econômico. O Outro é definido valendo-se de uma generalização do que é estrangeiro, seja vindo de fora do país, seja os que não são considerados membros da sociedade. O sentimento de solidariedade e fraternidade se dilui em um discurso e em ações individuais e político partidárias que usam o medo do “fim do *status quo*” para demonstrar que os alicerces “adequados” das sociedade, família, pátria e propriedade privada estão ameaçados.

Assim, o reconhecimento da existência social de uns será necessariamente vivido como uma ameaça. Há um sentimento forte de que a individualização da diferença enfraquece o sentimento de pertença comum, o que se entende por sociedade. O Outro torna-se o delinquente, o terrorista, o que ameaça os pilares sociais, o que não se pode confiar que, por sua vez, vê em todos e em tudo a prova cabal de que não faz parte da mesma coletividade. As reivindicações de reconhecimento das múltiplas individualidades retiram do indivíduo o véu da invisibilidade social e o apresenta como uma espécie de movimento social em si; se é uma identidade coletiva irredutivelmente contrária aquele que pensa e age contra essa percepção.

Com a globalização (século XX), o indivíduo se vê mais livre e igual, e afirma o seu direito à autenticidade e à singularidade e toma lugar uma rotinização da indignação. O questionamento e a crítica a essas manifestações são expressados mediante movimentos, políticas e discursos de ódio que negam ou minimizam as desigualdades múltiplas argumentando que resultam de diferenças individuais e meritocráticas, não reconhece que sejam fruto de fatores estruturais e sistêmicos. Se opõem a medidas de redistribuição de riqueza e oportunidades uma vez que prejudicam a liberdade econômica e individual defendendo e promovendo cortes em programas de assistência social. Críticos do processo de globalização e das instituições internacionais defendem uma abordagem soberanista. As políticas de segurança se tornam mais rigorosas enfatizando uma determinada identidade nacional e cultural, chamando a atenção para a ameaça que representam à cultura e aos valores nacionais. Enfim, promove um clima de medo e desconfiança em relação ao Outro retratando-o como um impedimento à unidade e à coesão social (Dubet, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção do Outro como o causador da situação econômico-social-individual, da fratura da sociedade e da tradição, atos de violência contra os(as) que são considerados indesejáveis, pululam no noticiário nacional. Temer e odiar o Outro, o receio de se aproximar, de dizer uma palavra, fazer um gesto que será mal interpretado, torna-se a tônica do dia a dia. Por vezes, para não se expor a situações desagradáveis e agressivas se afasta do Outro porque se receia a sua reação.

As consequências desse ambiente social hostil provocam uma variedade de efeitos negativos na saúde física, mental e emocional dos indivíduos. Tensão e ambientes hostis, sutis ou não, nas relações cotidianas são, por vezes, traduzidos em atos de agressão e discriminação. Há *bullying* em diferentes espaços sociais, dificuldade em estabelecer relações de afeto, isolamento individual e grupal, depressão, ansiedade, suicídio, doenças crônicas e autoimunes, e até declínio cognitivo. Comportamentos de risco, também podem advir em reação às situações de violência e às distinções vividas como o abuso de drogas, comportamento igualmente hostil, automutilação e práticas sexuais de risco. Há um clima constante de estresse físico e psicológico.

Embora haja uma variedade de correntes de pensamento dentro do que se institui ser ideologias radicais de direita, o ambiente de divisão social é um campo fértil para que elas prosperem. A oposição à globalização com medidas econômicas protecionistas e de restrição a imigração são a base da responsabilização do Outro pelos problemas econômicos e sociais vivenciados. Verifica-se

uma ênfase de ações xenofóbicas, racismo e preconceito contra minorias étnicas e religiosas, uma aversão ao multiculturalismo e à diversidade de origem, de raça e cultura. A forte presença militar no dia a dia, e a sua enaltação é justificada a fim de proteger os interesses nacionais de inimigos internos e externos. O poder político é centralizado e autoritário com sua concentração na mão de um grupo que tem em um indivíduo a personificação de um ideário, o salvador com qualidades extraordinárias e por vezes divinas. Teorias de conspiração prosperam com a produção constante e intensa de *fake news* e *deep fakes* direcionadas a grupos específicos como população LGBT+, mulheres, negros, judeus, imigrantes, governos estrangeiros. Os valores sociais tradicionais e conservadores manifestam-se na demonização do relacionamento/da família entre pessoas do mesmo sexo, dos direitos reprodutivos e da igualdade de gênero, da política de quotas, dentre outros (Bantigny & Palheta (2021).

Este ambiente antagonístico onde o “meu inimigo mora ao lado”, fragiliza ações de respeito à diversidade, à igualdade e à solidariedade. Propostas que têm como leme o respeito aos direitos inalienáveis são ridicularizadas ou usadas em detrimento pessoal. A direita radical ao aceder ao poder por via legal, é precedida de uma longa fase, por vezes silenciosa, de pensamentos e atitudes que a tornam uma realidade política. Ao se apresentar como a única força capaz restabelecer a ordem e a lei, acaba por convencer camadas sociais com aspirações e interesses antagonísticos, mas que se identificam com a proposta política que valoriza a hierarquia (classe social e gênero), é normalizante (sexualidade hetero) e homogeneizada (étnico-racial).

Nesse sentido, o conceito de crise de hegemonia de Gramsci, esclarece que a ascensão deste tipo de ideologia não decorre apenas de uma crise de dominação política ou econômica, mas é também uma crise de direção moral e intelectual. Durante esses períodos surgem movimentos sociais, partidos políticos e ideologias que buscam redefinir as relações de poder para a construção de uma “nova” ordem social ou recuperar a ameaçada. Assim, se dá uma “guerra de posições” em que diferentes grupos sociais competem para conquistar o apoio da sociedade e estabelecer uma hegemonia. É um momento de mudança e de antagonismos diversos quando as relações de poder e as ideologias dominantes são contestadas (Gramsci, 2016).

As políticas públicas implementadas nos últimos anos criaram um terreno social, político e ideológico fértil sobre o qual ideias nacionalistas e racistas puderam prosperar. A degradação das condições de existência, a insegurança social crescente, o medo de ideias associadas ao comunismo se concretizarem, a fragilidade das solidariedades coletivas, da inconstância e do fracasso da presença e das reivindicações sindicais, a incapacidade do partido/coligações partidárias no poder de falar uma linguagem acessível para a maioria da população, dentre outros,

nutrem ideologias e representações sobre indivíduos e grupos por aquilo que são. O ser passa a catapultar a indignação, o cansaço da lida diária, o medo do Outro.

REFERÊNCIAS

- BANTIGNY, L. & PALHETA, H. *Face à la menace fasciste*. Paris: Les Editions Textuel, 2021.
- BOBBIO, N. *Direita e esquerda: razões e significados de uma distinção política*. 2.^a ed. São Paulo: UNESP, 2003.
- BOURDIEU, P. *O Poder simbólico*. São Paulo: Ed. Bertrand Brasil S.A., 1989.
- DOBB, M. *Études sur le développement du capitalisme*. Paris: F. Maspero, 1969.
- DUBET, F. *Ce qui nous unit. Discriminations, égalité et reconnaissance*. France: Ed. Seuil, 2016.
- DUBET, F. *Le temps des passions tristes. Inégalités et populisme*. France: Ed. Seuil, 2019.
- DURKHEIM, E. *Sociologia*. Org. José Albertino Rodrigues; coord. Florestan Fernandes. São Paulo: Ed. Ática, 2000.
- FURET, F. *La Gauche et la Révolution française au milieu du XIX siècle: Edgard Quinet et la question du jacobinisme 1865-1870*. France: Ed. Hachette, 1986.
- GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere*, vol. 3. Edição e tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.
- LÖWY, M. *Conservadorismo e extrema direita na Europa e no Brasil*. 2015. <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/MFzdwxKBBcNqHyKkckfW6Qn/>. Acesso em: 2022.

Jornais e blogs

- BBC. <https://www.bbc.com/portuguese/articles/c1vlr44lekdo>. Acesso em: 2024.
- BLOG DO VOA PORTUGUÊS (20 nov. 2023). <https://www.voaportugues.com/a/javier-milei-ganha-elei%C3%A7%C3%A3o-na-argentina-e-diz-que-pa%C3%ADs-venezuela-v%C3%A7a-a-mudar-hoje/7362114.html>. Acesso em: 2023.
- CNN. <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/guerras-no-mundo-quantos-conflitos-estao-ativos-neste-momento/> e <https://noticias.uol.com.br/internacional/ultimas-noticias/2023/10/10/israel-palestina-guerras-sangrentas-mundo.htm>. Acesso em: 2023.
- CNN. <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/invasao-ao-capitolio-completa-um-ano-relembre-o-ataque-a-democracia-dos-eua/>. Acesso em: 2022.
- O GLOBO. <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2023/01/08/invasao-do-congresso-planalto-e-stf-veja-comparacao-com-a-invasao-do-capitolio-nos-eua.ghtml>. Acesso em: 2023.
- O OBSERVADOR. <https://observador.pt/2023/11/23/extrema-direita-europeia-celebra-vitoria-de-wilders-nos-paises-baixos/>. Acesso em: 2023.

Outros tons, outros trans, outras transas, outros trens: os direitos da natureza e a diversidade humana

*Marcos Besserman Vianna
Laís Silveira Costa*

A reflexão sobre as condições desiguais de vida, necessárias à manutenção de um sistema como o capitalismo, os marcadores sociais e os sistemas de opressão, ainda é incipiente, e conduzida por parcela restrita da sociedade. Os sistemas de opressão operantes decorrem de uma arena de poder desigual, em que os ganhadores silenciam os grupos minorizados com o intuito de manterem seus privilégios.

Termos como homofobia, transfobia, aporofobia, feminicídio, *bullying*, capacitismo, aquecimento global, racismo ambiental, desenvolvimento sustentável só recentemente começam a ser mais amplamente conhecidos, resultado de tessitura de lutas e de muito sofrimento. Até recentemente, pouco se falava sobre os direitos humanos, mas quando abordados, esses ficavam — e ficam ainda hoje — circunscritos aos ‘humanos direitos’, tamanho estigma e desumanização de alguns estratos populacionais, embora a Declaração Universal dos Direitos Humanos já tenha 76 anos.

Quando comparados os Objetivos do Milênio da ONU (2002) aos daqueles da Agenda 2030 (ONU, 2015), observa-se quão recente é a incorporação de abordagem em que os direitos humanos constam como protagonistas.

Note-se que mesmo na Declaração Universal dos Direitos Humanos alguns grupos são deixados de fora, conforme indicado em seu artigo 1.º: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”. A Declaração exclui os seres humanos que não são dotados de razão, geralmente conceituada como capacidade do pensamento dedutivo, realizado por meio de argumentos e de abstrações.

Não à toa, foram necessárias várias convenções complementares como a dos Direitos das Crianças e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, para incorporar grupos que tinham sido deixados de fora.

As novas gerações têm muito trabalho pela frente; lutam por conseguir uma vida mais humana; por impedir os crimes ecológicos, os abusos naturalizados, a repressão cotidiana das populações vulneráveis, o aumento das iniquidades. Mas também essa geração foi forjada em um sistema de privilégios, atravessada por marcadores sociais e por segregações que lhes motiva em sentidos variados.

É uma geração condenada a serem adultos em uma sociedade da qual não gostam — muitas vezes por motivos antagônicos — e que foi construída por outros, com valores dominantes do cisheteropatriarcado (da cisgeneridade, do binarismo e da heterossexualidade), das dominações impostas pelos países colonizadores, de um sistema econômico baseado na busca constante pelo lucro e pela acumulação de capital, na exploração dos trabalhadores, na ausência de representação social de estratos populacionais, no capacitismo e no antropocentrismo. Vivem sem possibilidades verdadeiras e nítidas de trabalho digno, de conviver em uma sociedade habitável, para todos os seres vivos, de condições equitativas para a participação social, com muita informação, com muitas *fake news* e muitas incertezas.

Considerando as questões pontuadas, as condições de vida extremamente desiguais em solo nacional, a deterioração do tecido social e dos recursos naturais que ameaçam a sustentabilidade da vida, o objetivo deste capítulo é explorar condicionantes para um futuro com menos opressão e iniquidades, pensado em Outros Tons. No processo, busca apontar hipóteses para um novo mundo, uma nova democracia, pensada e sentida com base no respeito à natureza e à diversidade, edificando relações cada vez mais harmoniosas dos seres humanos com seus congêneres e com a natureza (Outros Trans e Outras Transas). E, por fim, sinalizar os caminhos para essa transição, sem pretensão de assertividade ou de encerrar o assunto, mas convidando a todas, todos e todes, sem deixar ninguém (ninguém mesmo!) para trás, para alcançar Outros Trens.

Outros Tons – Precisamos pensar a natureza para compreender o mundo. Nós somos um bioma em que o maior número das células do nosso corpo não é de origem humana. São fungos, bactérias, vírus, sem os quais não viveríamos. Animais, plantas e ambientes estão intrinsecamente conectados, e o *homo sapiens* não está fora dessa interação que garante a vida no planeta Terra. Esse delicado equilíbrio ecológico se mantém, em virtude da conjunção de vários fatores, incluindo o clima e a forma como os seres vivos se relacionam entre si e com o meio ambiente.

O que existe em comum entre uma jabuticabeira onde de um ninho acaba de sair um passarinho voando no jardim, um cardume no oceano e um condor na cordilheira dos Andes? Juntos formam o que chamamos biodiversidade, que é a soma total de todas as formas de vida do planeta. **Como essas diversas formas de vida se relacionam entre si e com o meio ambiente, em uma correlação em que a existência de uma espécie afeta diretamente a muitas outras.** Por exemplo, o consumo de proteína animal, especialmente a carne de vaca, em razão do modelo de produção alimentar atual do capitalismo, fomenta enormemente a degradação do meio ambiente, o que se traduz em desmatamentos das florestas e de emissão de grande quantidade de gás metano aumentando o aquecimento global.

Assim como a biodiversidade é essencial para a manutenção dos ecossistemas na natureza, a neurodiversidade pode ser igualmente essencial para a evolução cultural e social dos seres humanos. A biodiversidade torna na natureza os ecossistemas mais aptos a enfrentar desafios e transformações, a neurodiversidade desenvolve nosso potencial e nos proporciona maior flexibilidade para enfrentar situações problemáticas e responder às demandas da sociedade.

É inegável que a neurodiversidade, uma forma de descrever que nossos cérebros são diferentes e, como qualquer ser humano, construímos os pensamentos com base em experiências singulares e valores culturais transmitidos, oferece um enfoque valioso para apreciar a riqueza e complexidade inerente às diferenças neurológicas (Fung, 2022). E conseqüentemente nos convida a reconsiderar as definições convencionais de êxito e habilidade.

Tomamos regularmente decisões imperativas, acreditamos em coisas ridículas, ignoramos as evidências científicas e elaboramos definições que não fazem sentido. A nossa mente é capaz de conceber e aceitar a teoria da relatividade como realidade, e por outro lado é incapaz de decidir que tipo de ovo queremos comer no café da manhã matutando dolorosamente nisso durante alguns minutos. Na maior parte do tempo, seu cérebro (e o de qualquer pessoa) se comporta como um completo idiota (Eagleman, 2017).

Para começar, existe esta “capacidade” de detectar padrões. O problema é que nosso cérebro se aplica a isso tão profundamente que começa a ver padrões

em todos os lugares; mesmo onde não há nenhum. Qualquer conceito de normalidade é um atributo subjetivo, criado pelos humanos. Todo conceito é a forma de se pensar sobre algo, expressar uma ideia ou caracterizar uma coisa, que na nossa sociedade ocorre impregnada pelos valores do capitalismo, do colonialismo e do patriarcado, que são as principais estruturas de dominação.

Estes padrões podem ser insignificantes quando se trata de coisas como apontar para as nuvens em um céu claro e dizer que é um cachorro perseguindo um gato. Mas quando o padrão sugerido é que “a maioria dos crimes é cometida por um determinado grupo étnico...”, então o problema passa a ser realmente sério. Pois dessas deformações tendenciosas advêm atrocidades como possessão, domínio, violência, intolerância, racismo, xenofobia, especismo e capacitismo.

Outros Trans – Qual a sustentação científica, filosófica ou política para a arrogância pueril de que somos excepcionais na cadeia da vida? O homem não é, mesmo que deseje, diferenciado da natureza. Essa concepção antropocêntrica está nos transformando em uma arma ecocida que pode acabar — e vem acabando — com diversas formas de vida na terra, inclusive a nossa. Como seres biológicos, nossa sobrevivência e bem-estar dependem tanto do meio ambiente em que vivemos quanto qualquer outra espécie.

Esta persistente convicção humana de ser o todo-poderoso e que pode fazer com os demais seres vivos o que bem quer, vem arruinando a possibilidade de sobrevivência na terra. A cada ano extinguímos cerca de 60 mil espécies de animais, que a natureza levou milhões de anos para criar. O massacre que a humanidade perpetra hoje contra o meio ambiente ultrapassa em muito a catástrofe ecológica causada pelo impacto de um asteroide no México, que há 66 milhões de anos acabou com a existência dos grandes dinossauros (Wallace-Wells, 2019).

Um dos principais defeitos da nossa sociedade consumista é que não somos capazes de pensar a longo prazo. Só nos preocupamos com o que acontecerá daqui a pouco, amanhã ou depois, mas não depois. Não nos preocupamos com os efeitos nos próximos anos ou para as próximas gerações, até que não haja mais volta. E talvez não estejamos vivos para nos arrependermos de tudo, tudo, tudo que fizemos. Veremos mais algumas guerras, mais pessoas fugindo de condições inabitáveis, milhões de crianças a mais vivendo na miséria. Mas a classe média global, com todas as tentações consumistas e todos os benefícios dos combustíveis fósseis ainda vê como desenvolvimento a eletricidade, os carros particulares, as viagens aéreas, a carne vermelha.

Se o aquecimento global chegar a 2°C, as calotas polares começarão a se desmanchar, 400 milhões de pessoas sofrerão com a escassez. Seja lá o que façamos para deter o aquecimento e nos proteger estamos vislumbrando a perspectiva da devastação da espécie humana. Qual será o preço para nossos filhos e netos? (Wallace-Wells, 2019).

Cada um de nós infunde algum sofrimento no futuro toda vez que acendemos a luz desnecessariamente, compramos uma passagem de avião ou deixamos de votar. A produção global de alimentos já responde por cerca de um terço de todas as emissões. Para evitar formas perigosas de mudança climática, o Greenpeace estima que o mundo precisa cortar seu consumo de carne e laticínios pela metade até 2050 (Relatório *Less Is More* de 2018). Veja alguns dados reunidos pela New Yorker:

a agricultura consome mais água do que qualquer outra atividade humana e quase um terço da produção agrícola se destina ao consumo de animais; um terço das terras agricultáveis do mundo é usado para o plantio de ração animal; derrubar florestas para formar pastos — nos últimos 25 anos, uma área equivalente a da América do Sul sofreu essa conversão — “transforma um sumidouro de carbono num dilúvio de carbono” (Salles, 2022).

O uso de animais na produção de alimentos é a tecnologia mais destrutiva da Terra, precisamos ingerir menos carne bovina e laticínios. Temos de apostar em transportes que não utilizem combustíveis fósseis, diminuir os voos transatlânticos, embora, para o cálculo do impacto climático, as escolhas individuais de estilo de vida contem muito pouco, a menos que essa somatória se traduza em frutos políticos.

Em 2012, 13 dos mais importantes neurocientistas do mundo assinaram a chamada Declaração de Cambridge, na Universidade de Cambridge, na Inglaterra, na qual afirmam que outros animais também têm consciência (Low, 2012).

Compartilhamos o planeta com eles, são seres que conhecem a dor e a vida, estão totalmente em nossas mãos e cometemos com eles atrocidades angustiantes que um dia nossos descendentes nos censurarão. No antropoceno, a violência que o ser humano comete contra a natureza rebate nele com uma força ainda maior.

Consideramos ofensivo para as mulheres e as demais populações minorizadas que estejamos defendendo a extensão da proteção legal dos direitos humanos para chimpanzés, porcos, peixes e bois, sem sequer termos quebrado o monopólio do macho branco sobre o *status* legal da pessoa humana.

Mas o direito humano é um caso particular do direito da natureza, porque os humanos também tem de se adaptar ao meio ambiente. Não é possível que ainda acreditemos que podemos adaptar o meio às nossas necessidades. Ficamos chocados quando chegamos notícias de pais que maltratam os filhos, de crianças que maltratam os pais... , mas no final das contas estamos fazendo a mesma coisa com o planeta: estamos matando aquele que nos dá a vida, e muita gente parece não se importar.

Se não compreendermos que para estabelecermos os direitos humanos temos de garantir os direitos da natureza, o futuro dos nossos filhos não poderá ser em um mundo melhor.

Qual é a atitude generalizada em relação aos animais que comemos? Podemos caracterizar como o desprezo, a subestimação. Nós os tratamos mal porque os desprezamos. O desprezo conduz à intolerância. A intolerância tem raízes complexas, sendo uma construção histórica e um produto cultural, uma vez que a intolerância inexistente fora do social (não existe na natureza), não estando alheia à consciência. Dessa forma a proteção da natureza não é reconhecida como um movimento histórico, correndo o risco de se tornar, tal como o movimento dos direitos humanos, mais uma cruzada contra práticas habituais em um mundo que exige universalidade para aqueles que são os seus próprios critérios.

Enquanto insistirmos que temos acesso a um universal ético que não é compreensível por outras tradições, e tentarmos impô-lo por meio da propaganda ou mesmo da pressão econômica, encontraremos resistência. E essa resistência será justificada.

Outras Transas – Existe um lugar em nosso interior que só nós próprios conhecemos. Cheio de recordações, de momentos, que só nós vivemos ou acreditamos que vivenciamos. Não nos tornamos quem somos pelo que desenvolvemos em nosso cérebro, provavelmente muito mais pelo que eliminamos de nossa memória. Já parou para pensar como você pensa?

Cada pessoa — e podemos até incluir os mamíferos — pensa de forma diferente. O pensamento é construído pela observação e pela interação com o meio em que se vive. Uma criança de 7 anos pode aprender a andar de bicicleta e isso não está na genética. Um chimpanzé criado entre humanos aprende a linguagem de sinais e não é determinação genética.

Do ponto de vista do cérebro, o pensamento é extremamente semelhante aos movimentos motores. A tempestade de atividade neural que faz você levantar o braço (comandado pelo cérebro, mesmo que não necessite estar decodificado em linguagem — “agora vou levantar o braço, agora vou dar um passo para frente”) é similar a que faz você pensar sobre o que deveria dizer a um amigo deprimido, ou onde deixou os óculos, ou o que vai querer pedir para o jantar. Ter um pensamento é como mover um membro (Rubia, 2006). Da mesma forma que o nosso cérebro nos faz chutar, empurrar ou agarrar algo, mobiliza conceitos no que tange ao pensamento. Em outras palavras, pensar é o ato de mexer com ideias e conceitos que nos foram passados segundo nossa cultura. Alguns pensamentos cabem em uma sociedade, enquanto outros não, alguns podem ser exploratórios e aceitos em uma criança, como urinar no papel higiênico para ver o que acontece, mas não em um ser considerado maduro. Assim como os mo-

vimentos e a fala, os pensamentos precisam aprender a melhor forma de agir na sociedade em que se desenvolve (Eagleman, 2020).

Quando nos referimos à memória, fazemos isso como se fosse uma coisa única. Descrever a memória é importante, porque pessoas definem seus pensamentos a partir de momentos relevantes das suas vidas. A forma como armazenamos e descartamos memórias é relevante para definir nossos pensamentos e reações durante a vida. Mas a memória não é uma coisa única, compreende muitos subtipos diferentes. Simplificadamente, existe a memória de curto prazo (lembrar um número de telefone e digitá-lo) e a memória de longo prazo (o que você fez no seu último aniversário). Dentro da memória de longo prazo podemos distinguir a declarativa (como nomes e dados) e a não declarativa (como andar de bicicleta: algo que se é capaz de fazer, mas que não consegue descrever com exatidão). Dentro da categoria não declarativa existem vários subtipos: lembrar como digitar rápido, por que você saliva ao abrir uma barra de chocolate. O modelo das sinapses químicas conveniente para cientistas quase certamente não é a abordagem da natureza. Pelo contrário, a cada coisa nova que aprendemos ficamos mais capazes de assimilar as novas informações relacionadas (Eagleman, 2020; Diamond, 2001).

Pensando assim, entendemos que o cérebro está o tempo todo se transformando na interação com o meio e com seu próprio corpo. Além das infinitas diferenças neurológicas entre os seres humanos, a compreensão histórico-cultural nos leva a reconsiderar e ampliar o conceito do que significa ser humano e, portanto, do que são direitos humanos. Cada um de nós, que nasceu no Brasil pensa diferente de alguém que nasceu em outra cultura, pois os espasmos, tremores e vibrações são diferentes. Os sons possuem significados diferentes, as formas de expressar sentimentos. Os valores que vão moldando nossos pensamentos, mais ou menos conectados com a natureza. Esses bebês de culturas distintas serão diferentes em muitos aspectos como a memória, a cognição e a experiência consciente (Gopnik, 2004).

O reconhecimento da diversidade humana, em que as diferenças de formas de pensar e neurológicas são parte dessa diversidade, não só devem ser aceitas, como valorizadas. Devemos questionar qualquer noção de normalidade (desde que nos tornamos *homo sapiens* nada é natural, tudo é biológico e cultural) e evitarmos etiquetas patológicas que estigmatizam parte das diferenças neurológicas. Devemos promover uma visão positiva dessas diferenças. E advogar o direito das pessoas se autodefinirem, vivendo de acordo com suas próprias preferências e necessidades, sem ter de aderir as padronizações de **ideias degradantes ou enfraquecedoras** que invariavelmente geram sentimento de insegurança, medo, apatia. Todos nós somos incompletos e sempre seremos. Não há ninguém com

vida completa. O dano que pode ser causado aos outros quando não os deixamos escolher outro caminho que não aquele que acreditamos ser o correto amedronta. Sentir medo arruína uma vida. Provocar o medo rebaixa quem o provoca. Todos os medos são horríveis. Sempre haverá pessoas diferentes que necessitarão ajuda... Sempre haverá Dianas fáceis de se atacar.

O bebê aprende a posicionar a boca de uma determinada maneira e a respirar para produzir a linguagem. Ele não aprende geneticamente, nem navegando na internet, mas balbuciando. Os sons saem de sua boca e os ouvidos os captam. O cérebro então compara o quão próximos esses sons estão das frases que ouve sua mãe ou pai dizer. De acordo com reações positivas ou não para suas falas, esse *feedback* constante vai lhe possibilitando refinar a sua fala até conseguir falar fluentemente português, inglês, chinês, ou qualquer outra das 700 línguas faladas em todo o mundo. Se for uma criança surda também balbuciará e reagirá às reações de mães e pais, a criança surda aprende a vocalizar mirando e copiando os movimentos da boca das pessoas que falam. Ainda que imitar os movimentos dos lábios seja um método efetivo, a questão é que a criança surda não pode ver o que faz a língua de quem fala, então precisará de treinamentos específicos para poder falar (Eagleman, 2020). Em comum, pessoas com ou sem deficiência só tem oportunidade de aprender quando são possibilitadas as interações, as reações, os *feedbacks*.

No caso do autismo, as regiões cerebrais crescem em momentos diferentes, o que aparentemente faz que estabeleçam conectividade em tempo próprio, com as regiões mais distantes, podendo resultar que no seu cérebro, as conexões de longa distância sejam sutilmente particulares, produzindo habilidades de comunicação e socialização distintas daquelas que foram padronizadas em nossa sociedade (Redcay & Courchesne, 2005).

Em outras palavras, um sistema conectado pode se desenvolver a partir de uma única célula, mas a forma como ele se desenvolve — o ritmo e a ordem exatos — produz resultados plurais. A ideia de que isso é simplesmente uma redistribuição é provavelmente apenas uma das hipóteses de explicação da experiência crítica que essas pessoas sofrem, em razão das estigmatizações das diversas formas de conceber pensamentos da diversidade humana (LeBlanc, 2011).

As crianças cegas, com captação sonora preservada, também podem enfrentar desafios para a aprendizagem da linguagem, por não poderem visualizar os movimentos das bocas ou formas de expressar emoções. A palavra terá verdadeiro significado para a criança cega, quando a ela for possível apreendê-la a partir do toque e do sentir. Caso contrário, ela se limitará a uma reprodução sonora, que lhe será insignificante (Nascimento, 2016).

As crianças com deficiência intelectual, tradicionalmente mais segregadas, têm menos oportunidade de convívio social, fazendo que muitas enfrentem bar-

reiras complexas à comunicação e à constituição de contexto na habilidade de se comunicarem.

Portanto, quem somos depende de como nosso cérebro está conectado. Modificar o corpo pode equivaler a modificar a pessoa. E depende do privilégio estabelecido pela oportunidade de convívio. A diferença é que viemos ao mundo com um cérebro em grande parte incompleto, e como resultado passamos por um período extraordinariamente longo de desamparo na infância. O nosso cérebro convida o mundo a moldá-lo, e é assim que assimilamos avidamente as nossas línguas, culturas, modas, políticas, religiões, identificações. Vir ao mundo com um cérebro semiformado provou ser uma estratégia vencedora para os humanos.

Seja de maneira intencional ou não, a ideia de plasticidade cerebral sugere que a ideia principal é moldar algo e mantê-lo assim para sempre. Não é assim que o cérebro funciona. Ele continua a se moldar ao longo da vida. O que é emocionante na vida não tem que ver com quem somos, mas com o que estamos nos tornando (Eagleman, 2020).

Em uma concepção holística do homem e da natureza não há lugar para uma sociedade que não se encontra desenhada para fazer frente às necessidades de todas, todos e todes, somente para uma minoria de pessoas privilegiadas. As pessoas com deficiência necessitam não só de soluções arquitetônicas e tecnológicas, mas principalmente de mudanças sociais e culturais na estrutura das sociedades, que seguem lhes tolhendo o direito à participação e naturalizando os atravessamentos aos seus direitos humanos. As diferenças são o que enriquecem o mundo, entretanto a falta de convívio impede a percepção da diferença imbuída na semelhança da condição humana. Pessoas seguem desumanizadas em uma humanidade empobrecida.

Em seu livro *Antropologia dos Mundos Contemporâneos*, Marc Augé argumenta que:

Devemos falar de mundos e não do mundo [...] que cada um desses mundos esteja em comunicação com os outros, que cada um possua pelo menos imagens dos outros, imagens que são por vezes truncadas, deformadas, falsificadas, imagens que por vezes são retrabalhadas [...] para que ninguém possa duvidar da existência de outras (Augé, 2006, p. 123).

Existem o mundo das pessoas ouvintes, das pessoas surdas oralizadas e das pessoas surdas sinalizadas, das pessoas videntes, das pessoas cegas, das pessoas de baixa visão, das pessoas reflexivas, das pessoas intuitivas, das pessoas com deficiência intelectual, das pessoas com paralisia cerebral, das pessoas com transtorno autista, das pessoas cis, das pessoas trans, das pessoas sentimentais, das pessoas

que ouvem vozes, das pessoas que tentaram suicídio, das pessoas que convivem com o vírus HIV, das pessoas que usam prótese, órtese ou cadeira de rodas, das pessoas que estão passando por perda das funções cognitivas, das pessoas ativistas, das pessoas migrantes, imigrantes e refugiadas, das pessoas vivendo em situação de rua, todos esses mundos, e muitos outros, com pessoas vivenciando suas existências de forma única e, portanto, pensando diversamente. Por meio das deformações e reformulações de pensar em um mundo único, só para alguns, que na maioria das vezes, criam-se estereótipos que levam à estigmatização das pessoas com deficiência, e de várias outras com certeza.

Outros Trens – O capitalismo, tal qual o vivemos, acirra e perpetua todos os males da sociedade. Se essa fala soa como um clichê antigo, agora temos de enfrentar a evolução dos modos de produção e ideologias de consumo incompatíveis com a sobrevivência da humanidade. É um sistema que se autodestrói ao extinguir os recursos naturais e humanos do planeta. Até quando nos permitiremos ver crianças abusadas, exploradas ou vivendo em condições miseráveis que deveriam envergonhar qualquer sociedade civilizada? Ou melhor, até quando fecharemos nossos olhos para o que acontece em nossa frente?

É inacreditável que nossa aparição no planeta tenha acontecido por uma ligeira queda de temperatura. E agora, o aumento de apenas alguns graus poderá acabar com uma boa parte da população humana. Portanto, parece-nos essencial explorar as circunstâncias que nos levaram a esse momento da nossa evolução (ou involução?). O clima é um fator determinante para a vida, entretanto tomamos decisões cotidianas que destroem o equilíbrio climático. Mas fingimos não saber.

Por outro lado, quando falamos sobre a mente evocamos uma série de habilidades cognitivas como pensamento, reflexão, habilidades artísticas, consciência, memória, imaginação, tomada de decisões, abstração, ideias, planejamento, emoções, sentimentos, percepção da realidade externa. Listamos intencionalmente muitas das capacidades cognitivas que consideramos típicas da nossa espécie, embora não saibamos até que ponto elas podem ser desenvolvidas por outros mamíferos e outros seres vivos.

Apesar do conhecimento científico, o que continua a interessar-nos acima de tudo somos nós próprios e o nosso próprio bem-estar. Talvez já tenha passado da hora para compreender nossa espécie em um ecossistema do qual nos apropriamos irracionalmente e que agora está nos rejeitando, embora alguns teimem em não ter essa consciência e, outros já excluídos, sejam privados intencionalmente da informação dessas evidências científicas: é a necropolítica em atuação... vivemos em um sistema injusto e burro, um sistema que se fagocita.

Hoje, mais do que nunca, o estudo da nossa própria natureza é uma necessidade urgente, porque nos distanciamos demasiado da realidade a que pertencemos. A mudança para outra realidade só poderá ocorrer se admitirmos que somos apenas mais uma entidade biológica, das muitas que ainda não eliminamos no planeta.

Foi nossa visão antropomórfica que nos arrastou até o precipício. O homem acima de todas as coisas. Mas não um homem qualquer, e sim um determinado homem: branco, hétero, dominador, violento, possuidor, territorialista, colonizador e corponormativo, acima dos demais humanos. Será que é difícil entender que o capitalismo já tinha substituído a democracia? Que o consumismo perverteu tudo, roubando nosso tempo e nos escravizando, nessa sociedade onde possuir bens é o objetivo e cuidar uns dos outros (o que nos fez vencedores na evolução) esteja depreciado?

Na luta pela sobrevivência o conceito de liberdade foi substituído pelo direito à vida. Devemos entender que é violência também o excesso de positividade. A estigmatização das diferenças, a negação da diversidade humana, também se dá pela cobrança do hiperdesempenho, da hipercomunicação e da hiperestimulação. Essa sobrecarga dolorosa acaba incidindo em todos, mesmo nos mais privilegiados, só que esses não sentem vergonha.

Pela primeira vez na história, o ser humano tomou consciência de que é uma espécie em grave perigo de extinção. Se queremos continuar existindo precisaremos da curadora mão do outro. Só existimos porque fomos cuidados, pois quando nascemos e por um largo período somos dependentes dos outros para sobreviver. Portanto precisamos começar a entender os outros não pela parte de fora, mas do ponto de vista deles.

Quais coisas são importantes para você? Em que você gasta seu tempo? Você ama alguém? Vivenciar suas alegrias pessoais, seus medos, suas decepções amorosas e suas esperanças, neste momento, parece ficção científica, mas dentro de algumas décadas poderá ser a alavanca da ciência.

Assim como a biodiversidade é fundamental para a estabilidade dos ecossistemas, evitar ficar presos a uma única forma de pensar pode ser essencial para a estabilidade de uma cultura fundamentada no respeito aos direitos humanos. Cada um de nós compartilhando a responsabilidade pelo bem-estar de todos. Se valorizarmos a diversidade de pensamento a sociedade humana poderá ser premiada com soluções para circunstâncias imprevisíveis, em um paradigma da evolução que busca redefinir a percepção da diferença (Jurgens, 2020).

Passamos a vida pensando quem sou eu e o que é este mundo. Deveríamos pensar o que são esses mundos. Como apresentamos neste curto ensaio, a pessoa que você é emerge de tudo com o qual você interagiu: seu ambiente, suas

experiências, seus amigos, seus inimigos, sua cultura, seu sistema de crenças, tudo junto. Mas não existe você sem o exterior. Graças ao *liveware*,¹ a diversidade de formas de ser e pensar dos humanos, cada um de nós é o mundo. Assim como da existência de uma espécie muitas outras são dependentes, na biodiversidade, a existência de cada pessoa é dependente da diversidade humana, das diversas formas de pensar, dos diversos mundos que somos e habitamos.

REFERÊNCIAS

A ideia e o espírito deste capítulo se devem a dois grandes clássicos, de Charles Darwin e da australiana Jane Singer, que embora não estejam referidos no texto, são os norteadores.

- AUGÉ, M. *Por uma antropologia dos mundos contemporâneos*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.
- DARWIN, C. *A origem do homem, 1874*. 1.^a ed. São Paulo: Editora Hemus, 2008. 756p.
- DIAMOND, M. Response of the brain to enrichment. *Anais da Academia Brasileira de Ciências*, 2001.
- EAGLEMAN, D. *Cérebro: uma biografia*. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 2017. 256p.
- EAGLEMAN, D. *Livewired: The inside story of the ever-changing brain*. Vintage, USA, 2020. 322p.
- FUNG, L. K.; ULRICH, T. L. et al. Neurodiversity: an invisible strength?. *JOM*, vol. 74, pp. 3.200-2, aug. 2022. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11837-022-05454-2>
- GOPNIK, A. & SCHULZ, L. Mechanisms of theory formation in young children. *Trends in cognitive sciences*, 8, pp. 371-7, 2004.
- JURGENS, A. Neurodiversity in a neurotypical world. In: ROSQVIST, H.; CHOWN, N. & STENNING, A. (eds.). *Neurodiversity studies: A new critical paradigm*. Routledge, 2020, pp. 73-88.
- LEBLANC, J. & FAGIOLINI, M. Autism: A “Critical Period” Disorder?. *Neural Plasticity*, 2011.
- LOW, P. *The Cambridge Declaration on Consciousness. Proceedings of the Francis Crick Memorial Conference*. Churchill College, Cambridge University, 7 jul. 2012, pp. 1-2.

¹ *Liveware* é como alguns neurocientistas se referem em oposição ao termo plasticidade cerebral, por entender que o cérebro não se molda, que está se transformando a todo momento, como de alguma forma você que leu este texto pode ter mexido em ideias e conceitos.

- NASCIMENTO, A. L. & CAVALCANTI, W. M. A. *Aquisição e desenvolvimento da linguagem em pessoas cegas*. São Paulo: UNESP, 2016, p. 234.
- REDCAY, E. & COURCHESNE E. When is the brain enlarged in autism? A meta-analysis of all brain size reports. *Biological Psychiatry*, 58, pp. 1-9, 2005.
- RUBIA, F. J. Que sabes de tu cérebro?. Ediciones Martínez Roca, 2006. 256p.
- SALES, G. M. de. Neurociência num Estudo Sobre o Autismo. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, ano 3, ed. 7, vol. 4, pp. 5-19, jul. 2018. ISSN: 2448-0959
- SALLES, J. M. *Arrabalde: em busca da Amazonia*. São Paulo: Companhia das Letras, 2022. 424p.
- SINGER, J. *Neurodiversity: The Birth of an Idea*. 2017.
- WALLACE-WELLS, D. *A Terra Inabitável: uma história do futuro*. 1.^a ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

Direitos humanos, saúde e diversidade: orientação sexual, identidade de gênero e determinação social da saúde nos contextos brasileiro e internacional

Henrique Rabello de Carvalho

Este capítulo propõe-se a explorar as intersecções entre diversidade sexual e de gênero, direitos humanos e determinação social da saúde. Pretende-se analisar como as diferentes identidades de gênero e orientações sexuais estão entrelaçadas não apenas com o acesso aos direitos fundamentais, mas também como se constituem como categorias relevantes para a determinação social da saúde, que se relacionam diretamente ao acesso a serviços de saúde, condições de vida e trabalho, em um contexto de discriminação social e LGBTIfobia estrutural. O objetivo é compreender como essas variáveis impactam a saúde das pessoas LGBTI+¹ tanto em perspectiva internacional como doméstica, ressaltando as disparidades de saúde decorrentes da marginalização e da discriminação com base na orientação sexual e na identidade de gênero.

¹ Neste trabalho optou-se pela terminologia LGBTI+ para designar as pessoas lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais e pessoas intersexo e outras identidades de gênero e orientações sexuais. Entende-se que essa denominação não é exaustiva como poderá ser percebido, relatórios, pesquisas e trabalhos aqui referidos apresentam uma multiplicidade de nomenclaturas relativas à população sexo-gênero diversa.

Ao investigar estas relações, procura-se contribuir para uma compreensão abrangente das complexidades envolvidas na promoção da saúde e dos direitos humanos, considerando a orientação sexual e a identidade de gênero como categorias relevantes no processo de determinação social da saúde. Destaca-se a importância das implicações políticas e sociais dessas intersecções, especialmente no contexto da pandemia de Covid-19, em que se evidencia a necessidade de políticas públicas de direitos humanos e saúde inclusivas, bem como medidas de saúde pública sensíveis à diversidade sexual e de gênero.

O DIREITO À SAÚDE E OS DIREITOS LGBTI+ COMO DIREITOS HUMANOS

Os direitos humanos, como delineados na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, abarcam o direito à saúde como fundamental a um padrão de vida digno. O reconhecimento da saúde como um direito humano fundamental (Oliveira et al., 2020) implica garantir a todos acesso equitativo a serviços de saúde sem discriminação, com base em sua condição socioeconômica, *status* migratório, deficiência, raça, gênero, orientação sexual ou qualquer outra característica. A reflexão sobre a saúde na perspectiva dos direitos humanos remete à compreensão da importância intrínseca da saúde para a realização plena e igualitária dos direitos de cada pessoa. O texto da Declaração e Programa de Ação de Viena de 1993 reafirma o conteúdo da Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU de 1948 e fortalece a sua aplicação global, quando se considera a indivisibilidade e a interdependência entre os direitos humanos. Nesse sentido,

Todos os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. A comunidade internacional tem de considerar globalmente os Direitos Humanos, de forma justa e equitativa e com igual ênfase. Embora se devam ter sempre presente o significado das especificidades nacionais e regionais e os antecedentes históricos, culturais e religiosos, compete aos Estados, independentemente dos seus sistemas político, econômico e cultural, promover e proteger todos os Direitos Humanos e liberdades fundamentais (ONU. Declaração e Programa de Ação de Viena, 1993).

Com base em que se afirmou em Viena, em 1993, é possível dizer que a garantia da universalidade, da inalienabilidade e da indivisibilidade dos direitos humanos implica em considerar as categorias orientação sexual e identidade de

gênero dentro do grande guarda-chuva que constituem os direitos humanos na atualidade. Nesse sentido, os direitos LGBTI+ estão intrinsecamente entrelaçados aos princípios fundamentais dos direitos humanos, incluindo o direito à igualdade perante a lei, a não discriminação, à vida e à liberdade, à privacidade, à liberdade de expressão e associação e, especialmente, à saúde. É assertiva a afirmação de Herrera Flores (2009), quando propõe considerar os direitos humanos não apenas como ponto de chegada, mas como ponto de partida, o que tensiona diretamente a ideia de universalidade e abre caminho para a diversidade e para as especificidades das experiências humanas.

O campo dos direitos humanos tem sido relevante para o constante avanço e debate global sobre a efetivação de direitos e o papel do sistema internacional, e entre os tópicos mais prementes encontram-se a diversidade sexual e de gênero, que podem ser entendidas como categorias de análise, e que abrangem uma vasta gama de orientações e identidades que transcendem as categorias tradicionais. Apesar dos progressos significativos ao longo das últimas décadas, a luta pela igualdade de direitos para pessoas LGBTI+ ainda enfrenta desafios substanciais em muitas regiões do mundo (Carvalho, 2021; 2022).

A promoção e a salvaguarda dos direitos LGBTI+ como direitos humanos condiciona implicações políticas profundas tanto em âmbito nacional quanto internacional. Tal empreendimento requer a formulação e a implementação de leis e políticas que não apenas vedem a discriminação baseada na orientação sexual e na identidade de gênero, mas também estabeleçam medidas afirmativas para garantir igualdade de oportunidades e pleno exercício dos direitos das pessoas LGBTI+.

Apesar do crescente reconhecimento dos direitos LGBTI+ como direitos humanos, muitas pessoas ao redor do mundo ainda enfrentam discriminação, violência e marginalização com base em sua orientação sexual ou identidade de gênero. Leis discriminatórias, políticas homofóbicas, transfóbicas e intersexofóbicas e atitudes sociais hostis perpetuam a exclusão e a negação dos direitos fundamentais das pessoas LGBTI+. Além disso, questões como a falta de reconhecimento legal das relações entre pessoas do mesmo sexo, a criminalização da identidade de gênero não conformista com padrões biologizantes e essencialistas e a falta de acesso a serviços de saúde específicos representam desafios significativos enfrentados pelas pessoas LGBTI+ em muitos contextos. No âmbito do trabalho, ainda se observa a necessidade de inclusão das pessoas LGBTI+, sobretudo quando se destaca o potencial transformador de trabalhadoras e trabalhadores. Nesse sentido, a respeito da saúde dos trabalhadores,

A interlocução com os próprios trabalhadores — depositários de um saber emanado da experiência e sujeitos essenciais quando se visa a uma ação trans-

formadora — é uma premissa metodológica (Gomez, Vasconcellos & Machado, 2018, p. 1.964).

Nesse cenário a interlocução, como propõem os autores, torna-se incompleta, uma possibilidade ainda a ser concretizada quando se considera as diversas formas de discriminação e alijamento das pessoas LGBTI+ do trabalho, não apenas pela discriminação na contratação, mas pela possibilidade de permanência dessas pessoas que muitas vezes são demitidas, ou mesmo se afastam em virtude de atitudes LGBTIfóbicas recorrentes. Ainda, deve ser considerado o contexto neoliberal e ultraconservador (Brown, 2019; Dardot & Laval, 2017) que amplia os processos de moralização das orientações sexuais e identidades de gênero e consequente discriminação estrutural, como a exclusão das pessoas LGBTI+ de políticas públicas e reconhecimento de direitos.

LEGISLAÇÃO E PROTEÇÃO DOS DIREITOS LGBTI+

A evolução da legislação relacionada aos direitos LGBTI+ reflete possibilidades de avanços civilizatórios impulsionados pelos movimentos sociais. Conquistas iniciais incluíram a descriminalização da homossexualidade e proteções contra discriminação em várias áreas. No entanto, os desafios persistem na implementação efetiva dessas leis. A legalização do casamento entre pessoas do mesmo sexo em diversos países como África do Sul e Argentina, por exemplo, foi um marco, consagrando direitos fundamentais e promovendo inclusão social. Leis que protegem identidade de gênero e expressão têm ganhado importância, como na Argentina, que reconhece legalmente a identidade de gênero autodeclarada, garantindo acesso a serviços adequados para pessoas transgênero e não binárias.

Apesar do progresso, a luta pelo reconhecimento de legislação que proteja os direitos LGBTI+ ainda enfrenta desafios significativos. Grupos conservadores e movimentos antidireitos continuam a resistir à igualdade e à inclusão, muitas vezes baseando-se no uso de argumentos religiosos ou culturais para justificar a discriminação (Carvalho; Oliveira, 2024). Essas resistências se refletem em tentativas de revogar ou enfraquecer leis de proteção, bem como em ataques diretos às pessoas LGBTI+, incluindo violência física e retórica de ódio. Além disso, a aplicação desigual das leis e a falta de proteção adequada em muitos contextos ainda torna pessoas LGBTI+ vulneráveis à discriminação, marginalização e violência, com graves impactos no acesso à saúde, à educação e ao trabalho. É essencial que os sistemas judiciais e as instituições democráticas sejam mobilizados para garantir a implementação efetiva das leis de proteção para combater atos discriminatórios.

A sociedade civil desempenha um papel fundamental na promoção da igualdade e na defesa dos direitos humanos, incluindo os direitos LGBTI+. Organizações da sociedade civil, movimentos ativistas e defensores dos direitos humanos têm sido atores fundamentais na pressão por mudanças legislativas, na educação sobre diversidade sexual e de gênero e na prestação de apoio às pessoas LGBTI+, em geral.

A ORIENTAÇÃO SEXUAL E A IDENTIDADE DE GÊNERO E A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

As reflexões sobre determinação social da saúde devem considerar os fatores sociais, econômicos e ambientais que influenciam a saúde das populações de maneira significativa. Entre essas variáveis, destacam-se a orientação sexual e a identidade de gênero que emergem como categorias relevantes, influenciando diretamente o acesso aos cuidados de saúde e o bem-estar das pessoas. Afirmar a orientação sexual e a identidade de gênero no contexto da determinação social da saúde implica necessariamente na reflexão sobre os desafios enfrentados por pessoas LGBTI+ e suas implicações políticas e de saúde pública. Assim,

A saúde depende de tantos determinantes que ninguém a pode garantir, portanto, como direito, deve ser interpretado como um direito humano, que obriga a garantia não só dos cuidados de saúde oportunos e eficazes como também ao provimento da água necessária de forma segura, saneamento, alimentos seguros e saudáveis, habitação protegida e salubre, conhecimento, cultura, o enfrentamento das mudanças climáticas e ambientais, enfrentamento a questões de racismo e homofobias, entre outros (Oliveira et al., 2020, p. 11).

Como pontua Fleury-Teixeira (2009, p. 385), “a doutrina da medicina baseada em evidências, [...] não tem sido capaz de reconhecer os determinantes sociais subjacentes aos principais problemas de saúde mundiais. O modelo de Göran Dahlgren & Margaret Whitehead (1991) sobre os determinantes sociais da saúde é uma estrutura conceitual amplamente utilizada para compreender os diversos fatores que influenciam a saúde de uma população. Por meio desse modelo, Dahlgren & Whitehead pretendem demonstrar que a saúde de uma pessoa não é apenas determinada por fatores biológicos ou genéticos, mas também por uma ampla gama de fatores sociais, econômicos e ambientais. O modelo ilustra os variados níveis de determinantes sociais da saúde, começando pela camada externa, que abrange as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais,

até a camada mais próxima do indivíduo, que inclui fatores hereditários e características pessoais, como idade e sexo.

No contexto das pessoas LGBTI+, esses fatores são ainda mais complexos e interconectados. A discriminação e a marginalização podem agravar os desafios enfrentados em cada uma dessas camadas. Crianças e adolescentes LGBTI+ podem enfrentar *bullying* e exclusão, impactando seu desenvolvimento psicológico e social. O que se considera como “estilo de vida saudável” pode ser dificultado por ambientes hostis e a falta de apoio social adequado. As redes sociais e comunitárias, muitas vezes, tornam-se cruciais para contrabalançar o impacto da discriminação, fornecendo um espaço seguro e de apoio.

No campo da educação, a falta de preparo para a diversidade sexual e de gênero limita as oportunidades de emprego e renda para pessoas LGBTI+, afetando sua saúde indireta e diretamente. A exclusão e a falta de apoio nas escolas levam a maiores taxas de abandono escolar e menos oportunidades de formação e trabalho. Ambientes de trabalho inseguros e discriminatórios afetam diretamente a saúde mental e física das pessoas LGBTI+, que enfrentam hostilidade, assédio e exclusão. O desemprego, agravado pela discriminação, resulta em condições precárias de vida, inseguranças financeira e alimentar, prejudicando a saúde dessa população.

A falta de acesso à água potável e ao saneamento básico, frequentemente enfrentada por pessoas LGBTI+ em áreas marginalizadas, resulta em doenças transmitidas pela água e condições insalubres de vida. No contexto das mudanças climáticas e da responsabilidade intergeracional que ainda carece de comprometimento fático dos estados e das populações, especialmente no contexto neoliberal, as formas de vulnerabilidade social que se interconectam se tornam mais drásticas em sociedades LGBTIfóbicas, por exemplo. Quando refletimos sobre os eventos no Rio Grande do Sul, é imperioso considerar as pessoas trans e travestis em condições de precariedade social, condição essa que foi amplificada com as chuvas e enchentes que atingiram grandes contingentes populacionais no estado, por exemplo.

Esses exemplos ilustram como cada camada do modelo de determinantes sociais da saúde influencia a saúde das populações e a importância de políticas inclusivas que promovam a equidade e o bem-estar geral, assegurando a inclusão das especificidades das pessoas LGBTI+. Com base nessas discussões, cabe indagar a respeito dos impactos de uma sociedade LGBTIfóbica e de suas instituições na saúde das pessoas LGBTI+, desde a infância até a velhice. Isso significa tensionar a estrutura deste modelo proposto por Dahlgren & Whitehead e contextualizá-lo na perspectiva das vidas LGBTI+ do qual decorrem algumas perguntas significativas:

:: Quais os efeitos do *bullying* LGBTIfóbico sobre a saúde mental de crianças e adolescentes em um contexto de escolas despreparadas para lidar com a diversidade sexual e de gênero?

:: Quais as consequências da ausência de capacitação e do sobrepujamento de valores religiosos/morais no acesso à saúde de pessoas LGBTI+ no âmbito do SUS?

:: Quais os resultados da ausência de redes sociais e comunitárias que desempenham um papel crucial na saúde das pessoas, fornecendo suporte emocional, instrumental e informativo na vida de pessoas LGBTI+?

As disparidades substanciais no acesso à saúde, enfrentadas por populações marginalizadas, incluem não apenas limitações estruturais, como a carência de infraestrutura de saúde e de profissionais em comunidades desfavorecidas, mas também a discriminação sistêmica que impede a igualdade no acesso aos serviços de saúde. A falta de investimentos financeiros e educacionais para capacitar profissionais de saúde a lidar com a diversidade agrava ainda mais essas desigualdades.

A ausência do reconhecimento da orientação sexual e da identidade de gênero como direitos humanos impacta profundamente a saúde das pessoas, influenciando sua exposição a riscos, acesso aos cuidados e experiências de discriminação e estigma. Pessoas LGBTI+ frequentemente enfrentam barreiras significativas como a exclusão nos sistemas de saúde, preconceito por parte de profissionais e falta de reconhecimento legal de suas relações afetivas/familiares, orientações sexuais e identidades de gênero. A discriminação baseada na orientação sexual e na identidade de gênero contribui para disparidades em saúde mental, aumentando o risco de depressão, ansiedade e suicídio entre pessoas LGBTI+.

Abordar essas disparidades exige uma abordagem multifacetada que reconheça e responda às diferentes dimensões das desigualdades sociais. Isso inclui a implementação de políticas públicas que promovam a equidade no acesso aos cuidados de saúde e medidas para combater a discriminação, promovendo a inclusão de grupos marginalizados na formulação e na execução dessas políticas. É fundamental o desenvolvimento e a implementação de políticas de saúde pública baseadas em uma compreensão holística dos fatores sociais que influenciam a saúde das populações, incluindo a diversidade de orientações sexuais e identidades de gênero como variáveis relevantes.

DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÊNERO E A PANDEMIA DE COVID-19

O contexto internacional

A situação das pessoas LGBTI+ em período pandêmico deve ser contextualizada em uma situação de não reconhecimento dos mesmos direitos do restante da população e sujeitas à violência estatal em diversos países. De acordo com dados do relatório “State Sponsored Homophobia” publicado em 10 de dezembro de 2019 pela International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA), no ano de 2019 a homossexualidade ainda permanece criminalizada em 68 países dos 193 países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) (o que representa um total de 35% desses países). O relatório indica que atos sexuais consensuais entre pessoas do mesmo sexo são proibidos em diversos países: em 32 países dos 54 países da África, 21 países dos 42 países da Ásia, 9 países dos 33 países nas Américas e 6 países dos 14 países da Oceania. Dos 68 países com tal criminalização, todos possuem leis explícitas contra essa prática. Entre eles, 11 preveem pena de morte e 5 prisão perpétua, enquanto os demais estabelecem penas de prisão variadas, de 6 meses a 20 anos. Egito e Iraque condenam esses atos por meio de outras práticas ou legislação. Esse breve panorama evidencia que os direitos das pessoas LGBTI+ ainda não são percebidos como direitos humanos, o que se relaciona diretamente com o acesso ao direito à saúde e ao trabalho, dentre outros direitos.

A ONG OutRight Action International conduziu uma pesquisa entre março e abril de 2020, em que foram entrevistadas 59 pessoas LGBTI+ de 38 países para examinar o impacto da pandemia de Covid-19 e das medidas de saúde pública sobre essa população e movimentos sociais. A pesquisa identificou temas importantes, incluindo: 1) devastação econômica e insegurança alimentar; 2) interrupções no acesso aos cuidados de saúde e relutância em procurar cuidados de saúde; 3) aumento do risco de violência doméstica; 4) isolamento social e ansiedade; 5) temores de discriminação e estigma; e 6) preocupações com a sobrevivência organizacional e apoio comunitário.

Segundo a pesquisa, a devastação econômica e a insegurança alimentar são preocupações principais em razão da presença significativa da população LGBTI+ no setor informal e em profissões como trabalho sexual, onde muitas pessoas enfrentam pobreza extrema. Durante a pandemia, várias violações de direitos foram documentadas. Por exemplo, nas Filipinas, foi negado a um casal de lésbicas suprimentos alimentares, porque não se enquadravam no conceito tradicional de família, ao passo que famílias heterossexuais vizinhas receberam assistência (Outright

International, 2020). No Sri Lanka, muitas pessoas LGBTI+ evitaram pegar alimentos distribuídos pela polícia local por causa do medo de discriminação.

No Panamá, foi implementado um sistema binário de gênero para controlar a exposição ao vírus, dividindo os dias de compras entre homens e mulheres, sendo adotado também em duas cidades colombianas e no Peru, resultando em violações dos direitos de pessoas trans, incluindo detenções e constrangimento público (Outright International, 2020). Na Coreia do Sul, houve relatos de associação das pessoas LGBTI+ com a disseminação do coronavírus (CNN, 2020). A abordagem interseccional revela as desigualdades exacerbadas pela pandemia de Covid-19, afetando grupos sociais de maneiras distintas (Bowleg, 2020; Lee, 2020).

A pesquisa identificou interrupções no acesso aos cuidados de saúde e hesitação em buscar tratamento entre a população LGBTI+ em virtude da pandemia. Na Rússia, seis pessoas trans com sintomas de Covid-19 evitaram hospitais por medo de abusos e transfobia institucional. Em Uganda, os administradores de testes de Covid-19 foram acusados de constranger pessoas com base em sua identidade de gênero e orientação sexual. No Belize e em El Salvador, há relatos de homofobia e transfobia nos serviços de saúde. A distribuição irregular de medicamentos para HIV/aids foi destacada em Wuhan/China, Quênia, Jamaica, Libéria e Uganda (Outright International, 2020).

A pesquisa ainda revelou que a distribuição inconsistente de hormônios afetou pessoas trans em 12 países, muitas vezes considerados como “não essenciais” durante a pandemia. Isso foi observado em relatos de um homem trans do Chile, uma mulher trans dos Países Baixos, um homem trans de Nova York, bem como pessoas intersexo da Islândia e do Quênia. Além disso, o isolamento social recomendado pela Organização Mundial de Saúde aumentou o risco de violência doméstica, como indicado por pessoas entrevistadas, incluindo uma mulher bissexual de Guangdong na China e um homem *gay* no Líbano, entre outras, resultando em ansiedade crescente (Outright International, 2020).

O medo de violência social, estigma e discriminação foram relatados como consequência direta da pandemia. Destaca-se o relato de uma mulher transgênero da Libéria, que apontou que grupos religiosos e culturais assim como líderes tradicionais buscaram relacionar a pandemia de Covid-19 com a população LGBTI+ a exemplo do que já havia ocorrido durante a crise de ebola na África. Essa forma de associação discriminatória também foi relatada por uma mulher bissexual do Zimbábue assim como outras pessoas LGBTI+ de Gana, Guiana, Quênia, Uganda, Libéria, Rússia, Ucrânia, Estados Unidos e Coreia do Sul. Esses relatos também se relacionam com abuso do poder estatal como invasão, detenção e espancamento de 23 pessoas em Uganda, sob a acusação de “homossexualidade” após a decretação de *lockdown* pelo governo local. Por último,

o aumento das restrições, sobretudo econômicas, ocasionadas pela pandemia motivou preocupações com sobrevivência, apoio comunitário e unidade como tema-chave para as/os entrevistadas/os (Outright International, 2020).

O contexto brasileiro

Historicamente, os direitos da população LGBTI+ no Brasil foram conquistados principalmente por meio da organização dos movimentos sociais e da judicialização. Apesar da ausência de legislação específica aprovada no Congresso Nacional desde a redemocratização em 1985, a luta por representatividade persistiu (Carvalho, 2022). O Supremo Tribunal Federal desempenhou um papel crucial na interpretação da Constituição, a partir da provocação de movimentos sociais, reconhecendo prerrogativas como a união estável, a retificação de identidade de gênero sem necessidade de cirurgia e o reconhecimento da discriminação contra as pessoas LGBTI+ como crime (Carvalho, 2022).

Durante os períodos presidenciais de Lula da Silva e Dilma Rousseff, observou-se um avanço no desenvolvimento de políticas públicas LGBTI+ no âmbito do Poder Executivo. Entretanto, tais avanços foram abruptamente interrompidos com o golpe jurídico, parlamentar e midiático em 2016 que afastou Dilma Rousseff da presidência da República, marcando o início de uma agenda mais conservadora em relação aos direitos dessa parcela da população. Essa tendência ganhou ainda mais força com a ascensão de Jair Bolsonaro à presidência em 2018. Segundo o relatório do Grupo Gay da Bahia (GGB), o Brasil registrou 329 mortes violentas de LGBTI+ em 2019, sendo 297 homicídios e 32 suicídios. A Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) destaca o Brasil como líder global em homicídios de pessoas trans em 2019 com 130 mortes, seguido por México com 65 mortes e Estados Unidos com 31 mortes (Benevides & Nogueira, 2020, p.57). O país caiu de 55.º para 68.º no índice de segurança para as pessoas LGBTI+ em 2019 (Benevides & Nogueira, 2020, p.54). Esse contexto de violência e falta de legislação federal específica caracterizou as experiências das pessoas LGBTI+ no Brasil durante a pandemia de Covid-19.

Entre 28 de abril e 15 de maio de 2020, o coletivo #VoteLGBT em parceria com pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) realizou um estudo com 10.065 participantes em todo o Brasil. O relatório destaca que 42,72% da população LGBTI+ entrevistada expressa preocupação com saúde mental, com maior incidência entre identidades femininas e não binárias (46%) em comparação com identidades masculinas (34%). Lésbicas, bissexuais e pansexuais (45%) relatam mais problemas de saúde mental do que *gays* (34%). A exclusão social sistêmica

enfrentada pelas pessoas LGBTI+ tende a ser agravada pela pandemia, especialmente em questões de saúde. Além disso, 0,30% dos entrevistados mencionam dificuldades no acesso à terapia hormonal, com a disponibilidade de serviços de saúde se tornando ainda mais difícil nesse período (#VoteLGBT, 2020).

Com efeito, além das consequências já mencionadas, a LGBTIfobia estrutural é responsável pelo alijamento das pessoas LGBTI+ do trabalho, em razão de preconceito com base na orientação sexual e na identidade de gênero. Durante a pandemia, questões de renda e emprego são desafios significativos. A pesquisa revela que 10,62% dos entrevistados têm dificuldades financeiras e 7% enfrentam problemas de emprego. Nota-se uma vulnerabilidade particular entre pessoas trans, com 53,35% delas afirmando incapacidade de sobreviver por mais de um mês sem renda (#VoteLGBT, 2020). O estudo ressalta como diversos fatores afetam as pessoas LGBTI+ durante a pandemia, incluindo classe social, raça, idade, orientação sexual e identidade de gênero. Nesse sentido,

É preciso, portanto, que pesquisas como a desenvolvida pelo Coletivo #VoteLGBTI+ sejam um estímulo para que possamos efetivamente enfrentar os registros de matriz colonial, cisheteronormativo e racista que atravessa os/as sujeitos/as concretamente. A recuperação e tratamento desses dados nos permite observá-los não como números pura e simplesmente, mas como vidas que padecem de uma sobreposição de preconceitos e discriminações contra os quais precisamos criar políticas públicas de enfrentamento. A recuperação e tratamento desses dados nos permite observá-los não como números pura e simplesmente, mas como vidas que padecem de uma sobreposição de preconceitos e discriminações contra os quais precisamos criar políticas públicas de enfrentamento (Oliveira et al., 2020, p. 92).

A análise dos contextos internacional e brasileiro sobre os efeitos da pandemia de Covid-19 nas pessoas LGBTI+ possibilita algumas conclusões significativas. Al-Ali (2020) analisa os impactos da Covid-19 no Sul Global sob uma perspectiva de gênero, destacando as desigualdades interseccionais existentes que resultam em riscos específicos, especialmente no acesso à saúde para grupos como a população LGBTI+. Essas formas de discriminação são exacerbadas pela identidade social, em que as opressões já existentes são intensificadas (Galea & Abdalla, 2020; Kline, 2020).

Pesquisas indicam que a pandemia pode ampliar disparidades relacionadas ao emprego e à habitação (Kline, 2020), enquanto muitos jovens LGBTI+ sentem a necessidade de esconder sua identidade de gênero e orientação sexual em razão da falta de apoio familiar, evidenciando altos níveis de rejeição familiar (Salerno, Williams & Gattamorta, 2020). Durante a pandemia de Covid-19,

pessoas LGBTI+ enfrentam desafios significativos em relação ao bem-estar psicológico, com risco elevado de desenvolver depressão, especialmente quando combinados com desigualdades sociais (Kline, 2020; Salerno, Williams & Gattamorta, 2020). Estudos mostram que jovens LGBTI+ experimentam altos níveis de estresse e sintomas depressivos por causa da discriminação (Kneale & Becares, 2020).

Como aponta O'Neill (2020) ainda que o impacto da pandemia e do isolamento social sobre a população LGBTI+ precise ser estudado, mais de 500 mil pessoas LGBTI+ na Califórnia apresentam histórico de ideação suicida e podem se encontrar em alto risco de suicídio. A saúde mental da população idosa também é ameaçada não apenas em função do isolamento social, mas em virtude dos efeitos da solidão e rejeição familiar pré-pandemia que podem ser amplificados (Salerno, Williams & Gattamorta, 2020; Jen & Woody, 2020), sobretudo quando segmentos dessa população sofreram formas de violência e discriminação ao longo de suas vidas e trazem memórias como a epidemia de aids (Jen & Woody, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da orientação sexual e da identidade de gênero como variáveis relevantes na determinação social da saúde representa um avanço civilizatório relevante em diversas áreas, especialmente na intersecção dos direitos humanos e da saúde, e, especialmente, na consideração da saúde como um direito humano. A inclusão dessas categorias de análise torna-se fundamental para tornar visível as desigualdades sociais ocasionadas pela LGBTIfobia estrutural relacionada a outras categorias e fenômenos sociais.

A intersecção entre diversidade sexual e de gênero, direitos humanos e determinantes sociais da saúde destaca a necessidade de uma abordagem inclusiva para garantir o acesso equitativo aos cuidados de saúde e o exercício pleno dos direitos fundamentais. Isso inclui a promoção da educação sobre diversidade sexual e de gênero entre profissionais de saúde e políticas de saúde que reconheçam e respeitem a diversidade de forma intersectorial, exigindo uma abordagem centrada nos direitos humanos e a cooperação internacional para enfrentar desafios comuns conforme destacado nas pesquisas e nos trabalhos analisados.

Os desafios enfrentados pelas pessoas LGBTI+ na saúde são diversos e profundamente entrelaçados, com pessoas transgênero e não binárias enfrentando obstáculos únicos, desde a necessidade de cuidados específicos para a transição de gênero até o enfrentamento do estigma e da discriminação. A pandemia de Covid-19 exacerbou a vulnerabilidade das pessoas LGBTI+, especialmente onde

os direitos LGBTI+ não são reconhecidos como direitos humanos e quando se consideram os efeitos devastadores do neoliberalismo. Essas questões ressaltam a importância de considerar orientação sexual e identidade de gênero não apenas como variáveis fundamentais na determinação social da saúde, mas, sobretudo, na efetivação dos direitos humanos considerando a interdependência e a indivisibilidade desses direitos.

REFERÊNCIAS

- AL-ALI, N. Covid-19 and feminism in the Global South: Challenges, initiatives and dilemmas. *European Journal of Women's Studies*, vol. 27, n.º 4, pp. 333-47, 2020.
- BENEVIDES, B. G. & NOGUEIRA, S. N. B. *Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019*. São Paulo: Editora Expressão Popular/ANTRA/IBTE [em linha]. 2020. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2020/01/dossic3aa-dos-assassinatos-e-da-violc3aancia-contra-pessoas-trans-em-2019.pdf>. Acesso em: 1.º dez. 2023.
- BOWLEG, L. We're not all in this together: On COVID-19, intersectionality, and structural inequality. *American journal of public health*, vol. 110, n.º 7, p. 917, 2020.
- BROWN, W. *Nas ruínas do neoliberalismo: a ascensão da política antidemocrática no Ocidente*. São Paulo. Editora Politeia, 2019.
- CNN. *South Korea issues privacy warning after local reports link gay people to coronavirus outbreak*. Disponível em: <https://edition.cnn.com/2020/05/11/asia/south-korea-coronavirus-LGBTI+-intl/index.html>. Acesso em: 9 ago. 2020.
- CARVALHO, H. R. de. Perspectivas do Sul Global para os direitos LGBTI+: a política externa do Brasil e da África do Sul. In: *8.º Encontro Nacional da ABRI, 2021* (apresentação *on-line*).
- CARVALHO, H. R. de. Políticas Públicas em Direitos Humanos LGBTI+: sub-representatividade e judicialização no Brasil pós-redemocratização. In: MAIO, E. R.; VILLELA, H. de P. G.; GRIGOLETO NETTO, J. V. & MOSCHETA, M. dos S. (orgs.). *Diversidade sexual e identidade de gênero: direitos e disputas*. 1.ª ed. Curitiba: Editora CRV, 2022, vol. 1, pp. 73-90.
- CARVALHO, H. R. de & OLIVEIRA, F. A. G. A ideologia de gênero como dispositivo bioético político: Políticas antigênero no Brasil, o crescimento da extrema direita e o papel contramajoritário do Supremo Tribunal Federal. *Revista Brasileira de Estudos da Homocultura*, vol. 7, 18 mar. 2024.
- DAHLGREN, G. & WHITEHEAD, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. 1991.

- DARDOT, P. & LAVAL, C. *Comum - Ensaios sobre a revolução no século XXI*. São Paulo: Boitempo, 2017.
- DÖRING, N. How Is the COVID-19 Pandemic Affecting Our Sexualities? An Overview of the Current Media Narratives and Research Hypotheses. *Archives of Sexual Behavior*, pp. 1-14, 2020.
- FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde em debate*, vol. 33, n.º 83, pp. 380-9, 2009.
- GALEA, S. & ABDALLA, S. M. COVID-19 Pandemic, Unemployment, and Civil Unrest: Underlying Deep Racial and Socioeconomic Divides. *JAMA*, 2020.
- GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F. de & MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 23, pp. 1.963-70, 2018.
- HERRERA FLORES, J. *A (re)invenção dos direitos humanos*. Florianópolis: Fundação Boiteux; IDHID, 2009.
- JEN, S.; STEWART, D. & WOODY, I. Serving LGBTIQ+/SGL Elders during the Novel Corona Virus (COVID-19) Pandemic: Striving for Justice, Recognizing Resilience. *Journal of Gerontological Social Work*, pp. 1-4, 2020.
- KLIN, N. S. Rethinking COVID-19 Vulnerability: A Call for LGTBQ+ Im/migrant Health Equity in the United States During and After a Pandemic. *Health Equity*, vol. 4, n.º 1, pp. 239-42, 2020.
- KNEALE, D. & BECARES, L. The mental health and experiences of discrimination of LGBTIQ+ people during the COVID-19 pandemic: Initial findings from the Queerantime Study. *medRxiv*, 2020.
- LEE, H. & MILLER, V. J. The Disproportionate Impact of COVID-19 on Minority Groups: A Social Justice Concern. *Journal of Gerontological Social Work*, pp. 1-5, 2020.
- OLIVEIRA, F. A. G.; DE CARVALHO, H. R. & DE JESUS, J. G. LGBTI+em tempos de Pandemia da Covid-19. *DIVERSITATES International Journal*, vol. 12, n.º 1, pp. 61-96, 2020.
- OLIVEIRA, M. H. B. de et al. Direitos humanos, justiça e saúde: reflexões e possibilidades. *Saúde em Debate*, vol. 43, pp. 9-14, 2020.
- O'NEILL, K. Health vulnerabilities to COVID-19 among LGBTI+ Adults in California. California: Williams Institute, UCLA School of Law, 2020.
- ONU. Organização das Nações Unidas. *Declaração e Programa de Ação de Viena* (1993). Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wpcontent/uploads/2013/03/declaracao_viena.pdf. Acesso em: 3 mar. 2024.
- SALERNO, J. P.; WILLIAMS, N. D. & GATTAMORTA, K. A. LGBTIQ+ populations: Psychologically vulnerable communities in the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2020.

Sites e relatórios consultados

- DA BAHIA, Grupo Gay. *Mortes violentas de LGBTI+ no Brasil: relatório 2018* [Internet]. Rio de Janeiro: GGB; 2019. Disponível em: <chrome-extension://efaidn-bmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://observatoriomorteseviolenciaslgbtibrasil.org/wp-content/uploads/2022/05/Relatorio-2018.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2023.
- ILGA. Associação Internacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo. *Relatório de 2010 sobre a Homofobia de Estado*. Disponível em: https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Homofobia_de_Estado_Actualizacion_Panorama_global_Legislacion_diciembre_2019.pdf. Acesso em: 11 ago. 2019.
- OUTRIGHT INTERNATIONAL. *Vulnerability Amplified: The Impact of the COVID-19 Pandemic on LGBTI+IQ People*. 2020. Disponível em: https://outrightinternational.org/sites/default/files/COVIDsReportDesign_FINAL_LR_0.pdf. Acesso em: 5 dez. 2023.
- #VOTELGBT, 2020. *Diagnóstico LGBT+ na pandemia*. Disponível em: https://static1.squarespace.com/static/5b310b91af2096e89a5bc1f5/t/5ef78351fb8ae15cc0e0b5a3/1593279420604/%5Bvote+lgbt+%2B+box1824%5D+diagno%C-C%81stico+LGBT%2B+na+pandemia_completo.pdf. Acesso em: 5 dez. 2023.

Migrações: desafios geopolíticos, multiculturalidade, Estado de Bem-Estar e direitos humanos

Gabriel Eduardo Schütz

Migrar é um direito estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos impulsada pela Organização das Nações Unidas (ONU). Mais especificamente, por meio do artigo 13.2: “Toda a pessoa tem o direito de abandonar o país em que se encontra, incluindo o seu, e o direito de regressar ao seu país”; e do artigo 14.1: “Toda a pessoa sujeita a perseguição tem o direito de procurar e de beneficiar de asilo em outros países” (ONU, 1948). Respectivamente, esses artigos formalizam o direito humano da pessoa emigrante a migrar, e da refugiada a se asilar. Resulta evidente que a efetiva realização desse direito humano está condicionada ao acolhimento e à integração do imigrante/refugiado por um Estado-nação que reconheça sua dignidade de pessoa humana, e que esteja disposto a assumir a responsabilidade de lhe outorgar direitos cidadãos.

A abordagem dos processos migratórios na perspectiva dos direitos humanos tem costume zelar pela vulnerabilidade do indivíduo migrante, conduzindo à elaboração de recomendações garantistas. Tais recomendações giram, quase exclusivamente, em torno à forma em que a nação receptora deveria operar para garantir o direito humano do migrante. Subjaz a ideia de que cabe aos governos

nacionais receptores gerenciar corretamente as políticas de acolhimento e integração; e que o migrante é o lado mais vulnerável a ser protegido.

Embora exista formalmente um amplo consenso sobre a legitimidade dos postulados garantistas estabelecidos, principalmente, pelas agências de cooperação internacional, persistem discrepâncias sobre até que ponto diferentes sociedades estão mais ou menos propensas a oferecer benefícios aos estrangeiros, em quais contextos e sob quais condições.

Visto dessa maneira, o processo migratório parece ser melhor definido como um complexo conjunto de relações sociais transnacionais entre portadores de interesses (potencialmente contraditórios); do que como um mandado ético hierárquico em que um lado carrega a totalidade dos direitos a serem protegidos, enquanto o outro carrega a totalidade da carga de responsabilidades tutelares. Cargas e responsabilidades que, em certos contextos, podem ver-se respectivamente agravadas e inviabilizadas dependendo da escala na qual o processo migratório se produz. Isso traz à baila a necessária distinção entre a migração regular (espontânea ou planejada) e a migração irregular (espontânea, aleatória ou organizada).

Em princípio, a migração regular é bem absorvida pelo tecido social por meio de políticas públicas planejáveis e gerenciáveis; todavia, também é muito provável que a migração irregular em larga escala possa derivar em uma crise migratória.

Por crise migratória, entende-se aqui à mudança nos padrões dos fluxos de mobilidade humana em grande escala, determinados e condicionados de formas heterogêneas e complexas, ocasionando/exacerbando vulnerabilidades do curto ao longo prazo tanto para as pessoas migrantes quanto para os territórios receptores.

As crises migratórias provocadas pela migração irregular podem ocorrer em alta intensidade (larga escala, períodos curtos) ou em média e baixa intensidade (contingentes menores, períodos mais prolongados). No primeiro caso é comum que aconteçam crises humanitárias em simultaneidade; em ambos os casos, há risco de crises políticas e de governabilidade.

O fenômeno migratório internacional apresenta um desafio singular ao campo de conhecimentos e práticas que surge na interface do jurídico e o sanitário, e que vem a se denominar direito e saúde. Trata-se de um desafio tanto epistêmico quanto metodológico, pois demanda a introdução da geopolítica global como condicionante e determinante transnacional dos componentes do bem-estar social (saúde, educação, segurança) de grupos populacionais territorializados em espaços geográficos discretos (do nacional ao lugar) onde as políticas públicas são formuladas e executadas. No caso, a categoria analítica que aqui será examinada a esse respeito é Estado de Bem-Estar. Por Estado de Bem-Estar (ou Estado Social) entende-se aqui o conjunto de políticas públicas por meio das quais o Estado se atribui a responsabilidade de garantir saúde, educação e segurança à população, independentemente da origem dos recursos para o financiamento dessas políticas.

Em outra perspectiva, há necessidade de reconhecer o risco à governança acarreado pela percepção de injustiça. De acordo com Francis Fukuyama (2020), a identidade está estreitamente associada às demandas da dignidade, constituindo-se em um “poderoso ideal moral” que exige reconhecimento. Quando esse reconhecimento não lhe é outorgado, surge o ressentimento.

Dependendo do grau de estranhamento étnico e cultural, o não reconhecimento e a imposição de condições consideradas inaceitáveis, aumentam as chances de exacerbar ressentimentos e, por esse caminho, conduzir à banalização da discriminação (racismo; xenofobia; intolerância religiosa), bem como à radicalização e ao fechamento sectário de grupos imigrantes vitimizados, criando condições para a justificação de retaliações violentas (promoção e materialização do ódio fundamentalista, recrutamentos para o crime organizado). A respeito dessa questão, as categorias analíticas a serem examinadas são multiculturalidade e guerra híbrida.

Guerra híbrida (ataque híbrido, estratégia híbrida, tática híbrida ou conflito híbrido) é uma teoria da estratégia militar na qual todos os tipos de meios e procedimentos (convencionais e irregulares) podem ser usados. Consideram-se meios bélicos irregulares à insurgência, o terrorismo, a migração, os recursos naturais e até mesmo tecnologias avançadas, como a guerra cibernética. Nesse tipo de guerra busca-se a influência sobre a população-alvo, com o objetivo de desestabilizar a governança e provocar uma polarização de sua sociedade (IECS, 2022; Paúl, 2022)

Difícilmente possa ser abordada, em um único capítulo, uma análise rigorosa da intrincada e multidimensional rede de elementos e contextos que compõem a complexidade das crises migratórias no mundo globalizado da segunda década do século XXI. Nesse sentido, o texto buscará tecer apenas uma parcela da emaranhada rede que veste às complexas relações entre “nós e os outros”.

POLÍTICAS MIGRATÓRIAS INTERNACIONAIS

I) O Pacto Mundial pela Migração

As políticas migratórias promovidas por agências de cooperação internacional se referem tanto a movimentos migratórios regulares espontâneos de baixa intensidade (decisão individual/familiar de emigrar ou de solicitar refúgio) quanto às imigrações planejadas, de intensidade variável, na qual um Estado-nação executa uma política previamente formulada com objetivos e metas de seu interesse. O instrumento que reúne o conjunto de propostas para “gerir corretamente” a migração internacional recebe o nome oficial de Pacto Mundial para a Migração Segura, Ordenada e Regular, ora seja mais conhecida como Pacto Mundial pela Migração.

Quadro 1. Objetivos para a Migração Segura, Ordenada e Regular

1. Recolher e utilizar dados precisos e desagregados para formular políticas baseadas em evidências
2. Minimizar os fatores adversos e estruturais que forçam as pessoas a deixar o seu país de origem
3. Fornecer informações precisas e oportunas em todas as fases da migração
4. Garantir que todos os migrantes tenham prova da sua identidade legal e documentação adequada
5. Aumentar a disponibilidade e flexibilidade das vias de migração regulares
6. Facilitar o recrutamento equitativo e ético e salvaguardar condições que garantam o trabalho digno
7. Abordar e reduzir as vulnerabilidades na migração
8. Salvar vidas e empreender iniciativas internacionais coordenadas sobre migrantes desaparecidos
9. Reforçar a resposta transnacional ao contrabando de migrantes
10. Prevenir, combater e erradicar o tráfico de seres humanos no contexto da migração internacional
11. Gerir as fronteiras de forma integrada, segura e coordenada
12. Aumentar a certeza e a previsibilidade dos procedimentos de imigração para verificação de antecedentes, avaliação e encaminhamento adequados
13. Utilizar a detenção de migrantes apenas como último recurso e procurar outras opções alternativas
14. Melhorar a proteção, a assistência e a cooperação consulares em todo o território ciclo migratório
15. Proporcionar aos migrantes acesso a serviços básicos
16. Capacitar os migrantes e as sociedades para alcançarem a plena inclusão e coesão social
17. Eliminar todas as formas de discriminação e promover o discurso público com base empírica para modificar as percepções da migração
18. Investir no desenvolvimento de competências e facilitar o reconhecimento mútuo de habilidades, qualificações e competências
19. Criar as condições necessárias para que os migrantes e as diásporas possam contribuir plenamente para o desenvolvimento sustentável em todos os países
20. Promover transferências de remessas mais rápidas, seguras e baratas e promover a inclusão financeira dos migrantes
21. Colaborar para facilitar o regresso e a readmissão seguros e protegidos dignidade, bem como a reintegração sustentável
22. Estabelecer mecanismos para a portabilidade da seguridade social e benefícios adquiridos
23. Reforçar a cooperação internacional e as alianças globais para a migração segura, ordenada e regular

Fonte: Resolução aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas em 19 de dezembro de 2018: 73/195. Pacto Global para uma Migração Segura, Ordenada e Regular (ONU, 2019, pp. 6-7) (tradução própria).

O Pacto Global para as Migrações define 23 objetivos (quadro 1) apresentados na forma de princípios orientadores, objetivos e ações baseados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, no direito internacional e na Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Também é conhecida como Pacto de Marrakech sobre Migração, uma vez que sua aprovação aconteceu nessa cidade marroquina, na Conferência Intergovernamental que teve lugar nos dias 10 e 11 de dezembro de 2018. Consiste em um marco de cooperação não vinculante sobre migrações baseado nos compromissos assumidos pelos Estados-membro na Declaração de Nova York para Refugiados e Migrantes (OIM, 2019).

II) Gerenciamento de crises migratórias aleatórias

Nas migrações regulares a sociedade receptora estabelece diretrizes, objetivos e metas na incorporação planejada de migrantes no seu território. Ela é quem controla o processo. Pelo contrário, nas migrações irregulares, a sociedade receptora perde o controle do processo, e se depara com o ingresso abrupto de grandes contingentes de imigrantes por meio de suas fronteiras, muitas vezes, sem a infraestrutura necessária para satisfazer as necessidades humanas básicas dessas pessoas, derivando em crises humanitárias. Tal é o caso das migrações em larga escala produzidas por fatos aleatórios (catástrofes naturais, violência generalizada) gerando crises não previstas pelos receptores dentro e fora do próprio território afetado. Um exemplo emblemático do processo imprevisto é o caso do terremoto de Haiti, em 2010, que em poucos dias mobilizou 1,5 milhão de haitianos no interior do país invertendo a tendências de migração rural-urbana. Uma multidão atravessou a fronteira com a vizinha República Dominicana na procura de ajuda humanitária e tratamento médico, vulnerando a frágil estrutura de bem-estar social do país caribenho. De acordo com a Organização Internacional para as Migrações (OIM), houve “sinais de que traficantes de crianças se aproveitavam da situação caótica”.

Também imprevisto, mas de natureza diferente, foi a crise migratória que se sucedeu à guerra da Líbia, em 2011. Nesse caso, os migrantes eram trabalhadores regulares, mas a viabilidade da sua presença no país foi alterada pela guerra civil que fragmentou a sociedade líbia em conflitos internos tribais e sectários. Nesse contexto, 1,8 milhão de trabalhadores migrantes de mais de 120 países ficaram expostos à violência nas mãos das facções em conflito, sem acesso à ajuda humanitária. Estima-se que apenas 800 mil deles conseguiram ser evacuados para os seus países de origem. Segundo a OIM: “Os repatriados lutaram para recomeçar as suas vidas de volta em casa, pois perderam o emprego e a renda com que sustentavam as suas famílias” (OIM, 2013).

Quadro 2. Etapas do Marco Operacional em Situações de Crise Migratória

- 1. Investir em medidas antecipatórias (sempre). Na fase “antes”,** os programas de vigilância ativa de conflito e aviso prévio devem ajudar a reduzir o risco e reforçar a preparação, bem como ajudar a prevenir e enfrentar os fatores facilitadores de situações de crise com base em de avaliações periódicas de risco e capacidades.
- 2. Salvar vidas e responder às necessidades (quando aplicável). Na fase “durante”,** os programas humanitários e de proteção devem incluir uma série de atividades que ajudem a salvaguardar e salvar vidas, e responder às necessidades imediatas que surjam no início de uma situação de crise.
- 3. Abordar os efeitos a longo prazo das situações de crise e subsequente recuperação (sempre que possível). Na fase “depois”,** os programas de desenvolvimento sustentável devem adaptar-se aos contextos de crise, visando criar as condições necessárias para a recuperação da governança, à consolidação da paz e à promoção dos Direitos humanos.

Fonte: Respuesta a las Dimensiones de la Movilidad en las Situaciones de Crisis: Marco Operacional en Situaciones de Crisis Migratoria (MCOF) – Adición 2021 (OIM, 2019, p. 7). Traduzido e adaptado.

Em 2012, o Conselho da OIM aprovou o Marco Operacional em Situações de Crise Migratória (MCOF – *Migration Crisis Operational Framework*). O MCOF constitui-se como uma ferramenta destinada a ajudar pessoas afetadas por crises migratórias, incluindo grupos deslocados e os migrantes retidos sem garantias de supervivência digna. Propõe-se a buscar os meios para garantir maior acesso aos direitos fundamentais, à proteção e à assistência humanitária (quadro 2).

III) Migração irregular organizada e os desafios ao Estado de Bem-Estar

Fora os casos aleatórios imprevistos que podem forçar migrações irregulares em larga escala antes mencionados, a migração irregular também pode acontecer de forma espontânea ou organizada. A migração irregular espontânea costuma acontecer em baixa intensidade, determinada pela decisão pessoal ou familiar de emigrar com a intenção de radicar-se (em forma temporária ou definitiva), sem a devida autorização do país receptor. Tradicionalmente, os países gerenciam a imigração ilegal de pessoas ou pequenos grupos por meio do rigoroso controle de fronteiras, da documentação de viagem e da administração de vistos para a admissão temporária de estrangeiros. Quando conveniente, o país receptor pode regularizar migrantes irregulares por meio de modalidades de anistia coletiva.

Por migração irregular organizada, entende-se a articulação mal-intencionada (criminal comum; sabotagem; invasão territorial híbrida, dentre outros) dos instrumentos e das capacidades que permitam o ingresso de grandes contingentes de migrantes em um determinado lugar, em um determinado momento,

com objetivos concretos: (i) Redes criminais: máfias, tráfico de pessoas, contrabando de migrantes; (ii) Estratégias de guerra híbrida, nas quais imigrantes seriam utilizados peças estratégicas colocadas na arena de disputas geopolíticas transnacionais (terrorismo, desestabilização) ou de organizações criminais (tráfico de drogas, prostituição, contrabando).

Dependendo da intensidade, a migração irregular organizada pode conduzir — no país receptor — a crises de segurança pública, crises políticas ou ambas ao mesmo tempo, comprometendo o conjunto de políticas sociais que aqui denominamos Estado de Bem-Estar (saúde, educação e seguridade social). Todavia, dentre os desfechos mais destacáveis dessas práticas, contam as consequências nefastas da reificação do ser humano como mero instrumento. A coisificação é uma forma perversa de negar a dignidade da pessoa humana. São práticas que fragilizam os direitos humanos dos migrantes e, de forma direta ou indireta, comprometem também a governança desses direitos na sociedade que os recebe.

De acordo com dados publicados (OIM, 2019), 2023 foi o ano mais mortal para migrantes irregulares no mundo, com quase 8.600 mortes. Estima-se que o número seja ainda maior, em razão das dificuldades para a coleta e a sistematização de informação. A OIM ressaltou que, privados de acesso a rotas regulares, a única alternativa é se encaminhar por vias irregulares em condições inseguras. Se estima que em 2023, quase 50% das mortes foram causadas por afogamento, 9% por outro tipo de acidentes e 7% por violência. A travessia do Mediterrâneo continua sendo a rota irregular mais mortal, com pelo menos 3.129 mortes e desaparecimentos registrados. Esse percurso afeta principalmente migrações organizadas na África, onde também se destacam a travessia do Saara e a rota marítima em direção às Ilhas Canárias (Espanha).

Canárias é, de fato, um dos territórios com mais frágil capacidade de governança das denominadas fronteiras externas da União Europeia, por causa da sua insularidade apresenta maior proximidade do continente africano em relação ao europeu; sua organização econômica não consegue integrar os migrantes por meio de empregos formais e suas infraestruturas não podem sustentar às necessidades humanas de contingentes tão grandes sem ajuda externa, sob o risco de colapsar o sistema sanitário local e redes de suprimento, comprometendo o bem-estar da população local involuntariamente receptora. Segundo dados de agências internacionais veiculados pela imprensa, a crise migratória no ano 2023 em Canárias foi a maior desde 2006, com cerca de 36 mil imigrantes chegados irregularmente pelo mar, provenientes principalmente de Senegal, Mauritânia e Marrocos (Euronews & EFE, 2023).

Por mais precárias que sejam as condições migratórias irregulares em percursos clandestinos, a maioria delas requer vários dias para percorrer longas distâncias e, finalmente, burlar a lei migratória local com as barreiras fronteiriças.

Um operativo dessas características implica financiamento, estratégia e capacidade de execução. O custo é arcado pelo migrante e o “serviço” oferecido por organizações de contrabando de migrantes, modalidade criminal que não deve ser confundida com o tráfico de pessoas. A distinção repousa em três aspectos centrais: (i) o contrabando de migrantes implica em consentimento das partes, no tráfico não há um acordo prévio; (ii) o acordo migrante-contrabandista finaliza na chegada ao destino, mas não há previsão para o fim da exploração da pessoa traficadas; (iii) o contrabando envolve necessariamente fluxos internacionais, o tráfico pode ocorrer em qualquer espaço geográfico (Gilardi, 2020).

Em 2021, o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) divulgou um relatório no qual se denuncia a violência sofrida — nas mãos de contrabandistas — por pessoas que, em busca de uma vida melhor, emigraram de maneira irregular a outros países. Dentre as violências relatadas, destacam-se: agressões física e psicológica, tortura, estupro e sequestro. O documento ainda relata que a maioria das pessoas violentadas não denuncia os criminosos por medo de retaliações; que os governos costumam não ter dados sobre agressões a migrantes, e que as poucas denúncias efetuadas acabam sendo negligenciadas pelas autoridades (UNDOC, 2021).

No Brasil, na sua qualidade de receptor, ainda prevalece a migração regular, embora organizações de contrabando de migrantes atuem em baixa intensidade na Amazônia (BBC News – Mundo, 2013). De acordo com informações oficiais, no período entre 2011 e 2020, o país registrou um incremento de 24,4% no número de imigrantes, com ênfase no forte ingresso de população venezuelana (Cavalcanti, Oliveira & Silva, 2021). No momento, embora a imigração venezuelana tenha já mostrado implicações regionais significativas para o sistema de saúde no Brasil (Sistema Único de Saúde[SUS]), bem como dificuldades para o acesso à educação e ao emprego formal, o país tem enfrentado esses desafios pelo viés da integralidade, fortalecendo a resiliência do sistema para que o SUS continue prestando atendimento equitativo e de qualidade a todos os residentes, independentemente de origem ou nacionalidade (Shamsuddin et al., 2021). Em contrapartida, o Brasil na qualidade de emissor de migrantes, ainda exhibe fragilidade na garantia de direitos humanos dessas pessoas expostas ao contrabando. Um exemplo destacável é o dos chamados “coiotes”, rede clandestina contratada para atravessar a fronteira mexicana em direção aos Estados Unidos da América (Vettorazzo, 2023).

CRÍTICAS À VIABILIDADE DO MULTICULTURALISMO NO CONTEXTO DAS GUERRAS HÍBRIDAS

A complexidade característica das migrações contemporâneas adquire particular relevância na análise do uso mal-intencionado de migrantes como estratégia de guerra híbrida, coisificando pessoas e, por tanto, fragilizando seu *status* de sujeito portador de direitos humanos. Consequentemente, as populações alvo da ação bélica não convencional também sofrerão com a fragilização dos seus próprios direitos fundamentais: segurança pública e social; saúde; educação etc.

Ao contrário da guerra convencional, o centro de gravidade na guerra híbrida não é militar, mas político. O inimigo tenta influenciar formuladores de políticas e tomadores de decisão combinando o uso de estratégias midiáticas (*fake news*) e manifestações políticas que as multiplicam com ações clandestinas. O conjunto de ações articuladas é estrategicamente desenhado para contornar à responsabilização ou possíveis retaliações. Simplificando a complexa teia de possíveis caracterizações, o envolvimento de migrantes em estratégias de guerra híbrida poderia se reduzir a três tipos principais: (i) Recrutamento para integrar (ou financiar) células terroristas; (ii) Estímulo a ações violentas individuais (Lobo solitário); e (iii) Facilitação do ingresso irregular de migrantes a modo de invasão territorial não convencional (IECS, 2022; Paúl, 2022; Sánchez Herráez, 2014).

No primeiro caso, o recrutamento de imigrantes com ressentimentos identitários radicalizados pode realizar-se com pessoas em situação migratória regular, assentadas e formalmente integradas à sociedade. Esse é o caso de Jamal Zougam, migrante marroquino na Espanha, onde chegara em 1983 com dez anos de idade. Dono de uma loja de telefonia celular em Madri, Zougam foi um dos autores materiais dos atentados de 11 de março de 2004, em que células da Al Qaeda e do Grupo de Combate Islâmico Marroquino detonaram dez bombas em quatro trens de passageiros, matando 193 pessoas de 17 nacionalidades e ferindo por volta de 2.120 (Cano Paños, 2009; UNOTV, 2020).

A heterogeneidade nos contextos nacional, étnico, cultural e socioeconômico dos membros que subscrevem a ideologia representada pelo terrorismo de base jihadista é certamente um desafio difícil de resolver para as agências de segurança ocidentais, uma vez que é praticamente impossível definir com critérios criminológicos os padrões que determinam os combatentes da jihad em território europeu. “[...] Como podem as forças policiais e os serviços secretos enfrentar a ameaça de terroristas suicidas, que vêm da própria sociedade em que estão sediados, denotando uma aparente integração plena e não dando sinais de uma possível radicalização islâmica em princípio?” (Cano Paños, 2009, p. 36).

Quando o autor de atentado (atirador, uso de faca ou de veículo para atingir população local receptora) age de maneira individual, costuma ser chamado de “Lobo solitário”. No entanto, esse tipo de radicalização violenta não é nem espontânea, nem desarticulada, pois é sabido que utilizam as redes para interagir com outras pessoas que pensam da mesma forma (Petersmann, 2019).

Cabe ressaltar que este novo perfil do atual terrorismo na Europa guarda estreita relação com as políticas migratórias progressistas do século XXI promovidas em nome da multiculturalidade, sob as consignas de enriquecimento cultural; tolerância e diversidade pós-colonial. Eis o caso da Suécia.

Na Suécia, um país tradicionalmente há décadas considerado como faro das políticas de Estado de Bem-Estar, as políticas multiculturalistas têm sido objeto de debates e de duras críticas por parte de setores liberais de direita, nacionalistas e conservadores na Europa (Soley, 2023; Libertad digital, 2023). Os principais desfechos adversos da política multicultural “à sueca” foram reconhecidos pelas autoridades social-democratas no governo (LGI, 2022)

A Suécia optou pelo multiculturalismo, em contraposição ao modelo de assimilação de sua vizinha Dinamarca, muito mais rigorosa em termos de suas leis de imigração (Peter, 2006). No modelo multicultural, as diversidades cultural, linguística e religiosa dos grupos imigrantes são preservadas, reconhecendo-se o Princípio da Diferença. Alternativamente, o modelo de assimilação, considera que uma integração bem-sucedida implica que os imigrantes sejam totalmente assimilados na sociedade de acolhimento. Para isso, promove a adoção de normas, valores e práticas da cultura dominante, requerendo que os imigrantes aprendam a língua, a cultura e as normas de convivência locais de modo a promover uma homogeneização cultural na forma de identidade nacional compartilhada (Retortillo Osuna et al., 2005; Delgado Montaldo, 2007).

Críticos da experiência sueca argumentam que houve uma falha na integração efetiva da imigração estrangeira sob os paradigmas multiculturais, a julgar pela avaliação de três elementos principais: (1) Crise de segurança nas zonas urbanas: áreas específicas de grandes cidades teriam se transformado em enclaves estrangeiros com leis e normas próprias, incluindo disputas territoriais armadas e ascensão do poder de bandas criminais; (2) Zonas de vulnerabilidade emergente: aumento da exposição de cidadãos locais a violências e estranhamentos linguísticos e religiosos conflitantes; e (3) Políticas para integração de jovens ineficazes: os centros juvenis, destinados a manter os jovens fora das ruas e a inculcar valores democráticos, tornaram-se por vezes bases para o encontro e a articulação de ações delitivas (Soley, 2023).

Resta, finalmente, abordar a utilização/coisificação de migrantes como massa de manobra na modalidade de invasões não convencionais em lugares estrategicamente escolhidos. A diferença das modalidades híbridas anteriores,

nas quais a força impulsora (*driver*) está vinculada a organizações terroristas fundamentalistas, que se apoiam no ressentimento identitário para recrutamento, a modalidade das invasões facilitadas de migrantes não regulares — de acordo com denúncias de agências transnacionais publicadas na imprensa ocidental — por Estados-nação questionadores da Ordem Mundial vigente, nas tentativas de fragmentar e polarizar as sociedades ocidentais; bem como tentar colapsar seus sistemas de bem-estar. Como exemplo dessa situação, pode ser citado que em 2021, a União Europeia e a Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN) qualificaram a crise migratória entre a Bielorrússia e a União Europeia como um “ataque híbrido” (De Miguel, 2021). Deixando os interesses geopolíticos de lado, é inegável que tanto para os migrantes instrumentalizados quanto para a população local alvo desse tipo de hostilidade disfarçada de fluxos migratórios, a situação dos direitos humanos é colocada em crise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os campos do direito e da saúde, como espaço acadêmico de conhecimentos interdisciplinares e espaço de práticas políticas intersetorial precisa dar atenção à geopolítica como determinante e condicionante social da saúde em um mundo paradoxalmente globalizado e polarizado ao mesmo tempo.

Com efeito, se bem é possível afirmar que o mundo atual está globalizado em termos de capacidade tecnológica para a comunicação internacional, para a transferência de recursos econômicos, financeiros e para a mobilidade humana; também é plausível dizer que essa globalização não é homogênea, muito pelo contrário, é extremamente polarizada dentro e fora das fronteiras nacionais. Essa polarização diz respeito à crise da Ordem Mundial vigente, em que o Estado Democrático de Direito (liberal individualista; eurocêntrico ocidental) é questionado como sendo um dispositivo historicamente excludente e, portanto, injusto.

Vários governos progressistas europeus optaram pela adoção de políticas multiculturais de acolhimento aos migrantes e à promoção da desocidentalização da cultura. Esse posicionamento apoia-se em críticas pós-coloniais; em demandas coletivas de reparação histórica; e nas tendências socioculturais *stay woke* (“esteja atento” aos sinais de discriminação) e *white guilt* (“culpa branca”, a crença de que toda pessoa branca carrega a responsabilidade coletiva pelos danos provocados pelo racismo pretérito ou atual; e que o racismo só pode ser praticado por pessoas brancas). Ainda, essa linha considera as políticas integracionistas de migrantes como posturas conservadoras e nacionalistas e, portanto, de “extrema direita”.

Em teoria, nada de negativo poderia ser atribuído ao multiculturalismo. Em contradição, na prática, há já lições de base empírica a ser apreendidas na experiência internacional: (1) Em sociedades em que a migração expõe o potencial conflitivo de choque civilizatório, a dinâmica da realidade social nem sempre obedece ao desejo ideológico dos formuladores de políticas. A má governança política de crises migratórias caracterizadas pela intolerância e o ressentimento identitário (mútuo ou unidirecional) constitui uma ameaça à plena vigência dos direitos humanos de imigrantes e de receptores; (2) Maiormente, os governos progressistas buscam também incrementar a intervenção estatal na garantia de direitos sociais — o Estado de Bem-Estar — e de buscar que esses direitos à educação, à saúde e à segurança social sejam cada vez mais inclusivos. Contudo, em conjunturas de escassez de recursos, essas políticas podem ver-se comprometidas pela má governança da questão migratória. A fragilidade do sistema de proteção estatal de direitos pode ser o alvo de ataques híbridos desde dentro ou fora das fronteiras nacionais.

Pelo até aqui exposto, a promoção de uma cultura da paz e o desestímulo às radicalizações e aos fanatismos extremistas polarizadores parece ser o caminho mais sensato a ser seguido, evitando a tentação de apostar no extermínio físico ou simbólico do outro previamente desumanizado.

REFERÊNCIAS

- BBC NEWS – MUNDO. *El “coyote”, nuevo personaje en la frontera de Brasil*. 2013. Disponível em: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/04/130418_brasil_inmigracion_indocumentados_coyotesnm. Acesso em: 8 mar. 2024.
- CANO PAÑOS M. A. Perfiles de autor del terrorismo islamista en Europa. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, n.º 11-07, p. 07:1-07:38, 2009. Disponível em: <http://criminet.ugr.es/recpc/11/recpc11-07.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T. & SILVA, B. G. *Relatório Anual 2021 – 2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil*. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2021.
- DE MIGUEL, B. *La OTAN respalda a Polonia ante el riesgo de una escalada violenta por la presión migratoria en la frontera con Bielorrusia*. 2021. Disponível em: <https://elpais.com/internacional/2021-11-09/la-otan-respalda-a-polonia-ante-el-riesgo-de-una-escalada-violenta-por-la-presion-migratoria-en-la-frontera-con-bielorrusia.html>. Acesso em: 8 mar. 2024.
- DELGADO MONTALDO, D. Modelos de incorporación de inmigrantes: teorías

- y perspectivas. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, vol. III-IV, n.ºs 117-118, pp. 43-55, 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/153/15311804.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2024.
- EURONEWS & EFE. *Las Islas Canarias viven su peor crisis migratoria desde 2006: 36.000 inmigrantes en 2023*. Euronews, 2023. Disponível em: <https://es.euronews.com/2023/12/16/las-islas-canarias-viven-su-peor-crisis-migratoria-desde-2006-36000-inmigrantes-en-2023>. Acesso em: 8 mar. 2024.
- FUKUYAMA, F. *Identidad: La Demanda de Dignidad y las Políticas del Resentimiento*. Ethic, 2020. Disponível em: <https://ethic.es/2020/07/identidad-la-demanda-de-dignidad/>. Acesso em: 8 mar. 2024.
- GILARDI, J. Ally or Exploiter? The Smuggler-Migrant Relationship Is a Complex One. *Migration Information Source*, 2020. Disponível em: <https://www.migrationpolicy.org/article/ally-or-exploiter-smuggler-migrant-relationship-complex-one>. Acesso em: 8 mar. 2024.
- IECS. Instituto Europeo Campus Stellae. *¿Qué son las guerras híbridas?*. IECS, 2022. Disponível em: <https://campus-stellae.com/que-son-las-guerras-hibridas/>. Acesso em: 8 mar. 2024.
- LGI. La Gazeta de la Iberosfera. *La primera ministra de Suecia reconoce que la integración de los inmigrantes ha fallado: ‘Tenemos sociedades paralelas’*. LGI, 2022. Disponível em: <https://gaceta.es/actualidad/la-primera-ministra-de-suecia-reconoce-que-la-integracion-de-los-inmigrantes-ha-fallado-se-ha-permitido-que-la-segregacion-llegue-tan-lejos-que-tenemos-sociedades-paralelas-20220501-0900/>. Acesso em: 8 mar. 2024.
- LIBERTAD DIGITAL. *La “locura completa” de las políticas buenistas y multiculturales de Suecia que llevan al país hacia el abismo*. Libertaddigital/Esradio, 2023. Disponível em: <https://www.libertaddigital.com/internacional/europa/2023-10-17/la-locura-completa-de-las-politicas-buenistas-y-multiculturales-de-suecia-que-llevar-al-pais-hacia-el-abismo-7059724/>. Acesso em: 8 mar. 2024.
- OIM. Organização Internacional para as Migrações. *IOM International Crisis Operational Framework*. OIM, 2013. Disponível em: https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/migrated_files/What-We-Do/docs/IOM_MCOF_Infosheet_10March2013.pdf. Acesso em: 8 mar. 2024.
- OIM. Organização Internacional para as Migrações. *Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular: Preguntas frecuentes*. OIM, 2019. Disponível em: https://migrationnetwork.un.org/sites/g/files/tmzbd1416/files/resources_files/21-184_es_odg_un_mntsct_-_faq.pdf. Acesso em: 8 mar. 2024.
- OIM. Organização Internacional para as Migrações. *Respuesta a las Dimensiones de la Movilidad en las Situaciones de Crisis: Marco Operacional en Situaciones de Crisis Migratoria (MCOF) – Adición 2021*. Disponível em: https://emergencymanual.iom.int/sites/g/files/tmzbd11956/files/2023-01/addendum_2021_spanish.pdf. Acesso em: 8 mar. 2024.

- OIM. Organización Internacional para as Migrações. *Deadliest Year on Record for Migrants with Nearly 8,600 Deaths in 2023*. Disponível em: https://emergencymanual.iom.int/sites/g/files/tmzbd11956/files/2023-01/addendum_2021_spanish.pdf. Acesso em: 8 mar. 2024.
- ONU. Organización das Nações Unidas. *Declaración Universal dos Derechos Humanos*. 1948. Disponível em: <https://www.humanium.org/es/wp-content/uploads/2012/12/Declaraci%C3%B3n-Universal-de-Derechos-Humanos.pdf>. Acessado em: 8 mar. 2024.
- ONU. Organización das Nações Unidas. *Resolución de la Asamblea General; Al RES/73/195, Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular*, Resolução aprovada pela Assembleia Geral em 19/12/2018 e publicada em 11/01/2019. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N18/452/03/PDF/N1845203.pdf?OpenElement>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- PAÚL, F. Rusia-Ucrania: qué es una “guerra híbrida” y por qué se habla de este concepto a raíz del conflicto entre los dos países. *BBC Mundo*, 2022. Disponível em: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-60230360>. Acesso em: 8 mar. 2024.
- PETER, L. *Suecia apuesta al multiculturalismo*. BBC, 2006. Disponível em: http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/misc/newsid_5351000/5351602.stm. Acesso em: 8 mar. 2024.
- PETERSMANN, S. *O ataque antisemita em Halle e o mito do “lobo solitário”*. DW, 2019. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/o-ataque-antisemita-em-halle-e-o-mito-do-lobo-solit%C3%A1rio/a-50786310>. Acesso em: 8 mar. 2024.
- RETORTILLO OSUNA, A et al. *Inmigración y Modelos de Integración: entre la Asimilación y el Multiculturalismo*. Repositorio Documental de la Universidad de Valladolid, 2005. Disponível em: <https://core.ac.uk/reader/211094852>. Acesso em: 8 mar. 2024.
- SÁNCHEZ HERRÁEZ, P. *La Nueva Guerra Híbrida: Un Somero Análisis Estratégico*. Instituto Español de Estudios Estratégicos. IEEE, 2014. Disponível em: https://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_analisis/2014/DIEEEA54-2014_NuevaGuerraHibrida_PSH.pdf. Acesso em: 8 mar. 2024.
- SHAMSUDDIN, M, et al. *Integration of Venezuelan Refugees and Migrants in Brazil. Policy Research Working Paper*, n.º 9.605. World Bank, Washington, DC, 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10986/35358>. Acesso em: 8 mar. 2024.
- SOLEY, J. *Suecia: el colapso del paraíso multicultural*. Fundación Disenso, 2023. Disponível em: <https://fundaciondisenso.org/suecia-el-colapso-del-paraíso-multicultural/>. Acesso em: 8 mar. 2024.
- UNDOC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. *A Gender Perspective on Aggravated Migrant Smuggling Offences and Response*. UNDOC, 2021.

- Disponível em: https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/2021/Aggravated_SOM_and_Gender.pdf. Acesso em: 8 mar. 2024.
- UNOTV. *11 de marzo de 2004: ¿cómo fue el ataque terrorista en Madrid, España?*. UNOTV.COM, 2020. Disponível em: <https://www.unotv.com/noticias/portal/internacional/detalle/11-marzo-2004-como-fue-ataque-terrorista-madrid-espana-931896/>. Acesso em: 8 mar. 2024.
- VETTORAZZO, L. PF deflagra operação contra coiotes brasileiros que levam pessoas aos EUA. *Veja*, 2023. Disponível em: <https://veja..com.br/coluna/radar/pf-deflagra-operacao-contr-coiotes-brasileiros-que-levam-pessoas-aos-eua/>. Acesso em: 8 mar. 2024.

Direitos humanos e sistema prisional

Rubens Roberto Rebello Casara

APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

Os direitos humanos costumam ser apresentados como a gramática da dignidade humana. Há, porém, uma enorme defasagem entre os discursos que defendem o respeito incondicional aos direitos humanos e a situação concreta das pessoas, como a situação das pessoas lançadas no sistema prisional brasileiro escancara. Se é verdade que os direitos humanos, em países de forte tradição autoritária, ostentam níveis de efetividade exíguos, as pessoas que se encontram no sistema prisional brasileiro, em geral, encontram-se em situação ainda mais desfavorável. São os excluídos dos excluídos, os indesejáveis até para os indesejáveis. Para grande parte da sociedade brasileira, os presos não chegam a ser percebidos como sujeitos de direitos que, por definição, deveriam ser de todos aqueles que nascem com vida.

Cada vez mais, reserva-se às pessoas percebidas como indesejáveis aos olhos dos detentores do poder político e/ou do poder econômico a condição de não sujeitos dos direitos humanos, de objetos negociáveis, de capital humano ou de mercadoria, submetidas às mais variadas formas de opressão e violência (física,

moral, estrutural, simbólica, entre outras). Há uma brutal separação entre a teoria e a prática, entre o *dever ser* e o *ser*. Com base em cálculos de interesse tipicamente neoliberais, para satisfazer uma pequena parcela da população mundial (os detentores do poder econômico), são tomadas decisões biopolíticas que vão definir quem vive e quem morre (necropolítica), quem tem direito à dignidade e quem não tem. O exemplo da população prisional, ou seja, das pessoas que se encontram presas com ou sem condenação definitiva, é esclarecedor: encarcerados em condições degradantes, em violação à Lei de Execuções Penais (Lei n.º 7.210/84), pessoas morrem em razão de uma opção política.

DIREITOS HUMANOS PARA QUEM?

A crise de efetividade dos direitos humanos se deve também a uma concepção estatal e pós-violatória desses direitos. Trata-se de uma visão de mundo em que a responsabilidade pela realização dos direitos humanos é apenas do Estado e de seus agentes, que só atuariam depois da violação desses direitos para sancionar os agentes responsáveis pela lesão já concretizada.

Não se pode esquecer também da hegemonia da racionalidade neoliberal que transforma tudo e todos, até mesmo o humano, em objetos negociáveis ou descartáveis, na busca por lucro ou vantagens pessoais, adotando o *mercado* como modelo para todas as relações sociais e consagrando a ideologia da concorrência. Essa racionalidade leva à negação e à relativização de direitos básicos de grande parcela da humanidade (em especial, daqueles etiquetados de indesejáveis na perspectiva dos detentores do poder político e do poder econômico) fazem que os direitos humanos sejam percebidos como uma representação ideológica capaz de mistificar a condição humana e tranquilizar as almas daqueles que, por ação ou omissão, também são responsáveis pela violência real contra as pessoas. Assim, o discurso dos direitos humanos, tratados como meras abstrações, acaba por esconder as violações concretas aos interesses e às necessidades de cada indivíduo.

Fácil, pois, perceber a tensão entre o plano do *ser* e o plano do *dever ser* no campo dos direitos humanos, bem como a diferença entre o que deve ser, segundo a ideia de direitos humanos, e o que é no mundo da vida. Em resumo, *o que* está bem longe de se identificar com o que *deveria ser* em um mundo no qual os direitos humanos, reconstruídos para além do referencial do “homem branco europeu”, fossem respeitados. Diante desse quadro, não há como deixar de suspeitar dos direitos humanos. Desconfiar é submeter à crítica. Como a ideia de direitos humanos pode conviver com uma realidade que nega para grande parcela da população mundial as condições necessárias à vida minimamente digna? Assim, conceituar direitos humanos e explicar quem são os seus agentes

e garantidores, para quem e para que servem e como se utilizam ou interpretam torna-se um imperativo de qualquer abordagem crítica.

Há diversas concepções e teorias que procuram dar conta da ideia de direitos humanos. A dificuldade de encontrar um conceito adequado aumenta ao se perceber que a maioria dessas concepções são produtos da modernidade ocidental, um modo de ver e atuar no mundo que se caracterizou por reduzir o conhecimento à ciência, à política ao Estado e ao direito à lei. Não raro, essa visão serviu (e ainda serve) para legitimar a invasão e a destruição de outras culturas, de outras pessoas e de outras potencialidades. É possível, portanto, reconhecer a existência de concepções abstratas e mistificadoras que assumem ares hegemônicos, mas que também podem ser consideradas desajustadas e injustas, pois ignoram as condições concretas sem as quais não se podem realizar. Todavia, em uma perspectiva crítica, é preciso formular outro conceito que ultrapasse as versões distantes do sofrimento concreto das pessoas, excessivamente estatizantes, burocráticas, legalistas e pós-violatórias.

Vale lembrar, ainda, que só há necessidade de uma categoria como a de “direitos humanos” por causa da omissão histórica do Estado, da sociedade e dos próprios indivíduos em assegurar o mínimo de vida digna para toda a população. O humano e o direito são definidos do ponto de vista ideal em reciprocidade. Todavia, no mundo da vida, as pessoas têm os seus direitos mais básicos negados. Não raro, a normatividade estatal (o direito reduzido à lei e à interpretação dada à lei a partir da racionalidade hegemônica) se coloca em oposição aos valores que dão suporte à ideia de direitos humanos, em especial no que diz respeito aos vários segmentos étnicos e sociais subalternizados e excluídos das políticas sociais, como acontece com a grande maioria das pessoas que se encontram presas. Basta, por exemplo, lembrar de como as agências estatais, como a polícia e o Poder Judiciário, podem relativizar direitos para exercer o controle social daqueles considerados indesejáveis ao projeto neoliberal de acumulação ilimitada do capital. Por isso, é importante dar concretude à categoria direitos humanos.

Deve-se, então, construir um conceito que se afaste tanto de abstrações generalizantes quanto de uma visão que os identifica apenas com o fundamento do dever estatal de punir quem viola os direitos humanos. De igual sorte, o reconhecimento de um direito humano não é um ato de piedade em relação às eventuais vítimas de violências. É preciso ir além das dimensões estatal, legal, institucional e piedosa para que os direitos humanos sejam reconhecidos e possam condicionar situações reais e impedir (ou, pelo menos reduzir) danos e sofrimentos suportados por pessoas concretas. É necessário potencializar, ao lado dos sistemas estatal e religioso voltados para a realização do projeto de vida digna para todos, o caráter cotidiano, instituinte, relacional, dialético e pré-violatório dos direitos humanos.

Os direitos humanos só merecem esse nome se forem os direitos primários e fundamentais de cada pessoa. Os direitos humanos são considerados universais, posto que deveriam pertencer a todas as pessoas naturais: a todos os seres humanos, sem exceção. Todavia, basta pesquisar a situação dos direitos humanos em diversas regiões do mundo (ou até em diferentes regiões de um mesmo país) para se chegar à conclusão de que não há um tratamento homogêneo ou mesmo a validade universal de direitos em contextos políticos, econômicos ou culturais diversos. Em países com uma tradição autoritária, como o Brasil (que acredita no uso da força como resposta preferencial para os mais variados problemas), os direitos humanos são percebidos como obstáculos à eficiência repressiva do Estado, ao passo que, em regiões em que foi possível construir uma cultura democrática, esses ainda funcionam como condição de legitimidade do Estado ou como condição de possibilidade da própria democracia. Não por acaso, há quem sustente que a dimensão material (substancial) da democracia corresponde à concretização dos direitos fundamentais, ou seja, dos direitos humanos reconhecidos pelos ordenamentos jurídicos. Sempre que se fala em universalidade, tem-se um processo de imposição dos valores e das ideias dominantes de uma cultura sobre as demais. Entretanto, o relativismo e a demonização do universal também se revelam problemáticos e capazes de levar à desconstrução de conquistas civilizatórias (tais como, a proibição da tortura, a liberdade sexual etc.), como se percebe em algumas manifestações identitárias, nacionalistas e xenofóbicas. Importante lembrar que, por exemplo, uma ética da igualdade e da reciprocidade só é possível a partir da ideia de universal.

Para evitar uma perspectiva eurocêntrica, que está na origem do conceito (e do conteúdo hegemônico) de direitos humanos, impõe-se reconstruí-lo com base em uma dialética intercultural, que não exclua o Sul Global, os povos originários das Américas, as comunidades tradicionais e quilombolas, como mecanismo de interação entre as várias culturas. Reconstruir, aqui, significa uma abertura para diferenças que foram ignoradas na construção do significado atualmente atribuído aos direitos humanos. Essa superação dialética terá o potencial de reduzir as assimetrias de poder, compensar as injustiças históricas e socioeconômicas (basta pensar na situação de pobreza gerada pela exploração das ex-colônias, pela escravidão, pelo sucateamento do Sistema Único de Saúde [SUS] em nome do mercado, entre outras) e funcionar como um instrumento de emancipação social.

Os direitos humanos devem ser considerados a dimensão normativa do *comum*, daquilo que diz respeito a todos. É necessário substituir uma percepção relacionada a valores europeus e fundada em construções imaginárias (e, portanto, ideológicas), para perceber a construção dos direitos humanos como um processo racional regado (uma normatividade), protagonizado por múltiplos atores sociais, situado no campo político, no qual as forças sociais e as pulsões

individuais estão em conflito. Desses conflitos e da atuação permanente dos indivíduos, como atores da criação e sujeitos dos direitos por eles instituídos, nasce a concepção instituinte de direitos humanos, considerados o projeto normativo para a vida digna de cada indivíduo.

Para esta concepção dialética e instituinte dos direitos humanos, a dimensão jurídica e estatal é combinada com as dimensões social e política. Sujeitos que eram considerados vítimas e passam a se autoproduzir, com base em uma práxis relacional e articulada, por tramas sociais e ações conscientes. Assim, as pessoas deixam de ser meros destinatários de atos estatais ou vistos como potenciais violadores de direitos humanos para assumirem um papel ativo. A mesma pessoa que é capaz de violar direitos também pode garantir a sua concretude, respeitando-os e atuando para efetivá-los. O principal é, portanto, a construção de uma cultura e de uma realidade de respeito incondicional e, portanto, de *não violação* aos direitos humanos segundo tramas sociais que são articuladas todos os dias e em todos os espaços, por meio das ações e das relações que se desenvolvem e que acabam por efetivar as condições para que cada sujeito viva uma vida digna.

Assim, para os fins deste artigo, por direitos humanos entende-se o conteúdo normativo do *comum* relacionado à vida digna para todas e todos, ou seja, daquilo que é inegociável, que se encontra para além do Estado e do mercado, e que é necessário à realização das potencialidades e da dignidade humana, sendo construído fundamentado em singularidades, em pessoas que vivem em relação com o outro. Os direitos humanos, como expressão normativa do comum, são esses elementos inapropriáveis que impõem limites à propriedade e aos desejos dos detentores do poder político e do poder econômico. Há, portanto, uma práxis instituinte que forja direitos, uma vez que os seres humanos fazem a sua própria história, criando e recriando os direitos humanos, levando em conta uma atividade consciente autotransformadora. Homens e mulheres se constroem, e constroem os direitos humanos, sem cessar, até mesmo dentro do sistema prisional, de forma relacional, como sujeitos instituintes.

Vale lembrar que os direitos humanos sempre nascem de lutas e reivindicações que antecederam qualquer produção legislativa. Trata-se de um conceito que precisa ser definido com base no reconhecimento do encontro do *eu* com o *tu* e o *ele*, e da superação das linhas ideológicas que dividem o Norte do Sul e o público do privado. Esse comum impõe tanto as autorizações para atuar ou não atuar quanto os deveres de agir e de não agir.

SISTEMA PRISIONAL, SAÚDE E DIREITOS HUMANOS

Por sistema prisional entende-se o conjunto ordenado de instituições, dispositivos, agentes estatais, regras e princípios que se relacionam com o fato de pessoas estarem presas, com a finalidade de efetivar as disposições constantes de uma sentença ou de uma decisão criminal que determinou a prisão de uma pessoa. O sistema prisional é regulado, principalmente, pela Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984, que tem como objetivo declarado proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado. Para além de punir, o sistema prisional deveria assegurar a ressocialização do indivíduo submetido a ele. Todavia, a prometida ressocialização nunca foi alcançada por ação do Estado. Ao contrário, as ações e omissões estatais levaram à superlotação, à violência (entre presos e entre presos e funcionários do sistema), ao comércio ilegal, à falta de infraestrutura e às condições precárias (quando não degradantes) de higiene e saúde, o que não só dificulta a ressocialização como também funciona como fatores que estimulam a revolta e a reincidência.

Compreender que a relação entre “prisão”, potencialmente nociva à saúde, e “liberdade” constitui uma manifestação de poder (e que a contenção do poder é o núcleo da dimensão política do sistema prisional) auxilia na identificação dos elementos e discursos afetados pela tradição autoritária e, assim, permite que a atuação dos cientistas penais, dos atores jurídicos e dos formadores de opinião volte-se à realização da democracia. Impossível, pois, deixar de prestar atenção à dimensão política do sistema de justiça criminal e à funcionalidade do sistema prisional. É a política que explica as ações e as omissões que potencializam ilegalmente o castigo, negam o direito à saúde, impedem o estudo, precarizam as condições de higiene dos presos, da mesma forma que fixa a orientação do sistema penal para o castigo preferencial dos setores pobres e vulneráveis ou, o exato oposto, a impunidade estrutural dos poderosos e privilegiados. Razões políticas constituem, frequentemente, o pano de fundo da manutenção de prisões ilegais ou desnecessárias, bem como das condições degradantes (e inconstitucionais) dos estabelecimentos prisionais. No entanto, a política não pode ser afastada do sistema prisional, como desejam, ou dizem acreditar, os ideólogos da antipolítica e os defensores da privatização do sistema prisional: a solução para os desvios políticos autoritários no campo do sistema de justiça, com destaque para o sistema prisional, portanto, parece estar na opção por políticas democráticas.

O papel do Poder Judiciário (que ora se apresenta como garantidor dos direitos fundamentais, ora como agência de segurança pública, mero coadjuvante do Poder Executivo), na manutenção, ou não, de prisões ilegais, desnecessárias ou degradantes, também tem forte coloração política. O reconhecimento dessa

dimensão política é imprescindível para fortalecer o sentido adequado do sistema prisional, segundo o conjunto de valores democráticos e republicanos, da mesma maneira como é indispensável à concretização dos objetivos do Estado Democrático de Direito.

Aliás, a ideia de Estado Democrático de Direito é importante porque traz em si limites legais ao exercício do poder. Ao reconhecer a existência de limites por meio de sua própria lei, o Estado admite que deve se submeter a eles. Portanto, o mesmo Estado que prende uma pessoa por violar a lei não pode também violar a lei no interior do sistema prisional. O Estado é, em essência, uma forma histórica de organização jurídica do poder. Todavia, ao longo da história nem sempre essa organização jurídica permitiu a contenção do poder. Por vezes, o Estado se “submete” a leis que não servem de verdadeiro óbice ao exercício do poder; em outras, a própria legislação estimula a ampliação do poder sem contraste: há, nesses casos, mera aparência, mero simulacro de contenção do poder. Frise-se que o Supremo Tribunal Federal, na ADPF 347, reconheceu o “estado de coisas inconstitucional” no sistema prisional.

O Estado Democrático de Direito, portanto, não se contenta com a democracia meramente formal, identificada com o princípio da maioria como elemento legitimador do exercício do poder. O desejo de maiorias de ocasião pode ser autoritário (pena de morte, internação compulsória, penas draconianas etc.). Para que exista verdadeiro Estado de Direito em sua versão democrática é indispensável que o Estado possua efetivas garantias, tanto liberais como sociais. Dito de outra forma: só há Estado Democrático de Direito se existir democracia substancial, isto é, se, além do sufrágio universal, também se fizer presente o respeito aos direitos e às garantias fundamentais, dentre eles, em destaque, a dignidade humana. Da forma como funciona, não se pode ignorar que o sistema prisional viola a dignidade humana e o direito à saúde da pessoa presa.

Também não se pode esquecer que os direitos humanos, entendidos como os direitos de todos, não são dados da natureza (como defendem alguns metafísicos), mas uma construção resultante de muitas lutas políticas (na linha desenvolvida pela Teoria Crítica do Direito), isto é, constituem um resultado, sempre provisório e odiado pelas personalidades autoritárias. Nessa linha, a ênfase deve ser dada à provisoriedade: os direitos humanos, entendidos não como abstrações que tranquilizam as almas, mas como elementos concretos que atuam para assegurar a existência de vidas que valem a pena serem vividas, estão sempre em perigo. Na atual fase do capitalismo, os direitos humanos costumam ser percebidos como obstáculos (e, portanto, descartáveis) ao lucro fácil e à eficiência repressiva direcionadas aos indesejáveis (pobres, inimigos políticos, presos etc.). Insistir em uma perspectiva democrática, porém, significa impor limites ao capitalismo e, portanto, aos interesses dos detentores do poder econômico e/ou político, com o

respeito concreto aos direitos humanos na compreensão da relação entre a saúde e a prisão.

A proteção da saúde não pode ser interpretada restritivamente, até porque o respeito pela dignidade humana e pela saúde integram o conteúdo incontornável dos compromissos normativos, nacionais e internacionais, voltados a todos os seres humanos. Não importa, assim, a origem, o sexo, o gênero, a condição social, a cor da pele, a inteligência, a capacidade, a formação acadêmica ou profissional, o patrimônio, a fama, a aparência, a higidez física ou mental, a idade, o sucesso, a ficha limpa ou os antecedentes criminais, isso porque todos os seres humanos merecem igual respeito em razão dos compromissos civilizatórios.

O que se encontra em jogo (sempre de forte coloração política) no campo da justiça penal é uma específica forma de violência física, que chamamos “prisão” e que consiste na reclusão forçada sob um sistema violento que se concretiza no *cárcere*. Frise-se que, por mais que se incentive a aplicação de penas alternativas à prisão (outras formas de violência estatal, menos agressivas à liberdade), o encarceramento — a prisão — continua a ser apresentado como a resposta estatal preferencial aos desvios etiquetados de crimes.

Para concluir: apostar na prisão, no ato concreto de enjaular seres humanos, ou privilegiar a liberdade dos indivíduos, mesmo daqueles que cometeram desvios sociais, são posturas que retratam uma opção política e muito revelam a característica do Estado e da sociedade em que esses atos se concretizam. A ampliação do sistema prisional, portanto, é sempre um sintoma de autoritarismo, pois corresponde ao crescimento das hipóteses de restrição aos direitos fundamentais, núcleo normativo (dever-ser) democrático da vida (ser) em sociedade.

CONCLUSÃO: A TRÍADE PRISÃO, SAÚDE E DIREITOS HUMANOS

Em 1948, por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) se formaliza, pela primeira vez, a tese de que o direito à saúde é um direito fundamental da pessoa humana. No artigo 25, inciso I estabelece-se que: toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou em outros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade, como ocorre nos casos de pessoas presas. Também na constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), em abril de 1948, afirmou-se que: a saúde é definida, não negativa ou estritamente como ausência de doença ou enfermidade, mas positiva e amplamente como um

estado de completo bem-estar físico, mental e social, cujo gozo deve fazer parte do legítimo patrimônio de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, crença política, condição econômica ou social.

A saúde é a expressão das relações que o ser humano estabelece com a natureza, as coisas e o seu corpo, em diversas dimensões, tanto a biológica como a psíquica, também a social e a política, que se entrelaçam com a vida em um determinado contexto, ou seja, a vida mediada por condições presentes no meio ambiente, no trabalho, na alimentação, em sua sexualidade, no transporte, em sua identidade de gênero e no cárcere. Assim, ao se levar em consideração as relações intersubjetivas, a saúde deve ser compreendida como o equilíbrio entre o corpo e a natureza das coisas que, reconhecida e devidamente garantida, permite o acesso à vida com dignidade e bem-estar.

A ampliação do conceito de saúde, conferindo à cidadania direitos que extrapolam a visão de saúde limitada ao olhar sobre o corpo doente, traz em si, as concepções de comum e de sujeito coletivo, o que permite, por exemplo, pensar em algo como a “cidadania sanitária”, até mesmo dentro do cárcere. É essa a perspectiva que levou ao reconhecimento da saúde como em direito público subjetivo, responsabilidade do Estado, e, portanto, à criação do SUS. É esse campo, que abrange a relação entre direitos humanos e saúde, que permite uma melhor compreensão de comportamentos que expressam diversas formas de violência que acabam por violar a saúde, entendida como um direito fundamental. O cárcere, principal dispositivo do sistema prisional, além de ser o local privilegiado da violação ao interesse de ir e vir das pessoas, que retira dos indivíduos a capacidade de agir para além dos limites de uma cela, impõe formas indignas de viver e que, não raro, levam ao adoecimento, à redução desproporcional do bem-estar e à morte.

As violências do cárcere são, em grande medida, naturalizadas tanto pela população quanto pelos agentes estatais e se expressam no número excessivo de pessoas presas por metro quadrado (pela lei brasileira, cada preso deveria contar com no mínimo seis metros quadrados de espaço) e nas condições precárias de higiene a que são submetidos essa população. Mas, não é só. As violências a que estão submetidos os presos, condenados ou não, também ocorrem na forma de discriminação, racismo e/ou homofobias, que resultam em desrespeito aos seus direitos fundamentais do e, não raro, propiciam processos de adoecimento.

É preciso entender os nexos e as relações entre o atual funcionamento do sistema prisional, reconhecido pelo Supremo Tribunal Federal como uma espaço da ilegalidade/inconstitucionalidade, e a saúde, entendida como um direito fundamental, como condição de possibilidade para uma mudança revolucionária, na forma como a saúde do preso é percebida, o que permitiria alterar substancialmente o modelo de atenção e atuação disponível para a população

carcerária. A compreensão desse nexos exige uma visão multidisciplinar que considere a saúde como um instrumento de transformação social e um obstáculo à opressão da população.

Com base em uma visão conglobante dos problemas das prisões, com ênfase na relação entre saúde e direitos humanos, abre-se uma perspectiva que permitirá um adequado diagnóstico da situação concreta da saúde pública no sistema penitenciário, como também a formulação de ações políticas em um sentido emancipatório, capaz de reduzir ao máximo os danos causados pelo fato de pessoas colocarem outras pessoas dentro de espaços que, em essência, não passam de jaulas. Dito de outra forma, essa relação entre prisão, saúde e direitos humanos, segundo a necessária ampliação do conceito de saúde pública, permitirá ações concretas direcionadas à transformação da sociedade em um sentido de ampliação das condições de vida digna e da redução do mal-estar. É necessário, ainda, compreender que salvaguardar a dignidade de cada pessoa é central ao se tratar do tema da saúde. O direito humano à saúde de todas e todos se relaciona à cidadania plena e ao direito à igualdade (não discriminação). Impõe-se uma concepção de saúde que sirva tanto à garantia do respeito às diferenças como à redução das desigualdades materiais. Isso porque a saúde, inclusive a saúde dos presos, pensada pela lente dos direitos humanos, torna-se um valor inegociável e, ao mesmo tempo, um dever do Estado correlato a um direito de cada indivíduo. Um direito, vale frisar, que não encontra limites de classe, gênero, raça, idade ou plasticidade: um verdadeiro trunfo contra maiorias de ocasião e/ou projetos políticos autoritários; um direito que não pode ser reduzido ao registro das mercadorias ou a cálculos de interesse direcionados ao lucro.

Abordagem crítica sobre direitos humanos e inclusão das pessoas com deficiência

*Sônia Regina da Cunha Barreto Gertner
Annibal Coelho de Amorim
Laís Silveira Costa*

Ao analisar a complexidade das questões relacionadas à efetivação dos direitos das pessoas com deficiência, percebe-se que temas como inclusão e acessibilidade são abordados em alternância entre uma perspectiva caritativa-religiosa e invisibilidade social, operando como diminuição, negligenciamento ou mesmo um desvio para evitar o desconforto do que é considerado diferente (Amorim, Gertner & Amorim, 2018). Tal negligência é agravada pelo fato de que o fenômeno da invisibilidade dos direitos das pessoas com deficiência desconsidera as trajetórias da emancipação crítica de indivíduos e coletivos, como sujeitos de direitos.

Em uma breve aproximação da narrativa histórica dos Direitos Humanos percebe-se uma perspectiva totalmente eurocêntrica. Destaque-se a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, promulgada durante a Revolução Francesa em 1789, onde estão refletidos os ideais iluministas da época, sendo considerada um dos documentos fundadores dos direitos humanos. Nela são estabelecidos

princípios fundamentais, como a igualdade, a liberdade e a fraternidade, influenciando subsequentes declarações e tratados internacionais. Contudo, a Declaração reflete uma concepção de sujeito caracterizada por um indivíduo abstrato, autônomo e racional. Concepção essa que desconsidera as diversidades culturais, sociais e históricas que caracterizam as experiências humanas.

Um segundo marco é estabelecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948, em Paris. A DUDH foi elaborada em resposta às atrocidades da Segunda Guerra Mundial e buscava abordar algumas das limitações da Declaração anterior, assim como promover uma visão mais global e intercultural dos direitos fundamentais e serve como referência para muitos instrumentos legais internacionais.

Contudo, as críticas persistem, e o debate sobre a universalidade e a aplicação efetiva dos direitos humanos continuam sendo um campo complexo e em evolução. A DUDH é criticada por seu enfoque predominantemente individualista, não abordando adequadamente questões de desigualdade estrutural e sistemas sociais que perpetuam a discriminação. A crítica inclui a falta de reconhecimento das interseções e a necessidade de uma abordagem mais inclusiva (Oliveira et al., 2019).

A Teoria Crítica dos Direitos Humanos, segundo Herrera Flores (2009), alerta para a necessidade de superar a descontextualização que marca a tradicional Teoria dos Direitos Humanos, posto que o seu modelo ideológico racionalista desconsidera as desigualdades sociais que negam o acesso das pessoas aos seus direitos básicos.

A abordagem crítica almeja uma materialidade que vá além de uma perspectiva abstrata dos direitos e desencarnada do mundo social, tal como se convencionou pensar. Tal abordagem não constitui a negação da importância dos direitos humanos, mas uma resignificação em busca de estratégias que os consolidem como um domínio sensível às diferenças (Rosa et al., 2018).

Historicamente, o Brasil tem sido marcado por uma trama complexa de relações sociais que refletem desigualdades profundas e persistentes com relações de poder estrutural e, historicamente hierarquizadas e influenciadas por diversos preconceitos como o capacitismo, o racismo, o sexismo e os demais que resultam em condições desiguais de participação. Essas violações dos direitos humanos atingem especialmente as populações vulnerabilizadas e, dentre elas, as pessoas com deficiência, obstaculizando sua participação plena na sociedade. A insuficiência de educação inclusiva, impedimentos para a entrada e a permanência dessas pessoas no ambiente profissional, falta de acesso à saúde integral e outras, são exemplos de barreiras impactantes enfrentadas por uma população invisibilizada em suas necessidades e seus direitos.

Some-se a isso as mudanças nas políticas econômicas dos governos neoliberais (Antunes, 2018), que impuseram cortes em programas sociais que historicamente tinham como objetivo combater a pobreza e reduzir as desigualdades, o que trouxe retrocessos de décadas em relação à construção de uma sociedade brasileira mais inclusiva. Em tempo, a situação de vulnerabilidade das pessoas com deficiência, associada às consequências da pandemia e da enorme desigualdade social, começam a ser revisitadas na gestão atual com a atualização do Plano Viver sem Limite II, e da Política Nacional da Saúde da Pessoa com Deficiência. Entretanto, interroga-se se na prática o orçamento dedicado a esse estrato populacional garantirá a efetivação dos avanços esperados.

Ressalte-se que a participação ativa das organizações da sociedade civil, a conscientização pública e a pressão por políticas inclusivas são elementos importantes na busca pela superação desses desafios para que os direitos das pessoas com deficiência sejam respeitados e promovidos. Sem condições de ocupar os espaços de deliberação, as pessoas com deficiência seguirão sem suas necessidades conhecidas e nem contempladas, o que se observa nos indicadores sociais (IBGE/PNAD, 2022).

Com o objetivo de refletir sobre os desafios no enfrentamento do capacitismo para efetivação dos direitos das pessoas com deficiência trazemos no âmbito deste texto a experiência de formação em pós-graduação *lato sensu* do curso de especialização em direitos humanos, acessibilidade e inclusão ofertado pelo Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural em parceria com o Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, que são unidades técnico-científicas da Fundação Oswaldo Cruz (DIHS/DAPS/ENSP/Fiocruz).

Tal proposta traz o desafio de uma abordagem ético-política interseccional e interdisciplinar que situa a urgência de elucidar temáticas que constituem pilares para esta reflexão crítica, tais como: modelos em disputa; corponormatividade/funcionalidade dos corpos; interseccionalidade; capacitismo estrutural/luta anticapacitista; violência epistêmica/letramento; dentre outras que são abordadas transversalmente no decorrer do capítulo.

DOS MODELOS EM DISPUTA

Abordar a questão da inclusão implica denunciar os paradigmas de exclusão, especialmente quando se trata dos direitos das pessoas com deficiência. Para romper com os modelos atuais de exclusão, é essencial o entendimento da trajetória de pensamento e de luta contra o capacitismo enfrentado pelas pessoas

com deficiência no seu modo de andar a vida, aqui compreendido no sentido amplo da saúde.

Desde a Grécia antiga havia a percepção de que pessoas que nasciam com alguma característica que fugia do padrão normalizado eram consideradas sub-humanas, e como consequência se procedia a eliminação sumária dessas pessoas com deficiência. Segue-se o modelo místico/caritativo que compreende a deficiência com um castigo divino, e as pessoas com deficiência seriam dignas de pena por serem vítimas da própria incapacidade (Pessotti, 1984).

Atualmente destacam-se dois modelos principais que se caracterizam pela diferenciação da ênfase quanto à lesão e à deficiência. De um lado, o modelo médico que circunscreve a deficiência no campo da saúde, quando a concebe estritamente com base em fatores orgânicos, ou seja, na lesão, no impedimento, no que é considerado disfunção. Para o modelo médico, decorre da limitação na estrutura ou na função corporal a incapacidade na realização das atividades, situando na esfera privada (da própria pessoa) os limites para sua participação.

No paradigma do modelo social, a deficiência emerge da interação entre um corpo que possui limitações de várias naturezas e um ambiente que não é receptivo à parte da diversidade corporal. Isso resulta na restrição da participação integral e efetiva das pessoas com deficiência na sociedade, e em decorrência, na violação de seus direitos humanos.

Esse modelo está de acordo com a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) de n.º 13.146, de 6 de julho de 2015, que descreve a pessoa com deficiência em sua interação com o ambiente que, por sua vez, está em consonância com Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) que, por meio do Decreto n.º 6.949, de 25 de agosto de 2009, obteve a condição de emenda constitucional. Desse modo, o modelo social ressalta a importância da participação, da autoridade do “lugar de fala” dos sujeitos com deficiência, uma vez que suas experiências são cruciais para a compreensão e a interpretação da realidade, desafiando visões tradicionais que historicamente marginalizaram suas vozes (Gertner, 2023).

DA CORPONORMATIVIDADE

No decorrer da história, a pessoa com deficiência tem sido vista como desviante do padrão de normalidade preconizado e desejado, o que tem servido como justificativa para sua segregação e exclusão da sociedade. A deficiência, em suas diversas manifestações, foi vinculada à ótica da anormalidade e da degeneração. Para Foucault (2001, p. 299), “a partir da noção de degeneração e da análise

da hereditariedade surge um novo tipo de racismo que é diferente do racismo étnico. Um racismo contra o anormal, contra sujeitos que eram portadores de um estigma, de um defeito qualquer”.

Segundo Dias (2013), a compreensão intrinsecamente ligada a uma direção normativa e autoritária sobre o padrão corporal humano traçou a trajetória do processo de eugenia enfrentado pelas pessoas com deficiência. Parte-se da crença de que corpos que se desviam do padrão serão, conseqüentemente, incapazes, justificando a redução de seus direitos, inclusive o direito à vida, tanto conceitual quanto esteticamente. Nesse contexto, é possível observar a conexão entre as práticas eugênicas e o capacitismo, como apontado pela autora, ao denunciar a segregação e a eliminação de pessoas com deficiência em prol da corponormatividade. Dessa forma, o poder de decidir sobre a vida está intricadamente relacionado ao poder de determinar a morte, exercido por meio de controles e regulamentações.

Durante a pandemia de Covid-19 em nosso país, testemunhamos a ativa aplicação da biopolítica, ou, em sua expressão mais severa, a necropolítica, conforme definida por Mbembe (2016). Em face da escassez de recursos, houve a seleção de vidas que seriam priorizadas no tratamento, visando maior probabilidade de sobrevivência, enquanto outras, frequentemente as mais vulneráveis, eram deixadas à margem. Amorim (2022) investiga indícios da presença de ideais eugênicos que afetam o acesso aos cuidados de saúde para pessoas com deficiência durante a pandemia no Brasil, levantando a questão: “Esses não seriam os que deveriam ser atendidos prioritariamente? Reside nessa ‘prática de deixar morrer’ a ressurgência do traço do ideal eugenista na busca por uma sociedade do ‘mais forte’ e ‘mais puro?’” (p. 9).

Os textos de Foucault continuam a ser fontes essenciais para compreendermos a biodeterminação da sociedade, especialmente na evidente tendência à medicalização da vida que prevalece nos dias de hoje. O impacto dessa abordagem na forma como as pessoas com deficiência vivenciam suas vidas se destaca pelos desafios significativos resultantes da corponormatividade. Para Foucault (2001), as práticas de divisão, classificação e ordenamento em torno de uma norma não apenas servem para categorizar as pessoas, mas também desempenham um papel crucial na cientificação da sua compreensão. Na lógica do biopoder são vidas deslegitimadas e inferiorizadas socialmente, sendo colocadas na posição de abjeção, cujos efeitos se fazem presentes na violência cotidiana que continua reificando vidas tornadas não humanas ou menos humanas. Isso implica que as normas não são simplesmente critérios sociais, mas se tornam ferramentas poderosas para definir e moldar a própria identidade das pessoas.

DA INTERSECCIONALIDADE

Como conceito desenvolvido no final da década de 1980, no contexto do feminismo negro, a interseccionalidade é ferramenta metodológica fundamental que reconhece que as identidades individuais e as experiências de uma pessoa não podem ser compreendidas isoladamente, mas sim mediante interação complexa de diferentes fatores como gênero, raça, classe social, orientação sexual, entre outros (Collins,1990).

Ao aplicar a interseccionalidade ao contexto da inclusão da diversidade, é possível entender de forma mais completa como diferentes formas de opressão e discriminação se entrelaçam e afetam as experiências das pessoas.

As relações sociais no Brasil ainda estão inscritas em uma trama de relações de poder fortemente hierarquizada e caracterizada pelo capacitismo, sexismo, racismo e preconceito de classe. Os estudos interseccionais apontam a necessidade do reconhecimento da deficiência como um elemento essencial, dentre tantos outros marcadores na luta contra opressões.

No entanto, a deficiência ainda não é reconhecida como uma condição que não seja considerada abjeta, significando que a sociedade ainda não reconhece a deficiência como uma condição que não seja vista como degradante, humilhante ou desprezível. Portanto, apesar dos avanços em estudos interseccionais, pessoas com deficiência continuam a ser percebidas de maneira negativa e estigmatizada, em vez de serem reconhecidas como parte da diversidade humana (Mello & De Mozzi, 2018).

Por meio da compreensão dos marcadores sociais da diferença, somos convocados a trabalhar para desconstruir estereótipos e preconceitos enraizados na sociedade, pois a justaposição desses marcadores materializa barreiras ainda maiores, muitas delas intransponíveis à participação em um ambiente mais igualitário, onde todos deveriam ter oportunidades justas.

Uma relevante questão que se coloca é como reconhecer que, mesmo no contexto do ativismo, da academia ou como pessoas interessadas em questões sociais, é possível inadvertidamente contribuirmos para a opressão, o silenciamento, a exclusão e a desumanização de outros grupos oprimidos. Reconhecer os paralelos na diversidade e compreender a luta de outros grupos subalternos é fundamental para construir solidariedade e promover uma abordagem verdadeiramente inclusiva nas lutas sociais.

DO CAPACITISMO ESTRUTURAL E A LUTA ANTICAPACITISTA

As desigualdades e as barreiras sociais observadas em relação às pessoas com deficiência se evidenciam em diversas dimensões da vida em sociedade (nos campos da saúde, da educação, do trabalho, da habitação, da segurança, do lazer, da cultura, do transporte etc.). Essas barreiras estruturais necessitam ser enfrentadas e para tanto, é preciso avançar na desconstrução do capacitismo, termo que tem sido mais frequentemente utilizado para expressar as diversas formas de preconceito e discriminação para com as pessoas com deficiência. Gesser, Block & Mello (2020) definem de forma contundente suas perversas dimensões:

O capacitismo se constitui em um sistema opressivo estrutural e estruturante, ou seja, ele condiciona, atravessa e constitui sujeitos, organizações e instituições, produzindo formas de discriminação que excluem pessoas com deficiência, limitando suas oportunidades e acesso a direitos essenciais. Está enraizado nas estruturas sociais, políticas e econômicas da sociedade, influenciando políticas e práticas que limitam a participação plena e igualitária das pessoas com deficiência na sociedade. Baseia-se em estereótipos e preconceitos para produzir maneiras de se relacionar pautadas em um ideal de sujeito que repete e reforça as normas e habilidades consideradas socialmente aceitáveis pela corponormatividade (p. 18).

Tal capacitismo profundamente arraigado na sociedade, estabelece, por meio de um julgamento moral, a associação entre a capacidade de uma pessoa e a funcionalidade de suas estruturas corporais, podendo se revelar de várias formas, desde a falta de estruturas acessíveis até atitudes discriminatórias. Ao adotar padrões que excluem ou subestimam as capacidades das pessoas com deficiência, a sociedade contribui para a criação e a manutenção desse sistema capacitista que desencadeia uma série de discriminações e preconceitos que impactam as experiências das pessoas com deficiência. A lógica da corponormatividade é acionada para atender ao ideário eugênico de corpos capazes e sãos.

Por exemplo, quando modelos e técnicas de educação não contemplam a diversidade funcional humana, não incorporando a didática adequada para ensinar pessoas com deficiência. Ou a comunicação em saúde não contempla que pessoas que são plurais na sua forma de se comunicarem (e não produzem tradução em libras, em linguagem simples, em pranchas de comunicação aumentativa e alternativa [CAA], e não descrevem a imagem dos guias informativos). Ou seja, quando a evolução do conhecimento não se ocupa de entender

as necessidades das pessoas com deficiência que são impedidas de exercer seus direitos humanos básicos.

Quando isso acontece, ocorre a discriminação em razão da deficiência que configura crime passível de multa e reclusão conforme determinado pelo artigo 88 da LBI (Lei n.º 13.146/2015).

Portanto, se a estrutura social não estiver adequadamente equipada para antecipar e incorporar a diversidade, a experiência da deficiência pode se tornar pesada demais para aqueles que vivenciam limitações funcionais. O que ressalta a importância de criar sociedades inclusivas que considerem e adaptem-se à diversidade humana, a fim de reduzir as barreiras e promover a igualdade de oportunidades para todas as pessoas (Mello, 2016). Dessa forma, a busca por inclusão e direitos sempre deverá ser eticamente permeada pelo reconhecimento da qualidade inerente à condição humana, independentemente de qualquer tempo ou lugar, que é a dignidade.

DA VIOLÊNCIA EPISTÊMICA

Em 2007, Marilda Fricker filósofa britânica, cunhou o termo *injustiça epistêmica*, que se refere ao conceito de uma injustiça relacionada ao conhecimento. De lá para cá outras estudiosas feministas ampliaram a teoria agregando conceitos relacionados que incluem opressão ou violência epistêmica. Uma injustiça desse tipo pode ocorrer quando alguém é ignorado ou não levado em consideração por causa de sua raça ou etnia, gênero, sexualidade e de igual forma por sua deficiência. A *violência epistêmica* inclui ações sistêmicas de exclusão e silenciamento e ocorre quando pessoas subalternas são impedidas de falar por si mesmas sobre seus próprios desejos porque outros afirmam saber quais são esses interesses.

Diante da violência epistêmica, como reconhecer e romper com a imprescindível necessidade de socializar saberes produzidos buscando uma horizontalidade entre a produção acadêmica e aquela procedente das lutas cotidianas e da militância? (Costa et al., 2022).

A dicotomia existente entre a teoria acadêmica e o conhecimento prático das lutas sociais surge da percepção de que são polos opostos, e que pode resultar em uma hierarquização, na qual o conhecimento acadêmico é considerado mais legítimo ou válido do que o conhecimento experiencial, ou vice-versa.

Somente superando as hierarquias tradicionais e valorizando as diferentes formas de conhecimento, será possível integrar a produção acadêmica com as vivências práticas e as lutas sociais, o que pode contribuir para uma produção de conhecimento mais relevante, sensível e impactante.

É preciso uma abordagem que enfrente a violência epistemológica na busca por integrar diferentes formas de conhecimento, reconhecendo os papéis cruciais de cada uma dessas formas na compreensão mais completa e profunda dos problemas sociais. A horizontalidade do conhecimento implica em relações mais igualitárias e não hierárquicas. Na socialização de saberes, os conhecimentos acadêmicos e os conhecimentos provenientes das experiências cotidianas e da militância encontram-se em pé de igualdade, reconhecendo que ambas as fontes têm valor e contribuições importantes.

O DESAFIO DE UMA EPISTEMOLOGIA INCLUSIVA (NO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO)

Passamos a analisar aspectos desafiadores da experiência de formação que se pretende inclusiva. A busca por uma epistemologia mais inclusiva promove a ideia de que o conhecimento não é monolítico e que diferentes fontes de conhecimento podem se complementar, oferecendo perspectivas mais ricas e abrangentes sobre questões complexas. Isso se faz impossível sem promover uma troca de conhecimentos mais igualitária e colaborativa entre diferentes fontes de conhecimento e experiência.

Ao atestar-se o atraso institucional para a condição de uma Fiocruz efetivamente inclusiva, posto que reflete o contexto social brasileiro de desigualdades e exclusão das pessoas com deficiência, houve mobilização orgânica na busca de estratégias de rompimento dessa inadmissível condição. Algumas dessas iniciativas foram:

:: Em 2017 criou-se o Comitê Fiocruz pela acessibilidade e inclusão das pessoas com deficiência, ocasionando a formulação da Política institucional de inclusão em vários formatos acessíveis (Fiocruz, 2019); a criação do Projeto Empregabilidade Social da Pessoa Surda em parceria com o Centro de Vida Independente do Rio de Janeiro (CVI-Rio) que existe desde 2013, e vem sendo ampliado, contando hoje com a inserção de mais de cem trabalhadores surdos; ampliação do percentual de cotas para estudantes nos programas de pós-graduação *lato e stricto sensu*; lançamento em 2021 do aplicativo FioLibras, que disponibiliza informações sobre Covid-19 em libras; o desenvolvimento de projetos de pesquisa que produziram diversos materiais como guias, cartilhas, cordéis, *posters*, livros, seminários, além de parcerias com instituições da sociedade civil organizada e movimentos de luta das pessoas com deficiência. A maioria desses documentos podem ser encontrados no Portal Fiocruz e Repositório ARCA (Fiocruz,2022).

:: No campo da formação, a principal iniciativa foi a criação do curso de especialização em direitos humanos, acessibilidade e inclusão oferecido pelo DIHS/ENSP (desde 2019), sobre o qual trazemos essas reflexões.

Souza & Vianna (2022), em artigo intitulado *As experiências do curso de especialização em direitos humanos, acessibilidade e inclusão no período da pandemia de Covid-19*, apresentam os desafios enfrentados desde a criação do curso e, posteriormente, as necessárias adequações perante a pandemia de Covid-19, passando da modalidade presencial ao formato remoto. Mudança essa que tornou possível pessoas interessadas de todo o território nacional, participarem como alunos, contudo enfrentou-se grandes desafios de acessibilidade, especialmente para as pessoas com deficiência auditiva e visual. O texto conta as estratégias que foram alçadas e os resultados obtidos nesses casos, ficando como referência para outras instituições.

O objetivo do curso é propiciar a reflexão crítica sobre o significado dos direitos humanos e suas relações com a saúde e as políticas de inclusão e acessibilidade para pessoas com deficiência. Seu conjunto de unidades

possibilita aos alunos conhecerem os aspectos históricos e conceituais, tendo como base a identificação de políticas de inclusão como direito humano e, assim, habilitar os alunos a identificar barreiras e preconceitos no processo de inclusão na sociedade, interpretando suas causas e identificando proposições para avanços na inclusão e acessibilidade de pessoas com deficiência (Souza & Vianna, 2022, p. 2).

O curso foi planejado com participação ativa do Comitê Fiocruz pela acessibilidade e inclusão das pessoas com deficiência ao longo de 2018, e parte significativa de seus integrantes tornou-se docente deste curso. O público-alvo do curso são pessoas com deficiência ou pessoas envolvidas ou interessadas na temática da deficiência. A proporção de pessoas com deficiência matriculadas em 2024 foi de 40%. O que significa ser esse o curso da Fiocruz com maior número de pessoas com deficiência matriculadas. A formação baseia-se na abordagem dos direitos humanos aplicados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e outras políticas públicas relacionadas à acessibilidade e à inclusão. Alguns alunos com deficiência, egressos do curso, seguiram seus estudos de mestrado e doutorado e alguns se tornaram docentes na especialização.

Cumpre-nos ressaltar, no entanto, a importância de atentar para como as formas de conhecimento são repassadas/adquiridas, que segundo Bondía (2002) deveriam resultar de partilhas dos “saberes da experiência”. O pedagogo

espanhol destaca que a experiência é “o que nos acontece”, “nos toca” que pode ser a implementação do passo a passo/etapas de um protocolo para se atingir um “experimento”, por exemplo, um curso, uma aula expositiva. Assim, ao se observar o “jeito protocolar”, por um lado, poder-se-ia repetir um “experimento”. Por outro, os “saberes da experiência” não são, nem deveriam ser “protocolares”, porque são únicos e/ou singulares, vinculados à determinadas existências humanas, uma vez que são produtos de vivências/acontecimentos em um ou mais territórios existenciais (Amorim et al., 2023).

De igual modo, no âmbito dos processos de formação em direitos humanos e diversidade existencial aqui abordados, os “saberes da experiência”, por exemplo, seriam aqueles que “nos tocam e nos acontecem”, resultantes de partilhas dos territórios existenciais de pessoas com deficiência, na condição de sujeitos de “saberes da experiência” ministrados — de forma não protocolar — acerca dos modos de andar a vida.

Portanto, a nosso ver, embora o curso em questão traga uma proposta de desobediência epistêmica, é vital que os cursos de pós-graduação abram ainda mais espaços para a epistemologia inclusiva, em que os sujeitos de direitos sanitários (Vasconcellos & Oliveira, 2013) ocupem a centralidade dos processos de partilha, evitando o cerceamento onde seus territórios existenciais sejam deslegitimados como “objetos de experimentos”, tais como em algumas pesquisas e/ou na produção de conhecimento.

CONCLUSÃO

As diversas questões trazidas até aqui são interconectadas, e em seu histórico revelam uma teia complexa que contribui para as desigualdades presentes na sociedade brasileira. A conscientização, o diálogo aberto e a implementação de políticas inclusivas são essenciais para enfrentar esses problemas e promover uma sociedade mais justa e igualitária.

Ao incluir as vozes que historicamente foram marginalizadas ou negligenciadas no âmbito acadêmico, valoriza-se o conhecimento produzido por comunidades, movimentos sociais e ativistas que muitas vezes têm uma compreensão mais íntima e prática de questões sociais complexas. A intenção é não apenas entender melhor os problemas sociais, mas também contribuir para sua transformação. Isso implica uma abordagem mais engajada, no qual o conhecimento é utilizado como uma ferramenta para promover mudanças positivas na sociedade.

A busca e o compromisso com o desenvolvimento e o cumprimento de políticas públicas mais inclusivas e eficazes, que levem em conta as necessidades específicas de diferentes indivíduos, são elementos essenciais para a redução

das desigualdades e garantia dos direitos das pessoas com deficiência. De igual forma, enfrentar o capacitismo e romper com a corponormatividade são fatores condicionantes para a relevância do curso.

Ressaltem-se que as perspectivas dos processos de produção de conhecimento resultem da participação plena de pessoas com deficiência, uma vez que seus saberes de experiências/vivências são vitais à chamada epistemologia crítica e inclusiva aqui postulada. A troca de saberes, propicia um enriquecimento mútuo em que as diferentes formas de conhecimento são compartilhadas, complementando-se e proporcionando uma compreensão mais completa e contextualizada dos problemas.

Portanto, o curso assume o compromisso com uma abordagem pautada pela justiça epistêmica e pela equidade o que implica em observar o processo de desconstrução necessário no âmbito da deficiência, assim como a importância da participação plena dos movimentos das pessoas com deficiência e seu papel crucial para a reformulação das políticas públicas.

Por fim, compartilhar a experiência significativa do curso de especialização em direitos humanos e inclusão do DIHS/DAPS/ENSP, é uma aposta na sua continuidade, esperança de ampliação da cultura de inclusão e acessibilidade, com mais pessoas se preparando para a luta. O muro de indiferença, arrogância, desresponsabilização e falta de investimento está gradualmente cedendo. O destaque vai para o fato de que são pessoas com deficiência que falarão por si mesmas, orientando-nos sobre o caminho a seguir para assegurar que ninguém seja deixado para trás ou excluído. Desse modo, aprendemos juntos a ser humanos e a valorizar a diversidade.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo, 2018. 325p.
- AMORIM, A. C. Deficiência e Covid-19: “fazer viver e deixar morrer”?. *Research, Society and Development*, vol. 11, n.º 2 jan. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25803>. Acesso em: 27 fev. 2024.
- AMORIM, A. C.; GERTNER, S. & AMORIM, L. A. Cartografia histórico-conceitual da “deficiência”: construção social feita de “invisibilidades/visibilidades” e de utopias. In: CHAVEIRO, E. F. & VASCONCELLOS, L. C. F. (orgs.). *Uma ponte ao mundo: cartografias existenciais da pessoa com deficiência e o trabalho*. Goiânia: Kelps, 2018.
- AMORIM, A. C.; GERTNER, S. R. da C. B.; DIAS, L. de A. & VASCONCELLOS, L. C. F. de. Os lugares de fala da pessoa com deficiência: Entre metáforas

- poéticas e a insurgência crip. *Iluminuras*, Porto Alegre, vol. 24, n.º 66, pp. 78-99, dez. 2023. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/iluminuras/article/view/134584>. Acesso em: 29 fev. 2024.
- BONDÍA, J. L. Notas sobre o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*, n.º 19, jan.-fev.-mar.-abr. 2002.
- COLLINS, P. H. *Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2019 [1990].
- COSTA, L. S. et al. A pesquisa sobre saúde integral da pessoa com deficiência e a desobediência epistêmica. In: COSTA, L. S. et al. (orgs.). *Itinerário de reflexões e práticas de acessibilidade e inclusão: a potência do Fórum Interinstitucional*. Rio de Janeiro: IdeiaSUS/ENSP/Fiocruz, 2022, pp. 31-7. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/57248>. Acesso em: 14 abr. 2023.
- DIAS, A. Por uma genealogia do capacitismo: da eugenia estatal a narrativa capacitista social. In: Simpósio Internacional de Estudos sobre a Deficiência, São Paulo. *Anais...* São Paulo: USP Legal, 2013.
- FIOCRUZ. *Política da Fiocruz para acessibilidade e inclusão das pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-lanca-politica-institucional-deacessibilidade-e-inclusao>. Acesso em: 2 set. 2021.
- FRICKER, M. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford: Oxford University Press, 2007.
- HERRERA FLORES, J. *Teoria Crítica dos direitos humanos: os direitos humanos como produtos culturais*. Rio de Janeiro: Lumen Juris. 2009
- FOUCAULT, M. *Os anormais: curso no Collège de France*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- GERTNER, S. R. da C. B. *Pessoas com Deficiência e seus direitos - visibilidades e invisibilidades: estudo de caso da Fiocruz*. 275 f. Doutorado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2023..
- GESSER, M.; BLOCK, P. & MELLO, A. G. Estudos da deficiência: interseccionalidade, anticapacitismo e emancipação social. In: GESSER, M.; BÖCK, G. L. K. & LOPES, P. H. (orgs.). *Estudos da deficiência: anticapacitismo e emancipação social*. Curitiba: CRV, 2020, pp. 17-35. Disponível em: https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPID/publicacoes/14609_livro-estudos-sobre-deficiencia-2020.pdf. Acesso em: 14 abr. 2023.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnad-continua.html?edicao=37280>. Acesso em: 4 nov. 2023.
- MBEMBE, A. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. *Arte & Ensaios*, Rio de Janeiro, n.º 32, dez. 2016.

- MELLO, A. G. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFS. *Ciênc. saúde coletiva*, 21(10) 2016.
- MELLO, A. G. & DE MOZZI, G. A favor da deficiência nos estudos interseccionais de matriz feminista. In: ROSA M. V. F. et al. (orgs.). *Políticas públicas, relações de gênero, diversidade sexual e raça na perspectiva interseccional*. Porto Alegre: Secco Editora, 2018, pp. 17-30.
- OLIVEIRA, M. H. B.; VIANNA, M. B.; SCHÜTZ, G. E.; TELES, N. & FERREIRA, A. P. Direitos humanos, justiça e saúde: reflexões e possibilidades. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, vol. 43, n.º esp. 4, pp. 9-14, dez. 2019.
- PESSOTTI, I. *Deficiência mental: da superstição à ciência*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1984.
- ROSA, M. V. de F. et al. (orgs.). *Políticas públicas, relações de gênero, diversidade sexual e raça na perspectiva interseccional*. 1.ª ed. Porto Alegre: Secco Editora, 2018. 84p.
- SOUZA, T. R. N. & VIANNA, M. B. As experiências do curso de especialização em direitos humanos, acessibilidade e inclusão no período da pandemia de Covid-19. *Periódico Horizontes – USF*, Itatiba, 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/Sonia%20Gertner/Downloads/1418-Texto%20do%20artigo-4791-4876-10-20221221.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2024.
- VASCONCELLOS, L. C. F. & OLIVEIRA, M. H. B. O sujeito sanitário na perspectiva do direito. In: VASCONCELLOS, L. C. F. et al. (orgs.). *Direito e saúde: cidadania e ética na construção de sujeitos sanitários*. Maceió: EDUFAL, 2013.

Direitos humanos e povos originários: a luta contra uma política de não existência

Diádiney Helena de Almeida

Lutar pelo território é lutar pela Vida.

(Carta da I Marcha das Mulheres Indígenas, 2019)

Ao longo da história do Brasil, a negação das diferenças étnico-culturais jogou uma significativa parcela da população brasileira para o genocídio, para a precarização da vida (Butler, 2019) e para o apagamento dos seus protagonismos como sujeitos de saberes e fazeres. Uma política de não existência, reificada pelo etnocentrismo, por teorias raciais a partir do século XIX, e por projetos integracionistas e de tutela ao longo do século XX, marcou historicamente a relação das elites dominantes com os povos indígenas. Tal política também foi implementada pela intelectualidade do país que, com a nascente historiografia do oitocentos, passou a narrar uma história de formação do Estado nacional brasileiro onde os povos indígenas foram considerados inferiores e destinados ao desaparecimento (Monteiro, 2001). Contudo, mesmo subme-

tidas a uma necropolítica (Mbembe, 2018), os movimentos indígenas, do mesmo modo que os movimentos negros, quilombolas, camponeses, os povos de terreiro, permaneceram e permanecem resistindo contra o genocídio, contra o epistemicídio das suas línguas, dos seus saberes, das suas cosmologias, dos seus territórios e das suas espiritualidades. Permanecem, no século XXI, mesmo após a conquista da autonomia societária com a Constituição Federal de 1988, resistindo, re-Existindo e reivindicando uma cidadania plena.

Este texto irá tratar dos povos indígenas no Brasil considerando que esses grupos foram submetidos, desde o período colonial, a uma política de não existência que teve como principal objetivo se apropriar dos territórios originários (Mendes Júnior, 1912) a partir do extermínio, do trabalho compulsório e da escravização, assim como da subtração das identidades indígenas diversas existentes.

Nesse sentido, é preciso compreender que a expansão territorial, que violou direitos e violentou as coletividades indígenas, foi um processo inseparável do projeto colonial e que ainda se constitui hoje como uma realidade para os povos indígenas no Brasil, que ainda reivindicam o direito aos seus territórios contra a tese jurídica do Marco Temporal, considerado pelo Ministério dos Povos Indígenas como um “genocídio legislado” quando de sua aprovação na Câmara dos Deputados em maio de 2023.

Tal tese pretende, mais uma vez na história, questionar os direitos territoriais dos povos indígenas assim como sua autonomia garantida no texto constitucional (Agência Brasil, 2023).

Se, para o contexto colonial, a categoria de “índios” estava diretamente relacionada aos direitos territoriais, as leituras feitas no século XIX da política indigenista colonial, tenderam a simplificar e homogeneizar todos os grupos indígenas existentes no Brasil. Essa concepção foi realmente uma estratégia muito eficiente para apagar as diferenças sociais, políticas e culturais dos diversos povos indígenas que viviam no território que veio a ser chamado de América e ainda aprofundar, entre os colonos, a noção de inferioridade. Contudo, os estudos históricos recentes demonstram que os direitos territoriais dos indígenas, contemplados desde o século XVI, não impediram a ocupação ilegal de suas terras, mas a promoveram.

O tema da soberania dos povos indígenas foi extensamente debatido durante as discussões a respeito da legitimidade dos títulos portugueses e espanhóis sobre o chamado “Novo Mundo” (Perrone-Moisés, 1992). Soberania afirmada, porém, esbulho deliberadamente praticado, bem afirmou Cunha (1987). Tal processo de expansão territorial baseado na violação aos “direitos naturais” dos indígenas como “senhores de suas terras”, levado a cabo a partir das políticas de aldeamentos coloniais não consideraram os indígenas como uma massa homogênea, mas os

distinguiram politicamente entre aliados e inimigos. Perrone-Moisés (1992) evidencia em suas pesquisas como a prática dessa política revelou a existência de duas linhas de atuação, uma destinada aos “índios aldeados e aliados dos portugueses” e outra aos “índios inimigos e espalhados pelos sertões” (p. 117).

Para além da profunda discussão que esta temática enseja, sabe-se o quanto a escravização dos “índios bravos” e, muitas vezes, dos próprios “índios amigos” pelos colonos movimentou um mercado que se configurou na exploração violenta da mão de obra indígena (Monteiro, 2009). Aos que impunham resistência, retratados como bárbaros e selvagens estavam destinadas às “guerras justas” e à escravização. Como bem demonstrou Perrone-Moisés (1992, p. 123), o enorme *corpus* legislativo colonial evidencia como as leis eram deliberadamente descumpridas além da ausência de qualquer preocupação com a fiscalização dos usos ilegais da mão de obra indígena.

Interessante apontar para o caráter assimilacionista da política pombalina que além de incentivar os casamentos mistos proibiu, a partir do Diretório, que os indígenas fossem chamados de “negros”, afinal era uma alusão ao cativo-iro, acompanhados da imposição de nomes e sobrenomes de origem portuguesa para que fossem tratados “como se fossem brancos”. Como bem indica a historiografia, novas clivagens de cor e sangue surgem dessas políticas que nem sempre alcançaram os objetivos esperados e que desafiam novas pesquisas para uma compreensão mais densa sobre as identidades políticas e sociais indígenas (Moreira, 2018).

Segundo Ferdinand (2022), ao tratar da colonização no mundo caribenho, o “laboratório colonial” esteve marcado pela violência contra os corpos indígenas, contra as terras locais em toda a sua diversidade tropical e a isso “soma-se a violência da exclusão epistêmica, imaginária e política desses corpos, espaços, terras e naturezas de um pertencimento comum à Terra e ao mundo” (p. 122). Considerando esse contexto de produção de ausência do “outro”, destaco aqui a ação da Companhia de Jesus, criada por Inácio de Loyola em 1540, que empreendeu uma tarefa missionária de conversão ao cristianismo e que, dentre outras atribuições, se dedicava ao tratamento das doenças e epidemias nas regiões coloniais. A criação de boticas e enfermarias em seus colégios foi um dos instrumentos de tal missão espiritual (Ribeiro, 1997; Marques, 2003). Nesse sentido, a organização dos aldeamentos e toda a estrutura montada para oferecer assistência à saúde são aqui especialmente evocadas a fim de demonstrar uma dinâmica prática dos esforços colonizadores que buscou ocultar saberes e modos de viver próprios das culturas indígenas.

A ação dos jesuítas no campo das artes médicas foi atestada pela historiografia que referencia, mediante ampla documentação, sua atuação como físicos, sangradores e cirurgiões além de descreverem as ervas usadas na composição dos

remédios elaborados em suas boticas. A farmacopeia brasileira é assim concebida pioneiramente com base nesses registros que foram feitos a partir das experiências nas enfermarias das missões, as responsáveis pelas assistências espiritual e curativa dos núcleos coloniais (Calainho, 2005; Leite, 2022).

Os registros documentais dos inacianos, do século XVI ao XVIII, indicam a descrição dos indígenas considerados por eles como gentios, bárbaros e selvagens. Longe de considerar as relações entre indígenas e religiosos a partir de oposições simplistas entre vencidos e vencedores, estudiosos vêm aprofundando as pesquisas a fim de compreender os sentidos dos processos de conversão partindo do pressuposto de que esses também compuseram cenários de negociações mobilizando vários recursos em suas resistências ao projeto colonial no contexto dos aldeamentos e também fora deles, considerando universos simbólicos de alteridade dinâmicos e heterogêneos (Monteiro, 2001; Pompa, 2003; Almeida, 2017). Não se trata, portanto, de romantizar a existência de negociações e intercambialidades possíveis, mas de compreendê-las valendo-se de contextos de violenta repressão aos modos de vida plurais indígenas existentes que, historicamente, valorizaram a diversidade ao contrário da empresa colonial portuguesa marcada pela recusa da alteridade.

O “Novo Mundo”, completamente desconhecido e extremamente inóspito, foi lido e interpretado com base nas experiências ocidentais europeias e das interlocuções possibilitadas pelo contato colonial. Portanto, a desvalorização dos conjuntos de conhecimentos advindos dos povos indígenas foi uma estratégia política. Na prática, sabe-se que tais conhecimentos sobre o território, naquele contexto, foram fundamentais para a sobrevivência dos europeus nos núcleos coloniais. Importante os estudos que apontam para a valorização dos saberes indígenas identificando as contribuições que ofereceram aos religiosos diferenciando alimentos de remédios, mas também indicando o quão fundamental esses conhecimentos representaram na composição das boticas e enfermarias (Calainho, 2005).

Conforme aponta Moreira (2019), em estudos sobre os aldeamentos do Espírito Santo, os inacianos “escolhiam determinados códigos em detrimento de outros” (p. 113). Uma vez que a legitimidade desses conhecimentos foi constantemente recusada, tais estudos confirmam que os povos indígenas eram profundos conhecedores sobre o território, sobre as plantas e sobre as curas de doenças e males, para o corpo e para o espírito, desconhecidos pelos europeus.

As diversas organizações sociais indígenas, assim como seus costumes, tornaram-se objeto de uma estratégia, pelos inacianos, que, conforme a documentação mostra, estavam imbuídos da missão de resgate e de salvação de todo aquele modo de vida que consideravam animalesco e selvagem. Ressalta-se aqui, portanto, o quanto essa documentação pressupôs a incapacidade cognitiva dos

povos indígenas como sujeitos com conhecimentos e experiências que foram mobilizadas e articuladas, com base em suas culturas, para lidar com as mais diversas experiências do processo de colonização. Certa história narrada pelo padre José de Anchieta é indicativa dos estranhamentos provocados pela violência a que Ferdinand nos chama a atenção:

Não há muitos dias, estando nós em Piratininga, começou, depois do pôr do sol, o ar a turvar-se de repente, a enublar-se o céu, a amiudarem-se os relâmpagos e trovões, levantando-se então o vento sul a envolver pouco a pouco a terra, até que, chegando ao Nordeste, de onde quase sempre costuma vir a tempestade, caiu truição: abalou as casas, arrebatou os telhados e derribou as matas; [...] *O que, porém, no meio de tudo isso, se tornou mais digno de admiração, é que os índios, que nessa ocasião se compraziam em bebidas e cantares (como costumam), não se aterraram com tanta confusão de cousas, nem deixaram de dansar e beber, como se tudo estivesse em completa tranquilidade* (Anchieta, 1933, pp. 105-6, grifo meu).

Fica evidente de como a relação de tranquilidade dos indígenas com a tempestade assustou o religioso que cita ritos e costumes indígenas que podem ser presenciados na contemporaneidade, como bem descreve Kopenawa & Albert (2015) sobre a relação dos xamãs que dançam com os *xapiri* em busca de proteção, danças essas que são gestadas em sonhos, mantêm o céu suspenso e o povo Yanomami protegido:

Quando um xamã muito velho fica doente por um longo período e acaba se extinguindo por si só, seus *xapiri*, em silêncio vão aos poucos, deixando sua casa de espíritos. Abandonada, ela começa a desabar. Não acontece nada além disso. Por outro lado, se um xamã jovem tiver uma morte violenta, flechado por guerreiros ou comido por feiticeiros inimigos, seus espíritos ficam enfurecidos. O céu escurece, chove sem parar, a ventania bate com força nas árvores da floresta, os seres trovão berram com violência, enquanto os seres raio explodem com estrondo. A chuva não para, e os espíritos do céu despejam incontáveis cobras sobre a Terra. Os espelhos dos espíritos onça se despregam e essas feras começam a rondar por toda a floresta. Tudo isso acontece quando morre o xamã, que tinha uma casa de espíritos muito alta. Então seus *xapiri* ficam furiosos por terem ficado órfãos e querem quebrar o céu por vingança. Os espíritos dos pica-paus *ëxama* e *xot^het^hma* e depois os dos pássaros *yókihima usi* golpeiam o peito dele com toda a força de seus machados e facões afiados. Pedacinhos inteiros da abóbada celeste começam a quebrar, com estrondos tão

fortes que até os xamãs sobreviventes ficam apavorados! Então, eles devem despachar depressa seus próprios espíritos para consertá-la e conter a fúria dos *xapiri* órfãos (pp. 196-7, grifos do original).

Essa é uma das numerosas narrativas existentes entre os povos indígenas explicando as relações entre seres visíveis e invisíveis, assim como os caminhos daquilo que se pode compreender como um estado de harmonia e equilíbrio e de resistência contra qualquer opressão e morte violenta. Um universo cosmológico informava certamente aquele grupo indígena que foi observado em meio à tempestade. O que foi compreendido como tranquilidade está baseado em um conjunto de crenças compartilhadas que informavam conhecimento sobre aquele fenômeno natural e era acompanhado por ritos que certamente respondiam ao contexto em que viviam, e que foi feito, conforme a descrição, com cantos e danças.

Contudo, conforme aponta a historiografia, tais ritos foram, em geral, interpretados a partir dos conhecidos esquemas de feitiçaria europeia. Nesse sentido, os pajés e os xamãs se tornaram, em muitas dessas interpretações, os agentes de rituais demoníacos (Souza, 1993). Trata-se de uma investigação a ser aprofundada, porém é certo afirmar que os religiosos tratam, em seus registros, da “domesticação” dos povos indígenas a fim de captar as informações que precisavam e que pudessem auxiliar no processo de conversão. Contudo, como explicita Cunha (2019), os saberes indígenas e as relações com outros seres não podem ser compreendidos pelo parâmetro da domesticação, seja dos homens e mulheres, seja das plantas. Barreto (2021), intelectual indígena, afirma que a própria noção de território está permeada por uma relação cosmopolítica com todos os seres presentes no espaço e, particularmente para seu povo Tukano, com os *waimahsã*, habitantes dos diferentes espaços do mundo aquático e que informam todo um conjunto de saberes que formam os especialistas de curas nos cuidados com o corpo.

Segundo Gersem Baniwa (2019, p.38), “as epistemologias indígenas rompem com a hegemonia do pensamento científico na sua raiz cosmológica, na sua raiz filosófica, na sua raiz epistemológica”.

Pensar os conhecimentos indígenas apartados de sua espiritualidade é impossível, afirma. Trata-se, portanto, de questionar as bases da produção de conhecimento e todas as dimensões do racismo e do etnocentrismo que perpassam a produção de conhecimento para consolidar uma “cidadania diferenciada” ou “cidadania híbrida”, como postulada por Baniwa quando reivindica direitos humanos fundamentais para os povos indígenas como o reconhecimento da sociodiversidade cultural e a garantia dos direitos de autonomia e de autodeterminação,

assim como a garantia do território entendido como “o conjunto de seres, espíritos, bens, valores, conhecimentos, tradições que garantem a possibilidades e o sentido da vida individual e coletiva” (2006, p. 101).

O movimento indígena reclama tal cidadania diferenciada, entre outros mecanismos legais, a partir da Lei n.º 11.645/2008, confrontando a matriz colonial do Estado brasileiro. Mas, de todo modo, podemos questionar quais tem sido efetivamente as mudanças nos currículos e nos espaços de educação, do ensino básico ao superior. De que modo os brasileiros nascidos Pataxó, Tupinambá, Tupiniquim, Tuxá, Kariri-Xocó, e tantos outros povos indígenas desse país, têm suas cosmologias conhecidas e respeitadas quando suas lideranças continuam sendo assassinadas por defender os seus territórios, os mesmos que continuam sendo saqueados, envenenados e espoliados daqueles a quem pertencem por direito e quando seus conhecimentos continuam a ser folclorizados e localizados a partir da distância, no tempo e no espaço?

A reivindicação, no contexto pós-Constituição Federal de 1988, ao direito educação escolar indígena diferenciada e à atenção diferenciada à saúde, assim como todas as reivindicações por direitos à vida se articulam em defesa dos territórios físico e simbólico, e se constitui em instrumentos de afirmação de existências plurais e, portanto, de resistência à homogeneização e universalização dos corpos e identidades indígenas compondo um enfrentamento às históricas teses de assimilação, integração e de extinção, física ou por meio da miscigenação racial (Schwarcz, 1993; Maio & Santos, 1996), submetidas pelas políticas indigenistas e endossadas por significativa parcela do pensamento social brasileiro ao longo dos séculos XIX e XX.

O protagonismo dos povos indígenas é um tema muito recente na agenda historiográfica e, portanto, no campo da ciência no Brasil. As sociedades não ocidentais foram objetos de observação e estudos com base em perspectivas generalizantes e exotizantes que não consideraram a violência do contexto colonial em que estavam inseridas, assim como todas as implicações políticas para o cotidiano de violações a que os povos indígenas foram submetidos até à aprovação do Capítulo dos Índios da Constituição Federal de 1988 e que, atualmente, ainda permanecem em luta para defender tais conquistas. Vistas por intelectuais como sociedades estáticas onde as diferenças eram exaltadas, os povos indígenas tiveram suas existências ameaçadas por políticas violentas de extermínio, de apagamento das suas identidades como povos dotados de culturas diversas com línguas próprias, com modos de vida igualmente diferenciados e que estavam ameaçados em razão da exploração de seus territórios, das “guerras justas” do período colonial e joanino às ações integracionistas nefastas do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), criado em 1910, herdadas pela Fundação Nacional do Índio,

criada em 1967, e pelo Estatuto do Índio (Lei n.º 6.001) que reafirmou a política integracionista em 1973.

O antropólogo Felipe Tuxá (2021) afirma que tal violência é “parte fundante do projeto societário brasileiro” e possui um caráter estrutural ao mesmo tempo que é naturalizado pelo senso comum informado pela permanência do racismo e da reprodução de estereótipos sobre os povos indígenas. Nesse sentido, tal história de opressão e genocídio, no passado e no presente, foi sempre omitida e recusada. O negacionismo histórico, afirma Felipe, sobre o genocídio indígena no Brasil sempre foi praticado não apenas para apagar, mas também para destruir as existências indígenas.

Assim, ao pensar nas muitas ruas com nomes de grupos indígenas, supostamente extintos, espalhados Brasil afora e, do mesmo modo, nos monumentos que fazem menção às mortandades promovidas pelos bandeirantes na cidade de São Paulo, Felipe atesta não o silêncio, mas uma memória publicamente celebrada do genocídio indígena (p. 22).

Importante apontar para as críticas que vem denunciando as estratégias pelas quais os povos indígenas tiveram sua humanidade desprezada sendo silenciados como narradores das suas próprias histórias, apagados como personagens fundamentais para se entender a história do Brasil e excluídos como cidadãos brasileiros. Mas, principalmente, como uma memória que naturaliza a brutalidade contra as suas existências, é constantemente reproduzida cada vez que uma liderança é assassinada em defesa de seu território. Como registrado na Carta da I Marcha das Mulheres Indígenas (2021, p. 3), “lutar pelo território é lutar pela vida”. O território é constituído por essa multiplicidade de existências, de mundos e de memórias ancestrais que, como bem afirmou a antropóloga Pankararu Elisa Urbano Ramos,

têm significados que trazem elos de condução desde nossa existência do passado até o futuro. O território, para além da extensão geográfica, traz a história e os ensinamentos dos nossos antepassados, os espaços e os seres sagrados, sejam estes visíveis ou invisíveis (2022, p. 173).

Esse território historicamente perseguido que possui alagoes celebrados em monumentos públicos e em nomes de avenidas é sempre didaticamente remetido ao passado. Um dos grandes desafios da educação das relações étnico-raciais, no que diz respeito às culturas dos povos indígenas no Brasil, é resgatar a “contemporaneidade” (Fabian, 2013), amplamente omitida e negada na história ensinada, principalmente no que se refere ao histórico de violências a que os povos indígenas são submetidos no Brasil. Chama a atenção a reivindicação feita pelo

historiador Edson Kaiapó & Tamires Brito (2014) sobre a necessidade de uma inclusão efetiva do debate nas escolas sobre a “discriminação e o genocídio como crime contra a humanidade” (p. 61) atendendo à Convenção para a Prevenção e Punição do Crime de Genocídio feito pela ONU em 1948. Trata-se de defender o direito à sociodiversidade cultural e, portanto, à diferença, educando e informando sobre todos os preceitos que a garantem legalmente.

O conhecimento do outro, segundo Eduardo Menendez (2018), atravessado pelo racismo é constituinte da história da América Latina. Nesse sentido, o autor ressalta a persistência do racismo e das teorias eugênicas, mesmo após suplantadas teoricamente no decorrer do século XX, com o objetivo de justificar a superioridade branca e sua expansão política e econômica, além de deliberadamente controlar social e ideologicamente determinadas populações. Segundo esse autor, tais leituras objetivam anular o protagonismo indígena e afastar qualquer consciência crítica da situação atual dos povos indígenas assim como das condições atuais da pesquisa científica.

Essa abordagem que anulava a presença indígena no passado e, consequentemente, no presente e no futuro do país, foi questionada em determinados momentos por pesquisadores que se identificavam com uma perspectiva crítica, e, a partir da década de 1970, foram contestadas, no campo da antropologia e da história (Monteiro, 1995; Oliveira & Quintero, 2020).

Como bem afirma Gersem Baniwa (2019, p. 24), a academia “participou da dúvida cosmológica ocidental europeia sobre a humanidade e a capacidade dos povos indígenas”, o que impediu a participação, o protagonismo e o exercício da cidadania pelos povos indígenas. Muitos intelectuais já afirmaram que tal crença foi amplamente acolhida e difundida entre os pesquisadores que endossaram a “tese da extinção” indígena colocada, no século XIX, por Francisco Adolfo Varnhagen e Carl Friedrich Philipp Von Martius. Desse modo, as interpretações sobre a história do Brasil foram escritas a partir da indiferença do genocídio praticado contra os povos indígenas, por meio da perspectiva do exótico e pela convivência com o racismo e a concepção de que os povos indígenas estavam fadados ao desaparecimento.

A aproximação dos pesquisadores com as organizações indígenas foi crucial para iniciar a mudança deste quadro e se deu em um momento de organização do Movimento Indígena mobilizado pela contestação ao autoritário Decreto de Emancipação de 1978, proposto durante o governo do general Emílio Garrastazu Médici (1974-1978), no período do regime ditatorial, que reuniu diferentes lideranças e instituições contrárias a um projeto que pretendia impor “critérios de identidade étnica” e que ganhou grande repercussão entre intelectuais e organizações civis e religiosas (Lacerda, 2008; Bicalho, 2019). Mas é importante ressaltar, como faz o advogado Eloy Terena (2022), que o “movimento indíge-

na brasileiro nasceu desde o primeiro momento em que um líder indígena fez oposição ao processo colonial” (p. 90). Muitos trabalhos advindos de uma nova abordagem histórico-antropológica vêm reconhecendo o passado indígena da história do Brasil e colocando em primeiro plano as experiências e o protagonismo indígena.

Atualmente, intelectuais indígenas também adentram a universidade e os espaços de pesquisa e reivindicam esta narrativa configurando uma dinâmica de luta pela garantia dos direitos já conquistados e pela persistente luta pela continuidade das vidas indígenas. O movimento pela demarcação dos territórios se estende aos territórios do saber. Além do protagonismo indígena nas narrativas historiográficas, trata-se urgentemente de tornar os debates interculturais e interepistêmicos, como diz Gersem Baniwa (2019), efetivamente concretos a fim de superar o etnocentrismo da ciência acadêmica e, portanto, a tutela nos espaços de produção do conhecimento que por tanto tempo endossaram uma política de não existência dos povos indígenas. Trata-se de considerar o “diálogo entre sistemas de conhecimento, sistemas que sustentam as distintas visões de mundo que estruturam nossos modos distintos de pensar e organizar o mundo” para um diálogo igualitário e simétrico (p. 38).

A ameaça de extinção colocada pelo projeto colonial, seja no passado ou no presente, continua mobilizando dinâmicas de resistências, muitas das quais são constantemente interpretadas pelos não indígenas como a negação da condição de ser um povo originário no Brasil. Exemplo disso foi a Resolução n.º 4/2021 da Fundação Nacional do Índio sob a direção de Marcelo Augusto Xavier da Silva, durante o governo anti-indígena de Jair Bolsonaro, que buscou impor “indicadores e critérios de indianidade”. Suspensa por decisão do Superior Tribunal de Justiça (STF), tal empreitada foi mais um recurso, de base colonial, perpetrado contra os direitos dos povos indígenas como sujeitos individuais e coletivos. Segundo Ricardo Verdum (2022), o principal objetivo era atender aos interesses dos setores socioeconômicos que eram contrários ao reconhecimento e à titulação das Terras Indígenas e, portanto, impedir o acesso à terra reestabelecendo o poder de tutela que fora previsto no Estatuto do Índio em 1973. O meio para isso foi justamente o questionamento da identidade indígena sob o pretexto de evitar “fraudes” relativas à “vinculação entre a obtenção de heteroidentificação e a reivindicação para constituição de terras indígenas” (p. 491).

Protegidos com urucum e jenipapo e atuando na arena política, nos espaços da universidade, nos tribunais como autores de livros, curadores de museus, artistas plásticos ou cantores de *rap*, os povos indígenas seguem multiplicando suas presenças, reafirmando suas resistências. Na contramão dessa política de não existência, operacionalizada de numerosas formas, os povos indígenas seguem cantando e fazendo seus rituais durante as mais fortes tempestades causadas pelos

assassinatos de suas lideranças. Apesar dessa brutalidade, seguem sendo orientados por suas espiritualidades e por conhecimentos que os movem para um futuro ancestral e, assim, seguem provando que as expectativas de extinção continuarão sendo frustradas, porque os povos indígenas são como sementes, e reflorestam os territórios após as tempestades.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. R. C. A atuação dos indígenas na História do Brasil: revisões historiográficas. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, vol. 37, n.º 75, 2017.
- ANCHIETA, J. *Cartas, informações, fragmentos históricos e sermões do Padre Joseph de Anchieta (1554-1594)*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1933.
- BANIWA, G. L. Antropologia colonial no caminho da Antropologia indígena. *Novos Olhares Sociais*, vol. 2, n.º 1, pp. 22-40, 2019.
- BANIWA, G. L. *O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, LACED/Museu Nacional, 2006.
- BARRETO, J. P. L. *Kumuã na kahtiroti-ukuse: uma “teoria” sobre o corpo e o conhecimento prático dos especialistas indígenas do Alto Rio Negro*. Doutorado. IFCHS - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2021.
- BICALHO, P. Resistir era preciso: o Decreto de Emancipação de 1978, os povos indígenas e a sociedade civil no Brasil. *Topoi*, Rio de Janeiro, vol. 20, n.º 40, pp. 136-56, jan.-abr. 2019.
- BUTLER, J. *Vida precária: os poderes do luto e da violência*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.
- CALAINHO, D. B. Jesuítas e Medicina no Brasil Colonial. *Tempo*, Rio de Janeiro, n.º 19, pp. 61-75, 2005.
- CUNHA, M. C. *Os Direitos dos Índios. Ensaio e Documentos*. São Paulo: Editora Brasileira, 1987.
- CUNHA, M. C. “Antidomestication in the Amazon. Swidden and its foes”. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 9(1), pp. 126-36, 2019.
- FABIAN, J. *O tempo e o outro: como a antropologia estabelece seu objeto*. Petrópolis: Editora Vozes, 2013.
- FERDINAND, M. *Uma ecologia decolonial: pensar a partir do mundo caribenho*. São Paulo: Ubu Editora, 2022.
- KAIAPÓ, E. & BRITO, T. A pluralidade étnico-cultural indígena no Brasil: o que a escola tem a ver com isso?. *Caicó*, vol. 15, n.º 35, pp. 36-68, jul.-dez. 2014.
- KOPENAWA, D. & ALBERT, B. *A queda do céu: palavras de um xamã yanomami*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

- LACERDA, R. F. *Os povos indígenas e a Constituinte – 1987/1988*. Brasília: Conselho Indigenista Missionário (CIMI), 2008.
- LEITE, B. M. B. Boticas, boticários e cultura farmacêutica nos estabelecimentos da Companhia de Jesus no ‘Estado do Brasil’, 1670-1759. *Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Cienc. Huma.*, Belém, vol. 17, n.º 1, 2022.
- MAIO, M. C. & SANTOS, R. V. (orgs.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz: CCBB, 1996.
- MARCHA DAS MULHERES INDÍGENAS. Documento Final da Marcha das Mulheres Indígenas (2019). *InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais*, Brasília, vol. 7, n.º 2, pp. 339-45, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/39122>. Acesso em: 12 mar. 2024.
- MARQUES, V. R. B. Medicinas Secretas: Magia e Ciência no Brasil Setecentista. In: CHALHOUB, S.; Marques, V. R. B.; Sampaio, G. R. & Sobrinho, C. R. G. (orgs.). *Artes e Ofícios de curar no Brasil*. Campinas: UNICAMP, 2003, pp. 163-95.
- MBEMBE, A. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. São Paulo: n-1 edições, 2018.
- MENDES JÚNIOR, J. *Os indígenas do Brasil, seus direitos individuais e políticos*. São Paulo: Typ. Hennies Irmãos, 1912.
- MENENDEZ, E. L. *Colonialismo, neocolonialismo y racismo: el papel de la ideología y de la ciencia en las estrategias de control y dominación*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad, 2018.
- MINISTÉRIO dos Povos Indígenas diz que marco temporal é “genocídio”. Deputados federais aprovaram nova regra de demarcação de terras. *Agência Brasil*, 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2023-05/ministerio-dos-povos-indigenas-diz-que-marco-temporal-e-genocidio> Acesso em: 12 mar. 2024.
- MONTEIRO, J. M. O desafio da História Indígena no Brasil. In: SILVA, A. L. & GRUPIONI, L. D. B. (orgs.). *A temática indígena na escola*. Brasília: MEC/MARI/UNESCO, 1995.
- MONTEIRO, J. M. *Tupis, tapuias e historiadores. Estudos de História Indígena e do Indigenismo*. Tese de Livre-docência em Etnologia, Departamento de Antropologia da UNICAMP, Campinas, 2001.
- MONTEIRO, J. M. *Negros da terra: índios e bandeirantes nas origens de São Paulo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.
- MOREIRA, V. M. L. Casamentos indígenas, casamentos mistos e política na América Portuguesa: amizade, negociação, capitulação e assimilação social. *Topoi*, Rio de Janeiro, vol. 19, n.º 39, pp. 29-52, set.-dez. 2018.
- MOREIRA, V. M. L. *Reinventando a autonomia: liberdade – propriedade – autogoverno e novas identidades na capitania do Espírito Santo*. São Paulo: Humanistas, 2019.

- OLIVEIRA, J. P. & QUINTERO, P. Para uma antropologia histórica dos povos indígenas: reflexões críticas e perspectivas. *Horiz. Antrop.*, Porto Alegre, ano 26, n.º 58, pp. 7-31, set.-dez. 2020.
- PERRONE-MOISÉS, B. Índios livres e índios escravos: os princípios da legislação indigenista do período colonial (século XVI a XVIII). In: CUNHA, M. C. *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras/FAPESP, 1992.
- POMPA, C. *Religião como tradução. Missionários, Tupi e Tapuia no Brasil Colonial*. Bauru: EDUSC, 2003.
- RAMOS, E. U. Lideranças mulheres indígenas em Pernambuco e o cuidado com a saúde. In: Coletivo Vozes Indígenas na Saúde Coletiva. *Vozes Indígenas na Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2022.
- RIBEIRO, M. M. *A ciência dos trópicos. A arte médica no Brasil do século XVIII*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- SCHWARCZ, L. M. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.
- SOUZA, L. M. *Inferno atlântico. Demonologia e colonização – séculos XVI-XVIII*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.
- TERENA, L. E. *Povos Indígenas e o Judiciário no contexto pandêmico: a ADPF 709 proposta pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil*. Rio de Janeiro: Mórula, 2022, p. 90.
- TUXÁ, F. Negacionismo histórico e genocídio indígena no Brasil. In: ZELIC, M.; ZEMA, A. C. & MOREIRA, E. (orgs.). *Genocídio Indígena e Políticas Integracionistas: demarcando a escrita no campo da memória*. São Paulo: Instituto de Políticas Relacionais, 2021.
- VERDUM, R. A Resolução n.º 4/2021 e os critérios de indianidade: a tentativa de restrição à autoidentificação indígena e seus efeitos. In: ALARCON, D. F. et al. (orgs.). *A gente precisa lutar de todas as formas. Povos Indígenas e o enfrentamento da covid-19 no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2022.

Saúde do trabalhador como direito humano¹ viabilizando uma utopia civilizatória

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Em sítio de pobre, chuvisco é temporal.

O título deste texto talvez cause certo espanto. Há quem ache que saúde do trabalhador (ST) já é, de *per si*, um direito humano (DH) e, por isso, estaremos falando do óbvio. Há também quem ache que a ST, por ser prevista em diversas variáveis jurídicas, deve ser considerada como um DH, pois o conjunto desses direitos se aplica em seres humanos, como é o caso dos trabalhadores (exceto nas condições que todos conhecemos). Há os que acham que a ST é um direito fundamental e, portanto, trata-se de um DH (como se qualquer direito não devesse ser fundamental). E ainda há os que acham que se

¹ Este texto não tem autoria única. Ele é fruto de uma trajetória compartilhada, há muitos anos, com um sem-número de pensadores, sindicalistas, professores, trabalhadores e militantes da saúde do trabalhador e dos direitos humanos. Todos os que participam e participaram da proposta sabem quem são. É impossível nomeá-los e todos estão aqui.

alcançarmos o patamar de trabalho decente esse será alçado à condição de DH. São visões que nem conversam entre si, nem se complementam.

O manto do DH supera a proteção jurídica de todos os demais direitos. Nenhum direito isoladamente, especialmente os que são efetivamente aplicados na relação saúde-trabalho, foi capaz de alcançar um mínimo garantidor da saúde e da vida dos trabalhadores, ao longo da história. E, tampouco, possibilitou a abrangência holística que o DH pretende na proteção dos sujeitos portadores de uma humanidade dependente da manutenção de seus modos de vida relativos ao trabalho. Considerar a ST como DH é a via em direção a uma utopia civilizatória em um tempo de profundas transformações em busca de uma sustentabilidade do planeta que tenta se sustentar em meio a violências de toda ordem sobre os seres humanos, sobretudo trabalhadores e trabalhadoras, inclusive crianças e velhos.

Os subsídios aqui apresentados sistematizam, sob a forma de tópicos, alguns argumentos propositivos para o debate. Cada tópico, acompanhado de um provérbio, como epígrafe, marca a sabedoria popular como uma espécie de cartão de visitas do próprio DH: o direito de a voz do povo e de cada sujeito trabalhador ser ouvida. Direito humano, portanto, de falar e de se fazer ouvir.

Os trabalhadores sabem que o mundo do trabalho, ao ser regulado por regras e normas que tentam impedir sua morte, seu adoecimento, suas mutilações, seu sofrimento, é um chuvisco jurídico protetivo que, no entanto, é tratado como enxurrada, um dilúvio, de direitos tidos como suficientes, pelos que os estabelecem — os fazedores das leis. A ponto de serem flexibilizadas por eles, tais como as sucessivas reformas previdenciárias e trabalhistas brasileiras recentes, verdadeira chuva torrencial de desdireitos.

Que venham temporais de direitos humanos capazes de abastecer açudes, regenerar rios, irrigar campos férteis aptos de fazer vicejar a dignidade humana no mundo do trabalho.

SAÚDE DO TRABALHADOR (ST)

Em casa de enforcado não se fala em corda.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) resgatou a saúde pública, em seu artigo 200, com uma intenção deliberada de dar um nítido recado àqueles que, durante décadas, alijaram o mundo do trabalho do olhar da saúde.

Absurdo histórico em que ao sistema de saúde cabia apenas recolher e cuidar de feridos e adoecidos e enterrar os mortos do trabalho. Embora não seja um

caso exclusivamente brasileiro, a ST esteve durante décadas fora do seu lugar. E foi expressamente essa expressão: saúde do trabalhador que a CF/88 escolheu para avisar aos desavisados. Não foi outra.

Por influência do Movimento Sanitário Brasileiro que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), o resgate foi carimbado pelos constituintes com a marca ST para dizer: não nos servem apenas a medicina do trabalho (MT), a engenharia de segurança (ES), a saúde ocupacional (SO) e outras áreas técnicas subordinadas ao poder econômico e dependentes de regras contratuais insuficientes para proteger a saúde no mundo real.

A partir de agora, a saúde reassume o lugar de onde nunca deveria ter saído, em que todas essas áreas técnicas, e outras mais, são acolhidas e devem seguir as regras da saúde pública, sob a rubrica ST. Sobretudo compartilhando a voz dos trabalhadores, para fazer jus à determinação da CF/88, em seu artigo 198: participação da comunidade.

Pode parecer estranho, mas, até então, a saúde pública cuidava da saúde pública, exceto a da saúde dos trabalhadores.

O enforcado terá voz para falar da corda e para decidir jogá-la fora. Assim como foi no Movimento Operário Italiano (MOI), nos anos 1960, cujo levante libertador do jugo da MT e da SO, de comando patronal, cunhou a expressão, hoje brasileiríssima e constitucional: ST — saúde DO trabalhador.

Seus princípios são simples e evidentes: não delegar aos técnicos nem aos patrões as decisões sobre as condições de saúde; ter voz ativa, altiva e soberana do saber operário nas decisões; não monetizar riscos para não aceitar a morte lenta no trabalho; e, entre outros, seu lema principal: *saúde não se vende nem se delega, se defende* (Vasconcellos & Oliveira, 2011). Apesar de que a área da ST, no Brasil, institucionalizada no SUS, em seus equipamentos e percursos normativos incluam alguns dos princípios do MOI, por lástima, o tempo necessário da transformação é subjugado pelo tempo sempre célere da dominação político-econômica sobre os trabalhadores. Por isso, ST como DH ainda é uma utopia civilizatória. Contudo, ela nos serve para caminhar.

ESTADO CONTRA ESTADO

Em casa que falta pão todo mundo grita e ninguém tem razão.

O pão que falta no Estado brasileiro em matéria de ST é o sangue que sobra dos acidentes e mortes *no* e *do* trabalho. Há séculos existe um gosto de sangue no mundo do trabalho. Desde que a CF/88 incluiu a ST como atribuição do SUS,

uma rebeldia anticonstitucional foi se delineando em vários setores do Estado brasileiro. Destaque para o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), onde grande parte de seus gestores e técnicos (principalmente auditores fiscais), vêm arguindo a responsabilidade do SUS em exercer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). O que poderia colocar mais pão à mesa do Estado brasileiro, conjugando intersetorialidade e interdisciplinaridade da ação em VISAT, materializou-se em um dito conflito de competência. Assumido, ora verbalmente, ora oficialmente, pelo MTE, a inacreditável obstrução da VISAT /SUS, na maior parte do país, soa como zombaria da CF/88, perante a “Lei dos 15 segundos”.

Verdade seja dita que o MTE não está sozinho nesta espécie de cruzada contributiva da catástrofe epidemiológica da ST. Setores da Previdência Social, dos Poderes Legislativo e do Judiciário e, o pior de tudo, do próprio setor da saúde arguem a competência do SUS. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é inexplicavelmente omissa em relação à VISAT, assim como a maciça participação da própria gestão do SUS. Esclareça-se que VISAT é a vigilância da saúde *no e do* trabalho, ação típica de Estado, inequívoca e insubstituível, da área de saúde pública, com capacidade de intervir em seus determinantes de adoecimento e morte. Ou seja, vigilância do processo, do ambiente, das condições e da organização do trabalho, em todas as matérias de saúde.

E, para não ficar só no âmbito estatal, é sintomático que as grandes representações patronais brasileiras se posicionam, no mais das vezes, a favor da visão do MTE e seus acompanhantes arguidores do SUS. O que é curioso.

O que pode ser tão ameaçador ao setor produtivo quando a saúde pública do país tenta vigiar o mundo do trabalho, perante a “Lei dos 15 segundos”?

A LEI DOS 15 SEGUNDOS

De grão em grão a galinha enche o papo.

Recentemente, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) contabilizou, oficialmente, no mundo, a morte de um trabalhador a cada 15 segundos (OIT, 2023). Esta é a lei que está em vigor. Considerando que o Brasil ocupa a quarta posição no *ranking* mundial de acidentes de trabalho é desnecessário comentar. A galinha dos ovos de ouro cada vez mais enche o papo... cada trabalhador morto significa que cada investimento em cada empresa, em cada cidade, em cada país deixou de ser feito para encher o papo dessa “inescrupulosa” galinha.

A concentração da renda mundial, que aumenta em progressão geométrica no papo dos grandes conglomerados produtivos nacionais e internacionais, de-

pende da otimização de planilhas de custos à custa de vidas dos que produzem suas riquezas.

A Lei dos 15 segundos é o antidireito humano. Para revogá-la, o mundo com suas leis deve fazer a opção entre a trilha do processo civilizatório e o caminho mais lucrativo da barbárie no mundo do trabalho: ST como DH.

A ANTIUTOPIA DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E DO TRABALHO DECENTE

Saco vazio não para em pé.

Basta olhar ao lado e observar um mundo atravessado pela violência dos mais inusitados tipos sob as balas traçantes, ora distantes nas centenas de conflitos armados mundo afora, ora nas esquinas de nossas casas, e sempre nos espaços de trabalho. Nesse caso, as balas são simbólicas, mas não menos mortais, preenchidas, em vez de pólvora, por estigmas, preconceitos, discriminações, opressão, exploração, humilhação, assédios, escravização... São disparadas no moderno mundo do trabalho em que a expressão desenvolvimento sustentável é entoada como mantra.

As teorias/propostas/acordos de DS não consideram a relação saúde-trabalho como foco (Vasconcellos, 2007; 2024). Disfarçam para despistar. O DS é um saco vazio que não para em pé em matéria de ST. Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) — Agenda 2030 — elucidam. Dos seus 17 objetivos, o 8.º receita *Trabalho Decente e Crescimento Econômico* (ONU, 2024). Sem entrar no mérito do título acasalado que relembra a Lei dos 15 segundos, cabe conceituar *trabalho decente*. A OIT que cunhou essa expressão a define como:

respeito aos direitos no trabalho, especialmente aqueles definidos como fundamentais (liberdade sindical, direito de negociação coletiva, eliminação de todas as formas de discriminação em matéria de emprego e ocupação e erradicação de todas as formas de trabalho forçado e trabalho infantil); promoção do emprego produtivo e de qualidade; ampliação da proteção social; fortalecimento do diálogo social (OIT, 2023b, s/p).

Basta um olhar atento para observar que todos os componentes da expressão estão totalmente contemplados nas numerosas variáveis dos direitos já estabelecidos que se reportam ao mundo do trabalho. A própria palavra *decente* é impregnada de adjetivos dúbios para o propósito (*apropriado; que corresponde; conveniente; decoroso; honesto; aseado*) (Mendes, 1904) que não conduzem

à ideia de que a decência *no* e *do* trabalho implica na ST como um DH, e não esclarece se essa adjetivação é dirigida ao trabalho (propriedade do empregador) ou ao trabalhador (proprietário DE sua saúde).

E, ainda por cima, se em 2030 um dos ODS é o trabalho decente teremos de esperar até lá com a continuação do trabalho indecente?

SUPERAÇÃO DA INSUFICIÊNCIA DO DIREITO POSTO

As aparências enganam.

Expressões como trabalho seguro, trabalho saudável, trabalho decente são eufemismos que pululam nos textos técnicos e jurídicos em geral, sempre sob a ordem dos direitos postos. São muitos os direitos que incidem sobre a ST: trabalhista, previdenciário, sanitário, ambiental, civil, penal, econômico e outros... É possível dizer que, diante dos indicadores epidemiológicos aterradores de doenças e mortes *no* e *do* trabalho, se somarmos todos esses direitos, o resultado não dá um direito que seja capaz de, pelo menos, enfrentar essa situação caótica da relação saúde-trabalho e praticamente fora de controle.

Direitos trabalhistas e previdenciários, na visão do poder econômico, são despesas e fatores de contenção de lucros. São ameaças ao “mercado”.

A própria criação da OIT foi motivada pelo direito econômico e pela regulação do mercado internacional. Inserida como espécie de “jabuti” no Tratado de Versalhes (1919), tratava de estimular regras de proteção dos trabalhadores nos países periféricos para equilibrar preços no mercado internacional, de modo a favorecer os países capitalistas centrais (Vasconcellos & Oliveira, 2011).

Seria ingênuo ou perverso não reconhecer o papel da OIT nos vários avanços da regulação do trabalho nestes cem anos. Todavia, o freio imposto pelo custo econômico da relação saúde-trabalho continuou imperando desde então. Propostas OITianas como o tripartismo, limites de tolerância intoleráveis, modelos fiscalizatórios autocráticos e solitários, correções cosméticas sem transformações organizacionais profundas do mundo do trabalho, entre outras medidas, foram incapazes de dar as respostas necessárias e auxiliam a manter a Lei dos 15 segundos.

Alain Supiot (2014;2019) nos instiga a pensar sobre os homens tidos como insetos nas ficções dos estatutos jurídicos sobre o corpo do trabalhador, nas relações de trabalho, e sobre a necessária emancipação do reino exclusivo do trabalho como mercadoria. Acrescentar ao trabalho o inevitável e imprescindível ingrediente da saúde evidencia o fundo da cratera onde se aloja o direito humano.

O direito sanitário, depois de décadas em que a saúde pública esteve alijada da relação saúde-trabalho, é uma tentativa heroica de fazer algo mais, embora

sua atuação seja ainda muito limitada. Quiçá, a ST no SUS caminhe na utopia civilizatória, seguindo a subjetividade e a objetividade constitucional de que a ST é um DH. Aparências enganosas de direitos encobertam os não direitos como estratégias do poder econômico, e dos governos subalternos aos mercados, nas modernas palavras aplicadas ao mundo do trabalho: reestruturação produtiva, terceirização, precarização, automação, substituição da voz humana pela voz robótica, informalidade, destruição da estrutura sindical e um desfecho trágico: a pejetização e o estímulo ao empreendedorismo, como um capitalismo auxiliar monopolista da alma de cada trabalhador solitário.

... no mundo contemporâneo, o trabalho não pode mais ser visto com um contrato, mas como um Direito Humano: sem ele, na hegemonia do regime de mercado, para a pessoa que não é detentora de capital, não há condições de alcance da dignidade humana, pois somente através de sua força de trabalho conseguirá renda para viver (D'Ambroso, 2019, p. 69).

Na regulação da ST, as aparências sempre enganam...

REPRESENTAÇÃO SIMBÓLICA DA CULPA DA VÍTIMA

Preso por ter cão, preso por não ter cão.

ST como DH é transformar o trabalhador-objeto em sujeito portador de um DH inviolável. É um passo a mais para o fim da culpabilização da vítima e da autculpa. Ao se sentir, e tantas vezes se autodeclarar, culpado pelo acidente e doença no trabalho, sob o tacão empresarial do nefasto *ato inseguro*, maquiado pela alegação de negligência, imprudência, imperícia, distração, preguiça, burrice etc., o trabalhador terá, enfim, a chance de declarar que está sendo desrespeitado em seu DH como trabalhador.

“Preso por ter cão, preso por não ter cão” – a máxima expressa por Machado de Assis é elucidativa. Culpado sempre... Os fatos geradores que levam à culpabilização da vítima, por parte da gestão do trabalho, são expressos de várias formas: ofensa, discriminação, violência simbólica ou física, cultura do medo, ameaça, coisificação do trabalhador, desprezo, deboche sobre a doença, o sofrimento e a morte... Enfrentá-los somente com a elevação do patamar de direitos para DH. ST como DH é pautar a organização do trabalho na arena do conflito capital-trabalho, não exclusivamente como direito trabalhista e outros e, sim, como DH.

O simulacro da representação patronal na criação de símbolos para a “garantia de direitos”, especialmente o da garantia da manutenção do emprego,

materializa-se na obediência, na docilidade, no silêncio, na chantagem salarial/gratificação, na ascensão e no pior de todos: a cooptação de alguns trabalhadores para o exercício do (falso) poder sobre seus iguais (introjeção do opressor pelo oprimido), como referendaria Paulo Freire.

Outro exemplo de representação simbólica da culpa é a superação por meio das estratégias ocupacionais defensivas, assinaladas por Christophe Dejours (1987), como soluções pontualmente localizadas para blindagem do medo e do sofrimento mental, diante de situações de perigo não resolvidas pela gestão do trabalho.

Em tempos de cultura *pet*, em que os cães recebem cuidados amorosos e têm sua saúde vigiada permanentemente, é curioso que o mesmo não ocorra com a maioria dos trabalhadores, a julgar pelos números de adoecimentos e mortes. Em qualquer dessas situações, a gestão do trabalho dará um jeito de culpá-los, com ou sem cão.

REPRESENTAÇÃO SIMBÓLICA DA SEGURANÇA DO TRABALHO

Quem tudo quer nada tem.

Segurança do Trabalho é uma expressão muito cara ao campo da saúde do trabalhador, porquanto se refere a um campo tecnocientífico contributivo à redução dos riscos à saúde e suas postulações mitigadoras ou eliminadoras. Seu reconhecimento a torna parte essencial da saúde ocupacional. Todavia, nada mais é do que uma técnica subalterna, como qualquer outra, ao campo da ST e no seu âmbito, como instrumento da política pública.

No Brasil, os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), presentes na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), consignam a força da expressão. Isso não lhe credencia a frequentar lado a lado a expressão ST em numerosas leis e na vasta produção científica dirigida ao mundo do trabalho, como lhe sendo pareada ou complementar. A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) (Decreto n.º 7.602, de 7 de novembro de 2011 – interministerial), em flagrante concorrência com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Portaria n.º 1.823, de 23 de agosto 2012 – sanitária/SUS), não só demonstra o indevido credenciamento da (Engenharia de) Segurança do Trabalho como, também, relembra o tópico anterior Estado contra Estado. Quem tem duas leis sobre o mesmo tema acaba não tendo nenhuma (Vasconcellos, 2013). Fôssemos fazer jus à Segurança do Trabalho para estar ao lado da ST todo o tempo, estaríamos sendo absolutamente injustos com outras áreas técnicas de similar importância:

medicina; enfermagem; odontologia; psicologia; administração; sociologia; e por aí vai... todas acompanhadas do complemento... do trabalho. Imaginemos como seria o *caput* das leis e das políticas, e dos artigos acadêmicos, com todos esses adereços desnecessários a buscar espaço em páginas escassas de diários oficiais e artigos indexados.

Segurança do trabalho e todas as demais respeitáveis áreas do conhecimento que buscam contribuir para a saúde no mundo do trabalho são e serão sempre apenas componentes do campo da ST. Contestar a expressão reiterada Segurança e Saúde do Trabalhador é um alerta para a representação simbólica redundante e intencional que busca marcar diferenças da primeira com a segunda. Diferenças requeridas pelas áreas da saúde ocupacional, encabeçadas pela primeira, são marcas de não aceitação do SUS e suas atribuições; discordâncias epistemológicas; éticas; institucionais; ideológicas; políticas; e, principalmente, corporativas.

Após a CF/88, a melhor forma de não insistir com a pretensa hegemonia de “sair na foto” é que essas áreas técnicas se aliem à ST como DH e façam parte dessa construção. O corporativismo profissional — de médicos, engenheiros, advogados —, além do político-partidário e religioso, entre outros, sempre que se assume tendencioso resulta na fragmentação das políticas públicas de caráter social e democrático. Quem tudo quer nada tem.

REPRESENTAÇÃO SIMBÓLICA DA INSTITUCIONALIDADE CARTORIAL

Quem ama o feio bonito lhe parece.

Modelos institucionalizados nos numerosos setores que lidam com a relação saúde-trabalho introjetam uma simbologia subjetiva nas pessoas, capaz de produzir falseamentos da realidade *no e do* mundo do trabalho.

O SESMT e a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), no âmbito das empresas, estabelecidas na CLT, exemplos nítidos de que existem de forma cartorial e, por subordinação e falta de autonomia, são incapazes de promover plenamente a transformação do mundo do trabalho em defesa da ST. Símbolos exemplares dessas instâncias são o Equipamento de Proteção Individual, panaceia que serve para quase tudo, transferindo ao corpo do trabalhador a responsabilidade pelos riscos no trabalho e os exames médico-ocupacionais regulamentares. Ambos são protagonistas históricos, não à toa, das centenas de milhares de ações judiciais trabalhistas, no curso do tempo. O DH sequer é cogitado por essas instâncias.

A representação simbólica do sindicalismo, como instância de defesa dos interesses da classe trabalhadora, hoje soa como decadente e pouco representativa

diante dos direitos vigentes, especialmente no Brasil. Trata-se de outro símbolo negativo da própria classe trabalhadora que, ainda, não reconhece a ST como DH. Falta o impulso inovador.

O simbolismo do tripartismo, desde sua origem, trapaceia como instância igualitária, camuflando a desigualdade de classe e a “neutralidade” do Estado. O tripartismo que produz regras da relação saúde-trabalho nunca foi e jamais será compelido a considerar a ST como DH, sob a atual regência jurídica. Trabalho escravo e trabalho infantil podem ser considerados exceções à regra, justo por estarem subordinados a outros estamentos jurídicos nacionais e internacionais.

Os exércitos de estudantes, futuros técnicos que lidarão com a relação saúde-trabalho, durante suas formações, tanto nas instituições públicas quanto privadas, são cerebralmente higienizados em favor do poder econômico e em desfavor dos trabalhadores (não por intenção, mas pelos símbolos impingidos). Considerar a ST como DH pode ser um bom início para redirecionar a formação de milhares de médicos, engenheiros, enfermeiros, advogados e técnicos, entre tantos que lidam com a relação saúde-trabalho. É urgente que a nova geração deixe de ser cúmplice da doença e da morte no trabalho. ST é DH e assim deve ser ensinado. Basta de técnicos formados para legitimar a barbárie no mundo do trabalho. Se continuarem amando o feio, tudo lhes parecerá bonito.

Uma importante representação simbólica é a que Antonaz & Lopes (2005) chamavam a atenção há quase duas décadas: *atingidos pelo trabalho*. Organiza-se como tábua de salvação de suas vidas: acometidos e inválidos pela Lesão por Esforços Repetitivos (LER) e o Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT); leucopênicos da siderurgia; doentes e expostos ao amianto, ao mercúrio, à sílica, ao Césio 137 e substâncias radioativas, ao benzeno, ao alumínio, aos agrotóxicos; mutilados; assim como os desalojados pelos crimes ambientais — mineração, hidrelétricas, desmatamento, garimpo, agronegócio, refinarias... se legais ou ilegais não importa para os que perpetram crimes contra os direitos humanos. Isso sem contar as quebradeiras de coco, marisqueiras, rendeiras, quilombolas, doceiras, artesãs, ribeirinhos, pescadores artesanais, curandeiras (benzedeiras, rezadeiras), parteiras, cantores, dançarinos e artistas de nossa maravilhosa cultura, povo da roça, das águas, das florestas... os que sobrevivem com as migalhas da ordem que nos subjuga...

São todos trabalhadores esquecidos pelos direitos humanos.

ST como DH é cobrir com o manto do cuidado, em sua extensão semântica, os inválidos e as pessoas com deficiência pelo trabalho formal, que se recolhem a suas casas humildes para esperar a indenização do artigo constitucional que nunca chegará. Aos trabalhadores informais, nem a CF/88 lhes dá essa chance. E, enfim, um simbolismo radical é o que rege o contrato de trabalho entendendo o trabalhador como objeto, ou seja, “coisa”, como é considerado seu

corpo na relação de trabalho. Nesse caso, o estatuto jurídico que rege o corpo (a “coisa”) deveria estar mais próximo da regência das torturas física e mental, especialmente dos que são atingidos pelo trabalho.

A PAUTA INTERSECCIONAL DOS MOVIMENTOS SOCIAIS

Uma andorinha só não faz verão.

Que o trabalho é central na vida de todos os humanos é inequívoco. O que ainda gera dúvidas e incompreensões é se o trabalho prescinde do direito à saúde para ser exercido. Por ser inequivocamente imprescindível, a ST é um DH. Todos os grupos-alvo de estigmas, preconceitos e discriminações: pretos, mulheres em geral, pessoas LGBTQIA+ e com deficiência, idosos, sem-terra, sem-teto, imigrantes, indígenas, entre outros, atualmente têm sido reconhecidos, ainda que de forma incipiente, em seus movimentos por direitos humanos. A esses podemos acrescentar os atingidos pelo trabalho, há pouco citados em Antonaz & Lopes (2005).

A aproximação do sindicalismo às pautas identitárias dos movimentos sociais é um passo para a inclusão da categoria trabalho, em sua relação com a saúde, no espaço comunitário, nos processos educativos, na economia solidária, nas estratégias de luta e resistência, na solidariedade local, nas expressões culturais e no compartilhamento de identidades pela mesma causa, tais como a questão de classe social e a luta comum.

Na trilha da utopia civilizatória é possível criar Frentes Interseccionais de Saúde no Trabalho como Direito Humano, expandidas para os parlamentos (Frentes Parlamentares) e mídias sociais identitárias. Nas instituições acadêmicas, a criação de territórios interseccionais de ensino e pesquisa, considerando a ST como DH, como uma nova epistemologia, pode ser um poderoso auxiliar. O desrespeito ao DH, na denominação da Corte Interamericana de Direitos Humanos (1998) como dano existencial (dano ao projeto de vida), traz um simbolismo análogo ao das pautas identitárias de luta e resistência. Dano moral e assédio, eventos corriqueiros no trabalho, são variantes desses danos, cujo resultado pode ser um vazio existencial no projeto de vida dos trabalhadores. Nesse contexto, a intersolidariedade entre movimentos de trabalhadores e identitários é um reforço estratégico de mobilização e reivindicações. Afinal, uma andorinha, sozinha, não faz verão.

ELEVAÇÃO DA CATEGORIZAÇÃO JURÍDICA E OUTRAS TENTATIVAS

*Não há bem que sempre dure
nem mal que nunca se acabe.*

A CF/88 cita a expressão direito 207 vezes e a expressão direitos humanos 7 vezes, sendo uma vez nas disposições transitórias. Nenhuma das sete diz respeito ao trabalho e muito menos à ST como DH objetivado.

Na CF/88, o mais próximo da punibilidade pelo acidente e pela morte no trabalho é o inciso 28 do artigo 7.º *seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que este está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa*. A indenização, raramente utilizada, fica à mercê do Poder Judiciário acatar e decidir. Entender a ST como DH é elevar o patamar de responsabilização do empregador para além da monetização constitucional, sem excluí-la. Não se trata de aumentar a punibilidade, mas, com base no DH, interpelar de forma mais objetiva a ousadia irresponsável dos empregadores em manter condições desumanas e indignas de trabalho. Os direitos trabalhista e previdenciário não exibem históricos de eficácia, eficiência e efetividade para esse mister, como os números escabrosos demonstram.

Além disso, a CF/88 ao propor apenas indenização, não reafirma a pouco lembrada aplicação do recepcionado Código Penal (Art. 132 – Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente) e demais artigos sobre calúnia, difamação e injúria (estratégias corriqueiras de gestão intimidatória no ambiente de trabalho).

Assim como os dispositivos constitucionais e o Código Penal não vinham sendo suficientes para a responsabilização exemplar do racismo, da violência doméstica e da homofobia, e foram promulgadas leis próprias e jurisprudências (Lei do Racismo, de 1989 e a Lei n.º 14.532, de 2023, de tipificação do racismo; Lei Maria da Penha, de 2006, e Lei do Sinal Vermelho, de 2021), a ST para ser alçada à condição de DH exige algum tipo de responsabilidade legal além dos dispositivos normativos tradicionais.

Mesmo que essas leis não impeçam os crimes contra os DH *no e do* trabalho, sua promulgação tende a inverter a curva da escalada criminoso na série histórica, além de criar uma cultura midiática de visibilidade social, capaz de servir como disciplinadora para os setores responsáveis, para a sociedade produtiva de bens e serviços e para a sociedade em geral.

Empresas (empregadores) também marcham no processo civilizatório, assim espera-se. A função social da propriedade estabelecida na CF/88 e, atualmente, a tendência global ESG (*Environmental, Social and Governance*), adotada pouco a

pouco, aponta que uma possível “civilidade” empresarial passa por novos estatutos jurídicos. Eis aí uma das brechas para consignar a ST como DH. Um exemplo de almejar a ST como DH é observar as contradições que existem no espaço de trabalho. Por exemplo, trabalhadores negros, com deficiência, LGBTQIA+, idosos, migrantes, refugiados ou indígenas sendo desrespeitados em sua condição humana (estigma, preconceito, discriminação) poderão invocar a aplicação de crime contra seus direitos humanos. No entanto, se adoecerem, se acidentarem ou mesmo morrerem no trabalho pelas condições de trabalho, até mesmo originadas em atitudes irresponsáveis dos gestores, não terão o mesmo tratamento.

Na história da opressão e da expropriação do trabalho, os responsáveis pela aniquilação de saúde, vida e dignidade dos trabalhadores não mudaram, e a justiça pouco fez. Ambas, mudança e justiça são muito vagarosas. Mas a indignação com essas coisas continua andando muito rápido.

No Pacto de Direitos Humanos de segunda geração (econômicos, culturais, sociais), da Organização das Nações Unidas, promulgado pelo Brasil, em 1991, está consignada a interpretação inequívoca de que ST é um DH.

Um dos princípios do direito em relação aos trabalhadores é que diante dos estatutos jurídicos de sua proteção deve prevalecer a norma mais favorável. Se a CLT, com todas as suas insuficiências, ainda assim se aplica somente aos trabalhadores formais, qual será a norma mais favorável aos demais trabalhadores, senão as da ST como DH?

O reconhecimento do dano ao projeto de vida do ser humano é o reconhecimento de que cada indivíduo possui a sua autonomia juridicamente garantida para que possa escolher como exercer seus direitos fundamentais e sociais, não devendo resumir sua vida ao cumprimento do mercado ou de seu empregador, o que inquestionavelmente afeta sua saúde física e psíquica pela prática de atos abusivos... Os danos são permanentes, uma vez que não se pode retornar ao tempo em que ocorreu a lesão... (Ferreira & Santana, 2020, p. 474).

Já nos acostumamos a ouvir que *saúde não é mercadoria*. Trabalho, como vimos há pouco, também não, ou não deveria ser. Na relação capital-trabalho, a pretensa mercadoria é o corpo do trabalhador e vira “coisa” em forma de sua força de trabalho. Às vezes é coisa mesmo quando, por exemplo, jaz triturado como coisa por uma máquina.

Todavia, se o corpo é “coisa”, o direito que rege a “coisa” tem de ser o direito humano, pois, por incrível que pareça, a “coisa” é um ser humano.

A superação da ordem estabelecida com a passagem de trabalhador de objeto para sujeito de outra ordem não pode nem deve ser coisa do passado, tampouco distante no futuro.

Direitos humanos não podem mais ser considerados como conquistas progressivas e que se poderiam efetivar aos poucos, mas sim como direitos

interdependentes, inter-relacionados e complementares, cuja implementação deve ser integral e não segmentada (D'Ambroso, 2019, p. 52).

Não há bem que sempre dure nem mal que nunca se acabe. O início da mudança depende do início. Todos os trabalhadores e todas as trabalhadoras, especialmente os/as que carregam literalmente o mundo nas costas, têm o direito humano de ouvir os rouxinóis em paz e olhar o pôr do sol de mãos dadas com a pessoa amada. E não morrer do trabalho.

A dignidade e a preservação da vida e da saúde no trabalho é direito humano dos que constroem o país. Essa é a parte fundante do processo civilizatório de um país. Qualquer país... inclusive o Brasil.

REFERÊNCIAS

- ANTONAZ, D. & LOPES, J. S. L. *Para além dos sindicatos: os grupos de atingidos do trabalho*. Encontro Anual da ANPOCS. Caxambu, 2005. Disponível em: ST - textos gerais - Google Drive. Acesso em: 11 fev. 2024.
- D'AMBROSO, M. J. F. *Direitos Humanos e Direito do Trabalho: uma conexão para a dignidade*. Belo Horizonte: RTM, 2019.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.
- FERREIRA, V. R. & SANTANA, A. G. O dano existencial decorrente das práticas abusivas no meio ambiente laboral. *Quaestio Iuris*, Rio de Janeiro, vol. 13, n.º 1, 2020.
- MENDES, F. *Diccionario da Lingua Portuguesa (prosodico e orthografico)*. Lisboa: João Romano Torres, 1904.
- OIT. Organização Internacional do Trabalho. *Segurança e Saúde no Trabalho*, 2023. Disponível em: Segurança e Saúde no Trabalho (ilo.org). Acesso em: 9 fev. 2024.
- OIT. Organização Internacional do Trabalho. *Trabalho Decente*, 2023. Disponível em: Trabalho Decente (OIT Brasília) (ilo.org). Acesso em: 10 fev. 2024.
- ONU. Organização das Nações Unidas - Brasil. *Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil*, 2024. Disponível em: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável | As Nações Unidas no Brasil. Acesso em: 10 fev. 2024.
- SUPIOT, A. *O espírito de Filadélfia – a justiça social diante do mercado total*. Porto Alegre: Sulina, 2014.
- SUPIOT, A. *Le travail n'est pas une marchandise - contenu et sens du travail au XXI^e siècle*. Paris: Collège de France/Leçons de clôture, 17, 2019. Disponível em: <https://books.openedition.org/cdf/7026>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- VASCONCELLOS, L. C. F. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: aponta-*

- mentos para uma política de Estado*. 421f. Doutorado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- VASCONCELLOS, L. C. F. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, 38(128), pp. 179-98, 2013. Disponível em: www.scielo.br/j/rbso/a/F9KkXdfgXNdTpmRXGJR4L9s/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 16 fev. 2024.
- VASCONCELLOS, L. C. F. *Desenvolvimento sustentável e saúde do trabalhador: “Esperando Godot”*. Multiplicadores de Visat, 2024. Disponível em: [15557d_ccda0a8befd74ccb9dadabc4794850ea.pdf](https://multiplicadoresdevisat.com/15557d_ccda0a8befd74ccb9dadabc4794850ea.pdf) (multiplicadoresdevisat.com). Acesso em: 11 fev. 2024.
- VASCONCELLOS, L. C. F. & OLIVEIRA, M. H. B. *Saúde, Trabalho e Direito. Uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

Notas conceituais para introdução ao letramento racial

Ana Míria dos Santos Carvalho Carinhanha

Este artigo aborda uma reflexão conceitual a respeito dos conceitos de desconhecimento ideológico do racismo; racismo estrutural e racismo institucional. Apresento uma breve sistematização com a finalidade de oferecer linhas introdutórias a respeito do tema.

O texto é dirigido, sobretudo, a pessoas que buscam iniciar seu letramento racial e/ou sistematizar uma compreensão ampla a respeito do tema. O debate desenvolvido sobre os conceitos mencionados não visa o seu esgotamento. Pelo contrário, apresentaremos possibilidades de aprofundamento da discussão sob um caráter instrumental e pragmático.

Ainda de maneira insuficiente, é possível observar que as discussões sobre a temática do racismo têm ganhado projeção nos últimos anos, e, dentre as razões para isso, podemos mencionar a ação política dos movimentos negros por igualdade racial; a democratização e a ampliação da produção e o acesso a conteúdo impresso e digital sobre a temática; a demanda por letramento racial; dentre outras coisas.

A problemática do racismo no Brasil e o seu enfrentamento, apesar de não serem recentes, apresentam-se como um dilema social marcado pela sua negação,

por um lado, desde práticas que reafirmam o mito da democracia racial em uma sociedade miscigenada; aos contornos institucionais que demarcam a ineficácia das dinâmicas voltadas à sua superação, por outro. Esse dilema está na aceitação da necessidade de enfrentamento a um problema que se nega. O que nos coloca diante de um desafio de ordens conceitual e pragmática.

O enfrentamento ao racismo no Brasil é, portanto, um desafio acentuado pela falta de discussão nos espaços de poder e/ou pela desqualificação dos debates em decorrência de má-fé ou ignorância de perspectivas não hegemônicas sobre as teorias raciais e o modo como essas afetaram e afetam as dinâmicas de vida e de morte no Brasil.

Podemos citar como intensificadores deste desafio a a-historicidade e a descontextualização nas análises conceituais concernentes às normas, práticas e ideologias vigentes, deixando prevalecer na arena das análises a noção de “sujeitos universais” que ignoram as desigualdades produzidas pelas diferenças. Esse sujeito universal que em tese seria um sujeito sem raça, classe e gênero, possui o seu parâmetro de normalidade e correspondência pautado na figura supostamente universalista do homem, branco, proprietário, heterossexual, pai de família, que configura uma minoria quantitativa se observados os marcadores sociais mencionados.

Nesse sentido, um dos primeiros problemas a serem vencidos na arena da discussão sobre o racismo tem relação com a própria compreensão ou ausência de compreensão sobre o tema. Frequentemente, as discussões sobre racismo estão lastreadas pelo discurso da meritocracia, o que para nós é reflexo do “desconhecimento ideológico do racismo e das relações raciais”, conceitos iniciais para a nossa proposta introdutória de exercício de letramento racial.

DESCONHECIMENTO IDEOLÓGICO DO RACISMO

O cientista social pernambucano, Ronaldo Laurentino Sales Júnior (2006), desenvolveu os conceitos de “desconhecimento ideológico do racismo”, e “desconhecimento ideológico das relações raciais”, que abordam um fenômeno que não significa necessariamente a ausência de conhecimento nem ignorância passiva acerca do tema, mas que se referem às tentativas de negação e silenciamento do racismo.

Esses conceitos representam técnicas que marginalizam saberes tidos como irrelevantes, falsos problemas ou sem sentidos.

Este tipo de “desconhecimento” que ultrapassa a noção de “ausência de informação” e se relaciona com a noção valorativa do que precisa ser conhecido

sobre a realidade, é um “desconhecimento” que interfere diretamente na perspectiva de produção e interpretação de dados gerando a ausência de dados. Ou seja, esse fenômeno de desconhecimento possui relação direta com o aprimoramento das técnicas obstrutivas de enfrentamento ao racismo e à limitação das instituições nesse enfrentamento, sobretudo porque impede ou invalida o discurso racial. Dentre os principais efeitos produzidos pelo desconhecimento ideológico do racismo, podemos citar a “ausência de fatos e dados sobre as relações raciais”.

Para Sales Júnior (2006, p. vi) o discurso racial entrincheirou-se no discurso “vulgar” (aforismático, passional, informal e privado), por meio da forma do não dito racista que se consolidou intimamente ligado às relações “cordiais”, paternalistas e patrimonialistas de poder como um pacto de silêncio entre dominados e dominadores. O não dito é uma técnica de dizer alguma coisa sem, contudo, aceitar a responsabilidade de tê-la dito, resultando daí a utilização de um discurso racista de uma diversidade de recursos tais como implícitos, denegações, discursos oblíquos, figuras de linguagem, trocadilhos, chistes, frases feitas, provérbios, piadas e injúria racial.

O desconhecimento ideológico do racismo associado ao mito da democracia racial impede a sua tematização pública e permite a continuidade da invisibilidade do tema e a não responsabilização dos sujeitos e das instituições que praticam ações racistas. Para Sales Júnior (2006, pp. 64-5):

... a invisibilidade do racismo, ou melhor, no contexto do discurso jurídico, a impunidade do racismo, é resultado de dois efeitos de sentido combinados produzidos pelo “Mito da Democracia Racial”: por um lado a separação ideológica, performativa, entre preconceito e discriminação pelo não-dito do discurso racial cotidiano — racismo sem racista, discriminação não intencional; por outro lado, a redução semântico ideológica de discriminação ao preconceito racial, efeito de uma série de indeterminações semânticas, segundo a qual a discriminação é definida em termos de crença e intenção, não em termos de atos e consequências, segundo o desconhecimento ideológico das “relações raciais”; tal situação possui indecidibilidades, ambiguidades, deslocamentos, etc., exigindo, na busca de superá-las, uma série de decisões ético-semânticas dos sujeitos sociais envolvidos, cuja interação, no contexto das ações legais, devem resultar na decisão judicial.

Ao analisar decisões judiciais, o autor observa que os produtos dos trabalhos institucionais são fruto de ambiguidades, interpretações e deslocamentos decorrentes do efeito do desconhecimento ideológico do racismo. Esses deslocamentos também limitam o avanço das discussões sobre a questão racial e per-

formam resultados racializados e, não incomumente, racistas. De acordo com Ronaldo Sales Júnior (2006, p. 221):

O desconhecimento ideológico das relações raciais, portanto, é decorrente não meramente de obstáculos teóricos e metodológicos, mas estes obstáculos são barricadas e trincheiras de uma luta política travada no e pelos discursos científicos. Todavia, estes obstáculos, ao mesmo tempo em que impedem o avanço de um terror racial no discurso científico, impedem, também, o avanço de um discurso racial emancipatório, mantendo as duas forças num equilíbrio assimétrico, pois, não se instaura o terror, continua-se produzindo um domínio racial, mantém-se, assim, a neutralidade científica, e exorciza-se um passado (racismo científico) como “não-científico”, como pensamento pré-científico, preconceito.

A importância do trabalho de Sales Júnior se dá, dentre outros motivos, por observar a necessidade de discutir os papéis da “ciência jurídica” hegemônica e contra-hegemônica no percurso histórico-epistemológico do direito no Brasil, bem como a sua contribuição para a perpetuação e/ou para o enfrentamento ao racismo no Brasil.

Devemos ainda, observar as condições de produção deste fenômeno nomeado racismo. Nesse sentido, é importante considerar que o racismo se pratica ainda que de maneira não intencional. Faço essa afirmação porque, frequentemente, diante de situações racistas as pessoas reagem com um pedido de desculpas afirmando: “desculpa, não foi a minha intenção”. Não questiono aqui a necessidade do pedido de desculpas e/ou a capacidade reparadora dele, o que gostaria de ressaltar é o questionamento de que muitas pessoas acreditam que o racismo só se pratica se a pessoa que realiza determinada ação estiver com vontade de ser racista. Então, uma segunda questão que eu gostaria de abordar é que o racismo ocorre independentemente do elemento volitivo, da vontade. E, por outro lado, ainda que uma pessoa não queira, ou não saiba, ela também sofre esse fenômeno denominado racismo.

Para os diferentes públicos interessados na discussão sobre racismo, é importante esta compreensão relacionada sobre a vontade de comissão do ato racista, ou até mesmo relacionada à omissão que produz resultados. E aí, é curioso pensar, por exemplo, que em muitos momentos nós não agimos, necessariamente, mas deixamos de agir por uma motivação que se relaciona com o racismo. Assim, avancemos para o conceito de racismo.

UMA ELABORAÇÃO CONCEITUAL POSSÍVEL PARA PENSAR O RACISMO NO BRASIL

Com base em uma perspectiva histórica, é possível observar como as desigualdades raciais organizaram e organizam as relações pessoais e institucionais no Brasil, destacando, sobretudo, a formação do Estado, a estruturação e o funcionamento das instituições, bem como os valores que conduzem as relações sociais.

O racismo é um fenômeno social marcado por dinâmicas de poder pautadas em diferenciações étnico-raciais hierárquicas e excludentes, que promovem desigualdades baseadas em raça, cor, origem nacional ou étnica de uma pessoa ou grupo historicamente segregado, e se concretizam em práticas, comportamentos, falas, dinâmicas relacionais, estruturais e institucionais, por meio de ações ou omissões que contribuem para sua manutenção, manifestando-se de forma voluntária ou involuntária. Desse modo, compreende-se pela inexistência do que se convencionou chamar de “racismo reverso”.

No Brasil, o racismo pode ser compreendido como um fenômeno de diferenciação entre sujeitos que está intrinsecamente associado aos valores socio-culturais do período do escravismo e que perdura mesmo após a abolição formal do sistema escravocrata no país, permeando a sociedade por meio das suas instituições, práticas/comportamentos, ideologias e narrativas, produzindo efeitos materiais e simbólicos em escala micro e macro. O racismo se atualiza no tempo em suas dinâmicas de manifestação e produção de resultados. Esses resultados são comumente observáveis, por exemplo, valendo-se de relatos pessoais; documentos historiográficos; dinâmicas de desigualdades no acesso a bens e direitos; estudos racializados (com dados desmembrados racialmente) que identificam a sobre representação de pessoas negras (pretas e pardas) em espaços de violência e subalternidade; contraposição a sub-representação de pessoas negras em espaços de poder etc.

Assim, o racismo como experiência cotidiana, opera a partir das práticas naturalizadas, projetadas e incorporadas nas dinâmicas sociais e introjetadas nas subjetividades das pessoas, tornando-se muitas vezes imperceptíveis, mas que se reproduzem em diversas instâncias sociais. Ele opera também baseado em organizações institucionais que pautam a manutenção das estruturas de poder, de pensamento, de ideologia e de ação.

A história do Brasil é marcada por ideologias, práticas e condutas racializadas que estruturaram as relações e as instituições. Podemos citar as escolas de eugenia, as políticas de branqueamento, a assimilação das teorias jurídicas raciais da degenerescência e o próprio movimento integralista como técnicas de manutenção de uma ordem social racializada que subjugou o negro a um

lugar de opressão e subalternidade, por um lado, e, por outro lado, políticas que beneficiaram e ofereceram privilégios a pessoas/comunidades entendidas como brancas como, por exemplo, as políticas de regularização fundiária, de migração, trabalhistas, de segurança etc.

A conjuntura sóciopolítico-cultural do Brasil e a observação de fenômenos como o perfilamento racial, o genocídio da população negra, a criminalização de práticas e da cultura negra ao longo da história (desde a criminalização da capoeira, do pito de pango e da vadiagem, ou o próprio surgimento da polícia no Brasil para controlar os negros libertos, a tentativa de criminalização do *funk* e dos rolezinhos, a guerra às drogas, ou as violentas operações de incursão policial nas favelas e periferias etc.) demonstram que a questão racial é um marco determinante para a criação e o modo de execução do que se convencionou chamar de “necropolítica”.¹

A abolição formal da escravidão é sucedida, portanto, de técnicas e mecanismos que colaboraram para a manutenção e a reprodução das desigualdades raciais para além da sua perduração, mas também no âmbito da (re)inventividade do racismo. Ou seja, a capacidade de atualização das dinâmicas racistas produz novas ações e sentidos em uma sociedade hierarquizada racialmente. Por outro lado, as consequências da hierarquização racial no Brasil culminaram em movimentos de resistência resultando em fugas e mortes, mas também na organização de movimentos, desenvolvimento de estratégias e em avanços em termos de reconhecimento e mudanças de estruturas que também têm se atualizado ao longo do tempo.

UMA PERSPECTIVA SOBRE O RACISMO ESTRUTURAL

O conceito de racismo estrutural ganhou projeção e ficou amplamente conhecido no Brasil com a publicação do livro *O que é racismo estrutural?* do professor Silvio Almeida, que explica a necessidade de abordar os conceitos de raça e racismo para a compreensão da sociedade contemporânea. Desse modo, o professor busca demonstrar como a filosofia, a ciência política, a teoria do direito

¹ Conceito formulado por Achille Mbembe em 2003 com base em portes foucaultianos. Foi assimilado na cultura nacional com o seguinte entendimento:

Uso do poder político e social, especialmente por parte do Estado, de forma a determinar, por meio de ações ou omissões (gerando condições de risco para alguns grupos ou setores da sociedade, em contextos de desigualdade, em zonas de exclusão e violência, em condições de vida precárias, por exemplo), quem pode permanecer vivo ou deve morrer. [Termo cunhado pelo filósofo, teórico político e historiador camaronês Achille Mbembe, em 2003, em ensaio homônimo e, posteriormente, livro]. Definição disponível em: <https://www.academia.org.br/nossa-lingua/nova-palavra/necropolitica>. Acesso em: 14 nov. 2024.

e a teoria econômica mantêm, ainda que de modo velado, um diálogo com o conceito de raça. Nas palavras de Almeida (2018, p. 15):

o racismo é sempre estrutural, ou seja, de que ele é um elemento que integra a organização econômica e política da sociedade. Em suma, o que queremos explicitar é que o racismo é a manifestação normal de uma sociedade, e não um fenômeno patológico ou que expressa algum tipo de anormalidade. O racismo fornece o sentido, a lógica e a tecnologia para a reprodução das formas de desigualdade e violência que moldam a vida social contemporânea. De tal sorte, todas as outras classificações são apenas modos parciais — e, portanto, incompletos — de conceber o racismo. Em suma, procuramos demonstrar neste livro que as expressões do racismo no cotidiano, seja nas relações interpessoais, seja na dinâmica das instituições, são manifestações de algo mais profundo, que se desenvolve nas entranhas políticas e econômicas da sociedade.

Sua abordagem sobre o racismo passa por aspectos centrais das estruturas sociais, relacionando-o com: a) a ideologia; b) a política; c) o direito; e d) a economia. Almeida (2018) explica que a noção de raça teria sido inicialmente utilizada, em meados do século XVI, para estabelecer classificações entre plantas e animais, e, em momento posterior, entre indivíduos.

Aborda a compreensão do conceito de raça como um fenômeno racial e histórico, atravessado pela constituição política e econômica das sociedades contemporâneas, remetendo-nos às circunstâncias históricas do século XVI, que forneceram um sentido específico à ideia de raça. Nesse âmbito, o colonialismo e universalismo europeu são variáveis que pautam a hierarquização entre os sistemas culturais e os povos.

Almeida (2018) cita Achille Mbembe e Ellen Meiksins Wood para explicar a relação entre racismo moderno e colonialismo. Mbembe afirma que o colonialismo foi um projeto de universalização, cuja finalidade era inscrever os colonizados no espaço da modernidade, ao passo em que Ellen Wood identifica a peculiaridade do racismo moderno, relacionando-o ao colonialismo e explica:

O racismo moderno é diferente, uma concepção mais viciosamente sistemática de inferioridade intrínseca e natural, que surgiu no final do século XVII ou início do século XVIII, e culminou no século XIX, quando adquiriu o reforço pseudocientífico de teorias biológicas de raça, e continuou a servir como apoio ideológico para opressão colonial mesmo depois da abolição da escravidão (Wood apud Almeida, 2018, p. 21).

Assim, o processo de institucionalização do racismo científico e o grau de influência que ele exerce sobre a vida cotidiana, passa a “explicar” as “diferenças entre as raças” como supostas verdades. Essas verdades são enviesadas e pautadas em supostas evidências biológicas e geográficas, por exemplo, passando a “justificar” (de maneira dita científica) a inferioridade racial dos povos colonizados, contexto reforçado com o neocolonialismo, que relaciona esses povos à desorganização política e ao subdesenvolvimento.

Para o professor, a raça é um elemento essencialmente político, sem qualquer sentido fora do âmbito socioantropológico, e opera a partir de dois registros: a) biológico (relacionado a algum traço físico, como a cor da pele, por exemplo) e b) étnico-cultural (associado à origem geográfica, à religião, à língua ou a outros costumes). Destacamos a sua definição de racismo:

Podemos dizer que o racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam. Embora haja relação entre os conceitos, o racismo difere do preconceito racial e da discriminação racial. O preconceito racial é o juízo baseado em estereótipos acerca de indivíduos que pertençam a um determinado grupo racializado, e que pode ou não resultar em práticas discriminatórias. Considerar negros violentos e inconfiáveis, judeus avaros ou orientais “naturalmente” preparados para as ciências exatas são exemplos de preconceitos [...]

Já a discriminação indireta é um processo em que a situação específica de grupos minoritários é ignorada — discriminação de fato —, ou sobre a qual são impostas regras de “neutralidade racial” — colorblindness — sem que se leve em conta a existência de diferenças sociais significativas — discriminação pelo direito ou discriminação por impacto adverso. A discriminação indireta é [...] marcada pela ausência de intencionalidade explícita de discriminar pessoas. Isso pode acontecer porque a norma ou prática não leva em consideração ou não pode prever de forma concreta as consequências da norma. A consequência de práticas de discriminação direta e indireta ao longo do tempo leva à estratificação social, um fenômeno intergeracional, em que o percurso de vida de todos os membros de um grupo social — o que inclui as chances de ascensão social, de reconhecimento e de sustento material — é afetado [...].

Como dito acima, o racismo — que se materializa como discriminação racial — é definido por seu caráter sistêmico. Não se trata, portanto, de apenas um ato discriminatório ou mesmo de um conjunto de atos, mas de um processo

em que condições de subalternidade e de privilégio que se distribuem entre grupos raciais se reproduzem nos âmbitos da política, da economia e das relações cotidianas. O racismo articula-se com a segregação racial, ou seja, a divisão espacial de raças em localidades específicas — bairros, guetos, banustões, periferias etc. — e/ou à definição de estabelecimentos comerciais e serviços públicos — como escolas e hospitais — como de frequência exclusiva para membros de determinados grupos raciais, como são exemplos os regimes segregacionistas dos Estados Unidos, o apartheid sul-africano e, para autoras como Michelle Alexander e Angela Davis, o atual sistema carcerário estadunidense (Almeida, 2018, pp. 22-4).

Almeida destaca três concepções de racismo: a) individualista, que seria representado pela relação entre racismo e subjetividade; b) institucional, que seria representado pela relação entre racismo e Estado; e c) estrutural que seria representado pela relação entre racismo e economia. Ao diferenciar racismo institucional e racismo estrutural retoma a importância dos conceitos de institucional e estrutura para a sociologia e remete a impactos analíticos e políticos próprios a cada um dos fenômenos.

Para Almeida (2018), pode-se afirmar que, sob a perspectiva estrutural do racismo, esse pode ser desdobrado em dois processos, o primeiro é o a) processo político (como processo sistêmico de discriminação que influencia a organização da sociedade, dividindo-se em uma dimensão institucional, por meio da regulação jurídica e extrajurídica, e em uma dimensão ideológica, que mantém a coesão social diante do racismo). No que diz respeito ao b) processo histórico, Almeida afirma que “não se pode compreender o racismo apenas como derivação automática dos sistemas econômico e político. A especificidade da dinâmica estrutural do racismo está ligada às peculiaridades de cada formação social”. Para ele, “o cerne da manifestação estrutural do racismo [são] a ideologia, a política, o direito e a economia” (p. 37).

Ao longo do tempo e da história o racismo científico foi substituído pelo racismo cultural, e o discurso da inferioridade das raças pelo relativismo cultural, em decorrência de uma série de fatores políticos, econômicos, culturais, ideológicos etc. A partir do entendimento de que o racismo é, sobretudo, uma relação de poder que se manifesta em circunstâncias históricas.

Ao discorrer sobre a relação entre Estado e racismo, Almeida critica o fato de as teorias liberais sobre o Estado abordarem muito pouco e superficialmente a questão racial, sem questionar o papel do Estado e da sua relacionalidade na produção e na perpetuação do racismo e sob o manto de uma “racionalidade democrática”. Fato é que “os projetos nacionais no Brasil, desde a implantação

da primeira República, caminharam no sentido de institucionalizar o racismo, tornando-o parte do imaginário nacional” (Almeida, 2018, p. 104).

UMA BREVE ABORDAGEM SOBRE O CONCEITO DE RACISMO INSTITUCIONAL

A definição do conceito de racismo institucional foi balizada no entendimento de “falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica” (Carmichael, S. e Hamilton, C. *Black power: the politics of liberation in America*. New York, Vintage, 1967, p. 4 apud Geledés, 2013a, p. 17).

O racismo institucional é observável no “tratamento diferenciado” ou na “discriminação resultante de preconceito inconsciente, ignorância, falta de atenção ou de estereótipos racistas que colocam minorias étnicas em desvantagens” (cf. Sampaio, 2003 apud Sales Júnior, p. 20, 2006) capazes de gerar e legitimar condutas excludentes (Geledés, 2013a, p. 17), o que foi nomeado por dimensão performática do racismo institucional.

A definição corrente do conceito de racismo institucional está baseada na diferença de tratamento e oportunidades, em razão da cor, raça ou etnia. Essa definição surge com os Panteras Negras, Stokely Carmichael e Charles Hamilton em 1967, com o intuito de especificar como se manifesta o racismo nas estruturas de organização da sociedade e nas instituições. Para os autores, “trata-se da falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica (Geledés, 2013a, p. 11).

Apesar de ter se consolidado nos anos 1990, o surgimento do conceito de racismo institucional ocorre na década de 1960, conforme afirma Liana Lewis (2013, pp. 11-2, grifo meu):

O termo Racismo Institucional surgiu na década de 1960 através do Movimento Negro norte-americano, mas foi definido apenas na década de 1990 na Inglaterra, como resposta ao assassinato do jovem negro Stephen Lawrence por uma gangue branca.

O Relatório Macpherson, documento judicial relativo ao caso, ampliou a questão isolada do assassinato argumentando que não apenas os policiais que lidaram com o caso operaram de forma discriminatória, mas a própria instituição policial acionou dispositivos diversos de leniência que findou, no primeiro momento, com a absolvição de todos os criminosos. **No Brasil, o Racismo**

Institucional é informado por uma maneira notadamente peculiar de lidarmos com a questão racial.

A ideia de que, pelo fato de não possuímos segregações raciais legitimadas por um aparato jurídico, e as distinções territoriais e simbólicas não serem nomeadas através de dualismos de cor como ocorre, por exemplo, nos Estados Unidos, construímos nosso cotidiano de forma harmoniosa no que diz respeito à questão racial, finda por legitimar o privilégio da população branca, silenciando parte considerável da população negra e perpetuando uma desigualdade que se mantém sempre sob o atributo da diferença social.

Nesse sentido, a compreensão do modo como opera o racismo institucional nos oferece mecanismos de compreensão da “exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados” (Geledés, 2013b, p. 17). O racismo institucional “garante a apropriação dos resultados positivos da produção de riquezas pelos segmentos raciais privilegiados na sociedade, ao mesmo tempo em que ajuda a manter a fragmentação da distribuição destes resultados no seu interior” (Geledés, 2013b, p. 17), produzindo hierarquias sociais pautadas na raça.

O relatório permitiu, nesse modo, que a discussão sobre o racismo na polícia fosse abordada para além das ações individuais dos policiais. Além disso, o relatório traz à tona que o racismo pode ocorrer não só por falta de cuidado e de compreensão, mas também por descaso, em uma instituição. Assim, o termo racismo institucional deve ser entendido uma vez que se refere à maneira como **a instituição ou a organização pode sistematicamente ou repetidamente tratar, ou tender a tratar, as pessoas de forma diferenciada por causa de sua raça.** Então, na verdade, não estamos falando sobre os indivíduos dentro do serviço que podem estar inconscientes quanto à natureza do que estão fazendo, mas é **o efeito do que eles fazem**, conscientemente ou não. Nesse sentido, gostaríamos de frisar um dos conceitos de racismo institucional desenvolvido no relatório:

O racismo institucional é o processo pelo qual pessoas de minorias étnicas são sistematicamente discriminadas por uma série de órgãos públicos e privados. **Se o resultado ou resultado de leis estabelecidas, costumes ou práticas são racialmente discriminatórios, então pode-se dizer que ocorreu racismo institucional.** Embora o racismo esteja enraizado em atitudes, valores e crenças amplamente compartilhados, **a discriminação pode ocorrer independentemente da intenção dos indivíduos que realizam as atividades da instituição. Assim, o policiamento pode ser discriminatório sem que isso seja reconhecido ou reconhecido, e em face das políticas oficiais voltadas para a eliminação da discriminação.** Algumas práticas de discriminação são

produto de racismo acrítico e não inconsciente. Ou seja, práticas com resultado racista não são praticadas sem o conhecimento do ator; em vez disso, o ator falhou em considerar as consequências de suas ações para pessoas de minorias étnicas. O racismo institucional afeta as maneiras rotineiras pelas quais as minorias étnicas são tratadas em sua qualidade de funcionários, testemunhas, vítimas, suspeitos e membros do público em geral (Violent Racism: Victimisation, Policing and Social Context. Bowling, 1998, grifo meu).

Desse forma, o conceito de racismo institucional consolidou-se como o fracasso coletivo de uma organização em fornecer um serviço adequado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. O racismo institucional pode também ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que equivalem à discriminação por meio de preconceito involuntário, ignorância, falta de consideração e estereótipos racistas que prejudicam as minorias étnicas. Persiste por causa do fracasso da organização aberta e adequadamente em reconhecer e abordar sua existência e causas por política, exemplo e liderança. Sem reconhecimento e ação para eliminar esse racismo, ele pode prevalecer como parte do *ethos* ou da cultura da organização.

Destacamos, assim, a instrumentalidade do conceito de racismo institucional diante das possibilidades de mobilização visando a transformação do racismo com base em seus efeitos, independentemente de consciência ou intenção individual, mas, sobretudo, abordando, como prática institucional, o enfrentamento do racismo e a adoção de estratégias de não repetição dos efeitos de ações que resultem em resultados racistas. A responsabilização das instituições a partir dos resultados de suas ações e omissões é um grande avanço na luta contra o racismo.

CONCLUSÃO

O Brasil é um país diverso e nos orgulhamos das nossas diferenças, mas essas diferenças não podem significar desigualdade de oportunidades e direitos. A construção histórica do Brasil é marcada por experiências de exclusão que se sobrepõem, determinando o modo desigual de como os indivíduos vivenciam as suas singularidades e coletividades. O mito da democracia racial não se sustenta, mas se propaga pela negação ou pela incompreensão do racismo como um problema social brasileiro, o que dificulta o seu enfrentamento. Por isso é importante compreender, a partir de uma perspectiva histórica e situada, que a racialidade é um dispositivo de regulação que reproduz e estrutura uma ordem social.

A demanda pela pauta antirracista tem provocado uma grande promoção de debates, de ações, de formações educacionais voltadas para o respeito e para

a percepção das diferenças, a ocupação dos lugares públicos e de tomadas de decisão, a criação de redes de solidariedade, a promoção de estratégias de sensibilização, a organização dos movimentos sociais em busca do fortalecimento das pautas comuns, a luta pela positivação de direitos que, são estratégias que nos permitem pensar a superação das clivagens racistas e a criação de uma nova racionalidade que oriente as discussões sobre racialidade, e sobre os demais marcadores da diferença. O letramento racial se apresenta como importante ferramenta na busca por informações qualificadas a respeito do como com a racialidade organiza a vida e a morte em nosso país. Nesse sentido, espera-se que o presente artigo seja um instrumento para a promoção do conhecimento sobre o racismo e as relações raciais no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. *O que é racismo estrutural?*. Belo Horizonte: Letramento, 2018.
- BOWLING, B. *Violent Racism: Victimization, Policing and Social Context*. Nova York: Oxford University Press, 1998.
- CARINHANHA, A. M. “Get the nigger” e o grito dos inocentes: a raça enquanto dispositivo de regulação jurídico-penal. In: FLAUZINA, A. L. P. & PIRES, T. R. de O. (orgs.). *Rebelião*. Brasília: Brado Negro, Nirema, 2020a.
- CARINHANHA, A. M. *Dinâmicas de reprodução e enfrentamento ao racismo institucional na defensoria pública*. [livro eletrônico]. Fórum Justiça. Criola. Ana Míria dos Santos Carvalho Carinhanha (pesquisadora responsável). 1.^a ed. Rio de Janeiro: Fórum Justiça, 2020b.
- GELEDÉS – INSTITUTO DA MULHER NEGRA. Centro Feminista de Estudos e Assessoria (Cfemea). *Guia de enfrentamento do racismo institucional*. 2013a.
- GELEDÉS – INSTITUTO DA MULHER NEGRA. *Racismo Institucional: Uma abordagem conceitual*. 2013b. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/FINAL-WEB-Racismo-Institucional-uma-abordagem-conceitual.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2017.
- GELEDÉS – INSTITUTO DA MULHER NEGRA. Centro Feminista de Estudos e Assessoria (Cfemea). *Entenda o que é racismo institucional*. 2015. Disponível em: <http://racismoinstitucional.geledes.org.br/o-que-e-racismo-institucional/>. Publicado em: 29 ago. 2015. Acesso em: 7 jul. 2017.
- LEWIS, L. Prefácio. In: MORAES, F. (org.). *No país do racismo institucional: dez anos de ações do GT Racismo no MPPE*. Coordenação Assessoria Ministerial de Comunicação Social do MPPE, Grupo de Trabalho sobre Discriminação Racial do MPPE - GT Racismo. Recife: Procuradoria Geral de Justiça, 2013.
- MACPHERSON OF CLUNY. *The Stephen Lawrence Inquiry*. ADVISED BY TOM

- COOK, THE RIGHT REVEREND DR JOHN SENTAMU, DR RICHARD STONE. Presented to Parliament by the Secretary of State for the Home Department by Command of Her Majesty, feb. 1999. Cm 4262-I.
- MBEMBE, A. Necropolítica. *Revista Arte & Ensaio*. Revista do PPGAV/EBA/UFRJ, n.º 32, dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993/7169>. Acesso em: 4 dez. 2019.
- SALES JÚNIOR, R. L. de. *O mito da democracia racial e o racismo institucional no fluxo de justiça*. Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Pernambuco, 2006.

A ousadia de uma nova história sobre, e para, as pessoas surdas: inquietações, provocações e (in)certezas

Armando Guimarães Nembri

INICIANDO COM UMA HOMENAGEM... PARA VOCÊ... M. R. K.

*Sonho um surdo ouvindo as cores do mundo
Sonho um surdo ouvindo os sinais de todas as linguagens
Lendo seus gestos nas palavras que secretamente pronunciamos
Sonho seus gritos e seus horrores
Sonho seus sonhos “ensurdecidamente” silenciosos
Sonho que ouvimos com nossas mãos e nossa pele e pelos
Que vemos com mãos, narizes e orelhas entre a relva de nossa
pele e pelos
Que nossos cinco sentidos existem persistentes em cada sentido
isoladamente
Que somos surdos e todos surdos e cegos e de quatro
No infinito cósmico que nos abriga e conforma
Que a sonoridade que nos encanta canta a leitura dos nossos
gestos
Que o que temos e sempre tivemos é um corpo que vive*

Por entre meus sonhos na realidade dos dias e na luta dos momentos

(Meu amigo, Presente do ABSOLUTO,
Meu Orientador, Meu Supervisor,
O Amado Poeta Mestre Ricardo Kubrusly)

APRESENTAÇÃO

“**E**xplore as vantagens do que aparentemente é uma desvantagem”. A frase do Dr. Kenneth W. Christian faz parte do meu cotidiano. Costumo lembrá-la aos familiares, aos amigos, aos colegas e aos alunos que, comigo, fazem desta vida uma ampla sala de aula; afinal de contas, considerando um aspecto comum do ser humano, todos experimentamos uma jornada de aprendizado e, por conseguinte, caminhos que podem nos levar à realização. Para falar a verdade, não conheço ninguém que possa afirmar “eu não tenho sonhos”. E vou mais longe... não conheço ninguém que tenha “sonhos pequenos”.

O “panorama” da surdez, aliado à “diferença” em função de uma “estética” facial incomum ocasionada pela Síndrome de Goldenhar (uma das *rare diseases* deste Planeta-Escola Azul), fez-me vivenciar, por um bom número de anos, algo como uma sensação de total incompatibilidade com a vida e com os relacionamentos por ela proporcionados. Sentia-me como se fosse um “estranho no ninho”. Surdos sinalizados (os que se utilizam da língua de sinais), surdos oralizados (os que se utilizam da oralização e da leitura labial) e ouvintes eram, notadamente, evidentemente, diferentes de mim.

Algo precisa ser dito. Minha vida, em todas as suas etapas, pode ser representada por uma enriquecedora, excitante e esclarecedora caminhada “carregada” de intensas, memoráveis e valiosas emoções... de intensos, memoráveis e valiosos aprendizados.

Por fim, gosto dos termos “sincronicidade” e “serendipidade”. O mundo com o qual convivemos parece-me ter certa lógica. Em minhas divagações, costumo perceber que não somos disciplinados o bastante para identificar o porquê das coisas. Tudo é orquestrado (infelizmente, não tenho provas). Não foi à toa que, ao nascer, tive o colo de uma das melhores professoras do Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES) (Instituição Referência Nacional no assunto “surdez”). O colo de minha mãe.

Posso comprovar, tenho a experiência de uma vida, que a convivência com o “silêncio barulhento” que nunca se acaba é uma das piores formas de exclusão; mas, por experiência própria, afirmo que a nossa alma “grita” e, assim, essa voz costuma ser ouvida. E é sempre nesse momento que há a lembrança de que é

necessário ter uma imensa vontade de aprender e da forma que é possível. O sol sempre brilhou para todos. Sem exceção. Como diria Albert Einstein, “Deus não joga dados com o mundo”.

SER UM INDIVÍDUO SURDO OU UM INDIVÍDUO “OUVINTE”? EIS A QUESTÃO...

Na solidão dos meus pensamentos, ora em língua de sinais (Língua Brasileira de Sinais – Libras), ora em língua portuguesa, eu não demoraria a chegar à conclusão de que, na verdade, não havia uma dúvida sequer. O que havia, tão somente, era a condição de obtenção da fluência em L2.¹

Uma vez conquistada a fluência, percebi, nítida e obviamente, que todos somos uma só sociedade, de uma mesma nação, mas com expressões diferentes, em função de as línguas mencionadas terem estrutura, código, gramática e símbolos próprios.

Um único senão movimentou-me, até hoje, a “práxis surda e ouvinte”. A sociedade dos indivíduos ouvintes é a dominante. A parcela da comunidade surda e minoritária necessita rever sua história milenar — com seus próprios olhos — e adotar a postura bilíngue como forma de aproximação e, muito mais, como condição essencial para a gênese de um processo de inserção plena que nos permita viver como cidadãos ativos... cidadãos plenos.

A justiça em termos de processos, políticas, práticas e padrões de comportamento que norteiam o mundo ouvinte precisa também ser estabelecida para o mundo surdo. O senso equitativo não pressupõe justiça, mas a justiça pressupõe senso equitativo.

DEFININDO A SURDEZ

Os problemas da surdez são mais profundos, mais complexos e mais importantes que os da cegueira. A surdez é o maior dos infortúnios, a perda do mais

¹ L1 – Língua de sinais; língua-natal do surdo político sinalizado (uma das identidades surdas). L2 – Língua portuguesa; no meu caso, talvez um dos poucos casos do Brasil, com fluência na modalidade escrita e na modalidade oral. A Língua Brasileira de Sinais – Libras, é a língua-natal deste autor.

vital dos estímulos: o som da voz, que nos traz a linguagem, desencadeia-nos os pensamentos e nos mantém na companhia intelectual dos homens.²

É um “nada-sólido-pesado” que ocupa toda a cabeça; é algo que, muitas vezes, assume características enlouquecedoras para os menos experientes na arte de criar situações “gestuais” mentais que — ocupando a mente — aliviam a carga que, ininterruptamente, invade os pensamentos surdos “sem som”.

O efeito da surdez, nos menos preparados, também é abordado por Pfeifer (2013, p. 48). A autora admite que

O passo seguinte, depois de aceitar a surdez com mais resiliência e otimismo, é conseguir se adaptar a ela. Em meu caso, como venho me adaptando desde a infância, não tive grandes traumas técnicos. Aqueles que enfrentam a surdez como uma novidade, porém, precisam de uma boa dose de paciência. A falta de som pode ser enlouquecedora em um primeiro momento.

É, repetindo, um “silêncio barulhento”, que às vezes traz a melancolia, com o qual convivem os seres humanos privados da audição em todos os momentos de suas vidas cheias de atribulações, preocupações e muito o que fazer para erradicar uma marca que deprecia o indivíduo surdo.

Há a dificuldade de entender o ser humano que fala e ouve, uma vez que é preciso “ouvir com os olhos” quando ele fala e é preciso “balbuciar sons adequados e que não se ouvem” para que ele ouça.

Nota-se, sobretudo, que o silêncio sempre impera e se parece como uma imensa solidão intransponível e, nessa condição, há a “certeza ilusória” de que houve o esquecimento de um mundo concreto e que é vivenciado apenas virtual e superficialmente, um mundo que sempre esteve contido na sociedade ouvinte.

No que diz respeito à melancolia, Motion (1959, apud Lodge, 2010, p. 20) corrobora o ponto de vista no início do parágrafo anterior quando narra

Nos anos seguintes, à medida que sua audição piorava, [...] sentia-se cada vez mais isolado, preso em um corpo inútil, ridículo e patético... a surdez agravou ainda mais sua melancolia.

² Helen Keller. “Nascida Helen Adams Keller, em 27 de junho de 1880, em Tuscumbia, Alabama, Estados Unidos, a criança desenvolveu uma febre aos 18 meses de idade. Em seguida, Helen ficou cega, surda e muda. Quando tinha 6 anos, a professora Anne Mansfield Sullivan, da Perkins School for the Blind (Escola para Cegos Perkins), foi contratada como professora de Helen. A moça, de 20 anos, ensinou a Helen a linguagem de sinais e o braile. A história da professora e de sua aluna foi recontada na peça e no filme de William Gibson, *The Miracle Worker* (o milagre de Anne Sullivan)”. (Dicionário Libras, 2016).

O som, que vem da audição, o sentido que falta, para quem não o ouviu/sentiu, beira o incognoscível em termos práticos, embora — teoricamente — se tenha a condição de compreendê-lo. As analogias ajudam. Um exemplo clássico se dá ao piano: a mão esquerda, mão dos acordes que ouvintes dizem ser graves... um homem falando; a mão direita, mão da melodia, som que ouvintes dizem ser agudo... uma mulher falando. E por aí vão as analogias que salvam a compreensão da maioria das identidades surdas.

Quanto ao fato de que o surdo não se vê como uma pessoa com deficiência (PcD) (faz-se necessário frisar que é visto como tal por grande parte da sociedade ouvinte), Gomes, Maia-Vasconcelos & Tavares (2011, p. 11) afirmam que

...enquanto persistir a visão de surdez como “deficiência”, haverá desvalorização e exclusão desse grupo de pessoas da sociedade. É imperativo que se respeitem as diferenças, mas que se criem cada dia mais oportunidades de permeamento social entre todos os indivíduos, independentemente de sua condição física. Enquanto a educação dos surdos for tratada como acompanhamento terapêutico, esses sujeitos não serão vistos pelo potencial que possuem.

O problema da surdez, da forma como é tratado, está intimamente ligado — por mais redundante que possa parecer — ao “ter audição ou não ter audição” e quase nunca ao fato do “saber ouvir ou não saber ouvir”.

Vive-se em uma sociedade onde as pessoas que a compõem, algumas delas, apesar de “terem audição”, não têm, necessariamente, a capacidade de “saber ouvir”. E essa é, hoje, em alguns círculos de influência conscienciosos, uma discussão das mais oportunas e não só pelos que vivenciam a comunidade surda.

Ousando prosseguir, é uma discussão em um nível que abrange a sociedade ouvinte, uma vez que atinge a todos os seus integrantes, todos os partícipes da esfera social composta de várias partes multifacetadas, de várias “aldeias”, onde o apelo à compassividade como o melhor do ser humano parece ser ainda incipiente e pouco difundido.

A surdez reprime e mantém o acesso ao vernáculo restrito; assim, não é difícil subentender que a recepção da característica cultural que faz parte da natureza humana, pelo indivíduo surdo, não parece vir em seu sentido mais amplo, no que diz respeito ao direito de todos em recebê-la.

Não há, ainda, a necessária equidade no processo de recepção cultural entre o que recebe a comunidade ouvinte e o que recebe a comunidade surda. Nesse ponto, há uma distância considerável. Este autor vive a experiência da surdez “na pele” todos os santos dias de sua vida — desde o nascimento — para afirmar isso.

UM PONTO DE PARTIDA

O objetivo deste capítulo é o de referendar a história da comunidade dos indivíduos surdos, sendo ela contada, apresentada e representada por um “olhar surdo para o ouvinte sobre o surdo”, deixando evidente que a história nos foi — e ainda é — contada sob a égide de um “olhar ouvinte para o ouvinte sobre o surdo”.

Tal olhar é ratificado por uma postura ouvintista que nos aprisiona — de um jeito ou de outro (talvez por desconhecimento) — e que exige que atuemos como se ouvintes fôssemos.

A exposição do pensamento de Alisedo (1994), em sua palestra “Sociolinguística da Surdez e Bilinguismo” realizada no INES, trouxe, de fato, algumas *nuances* esclarecedoras acerca do problema milenar que experienciávamos e que ainda experienciamos. A palestrante afirmou que

Evidentemente, as explicações são muito mais sociológicas que educativas. Elas têm muito mais a ver com o problema do poder entre ouvintes e surdos, um problema de espaço entre eles — o problema da enorme maioria em relação à mini-minoria. [...]. As majorias são autoritárias.

Com o potencial avanço do mundo surdo — principalmente em termos de escolaridade — já encontramos surdos como especialistas, mestres, doutores e pós-doutores. Convém dizer que — em 2024 — temos cerca de cem doutores e dez pós-doutores no Brasil. Todos eles com a formação concluída no século XXI.

Eis um vitorioso contingente “que não se vê”, estatística e percentualmente chamado de “traço”, em razão de seu inexpressivo quantitativo quando comparado com quantitativos de congêneres ouvintes.

Ainda assim, observa-se que a maioria dos estudos conduzidos até hoje sobre essa teoria do conhecimento surda tem sido majoritariamente realizada por ouvintes, por sujeitos quase sempre desincorporados da realidade e do pensamento surdo que, sabe-se (é evidente), é bem diferente do pensamento ouvinte. As soluções desenvolvidas para os desafios de tal Teoria têm, primordialmente, sido levadas a cabo por ouvintes. Está na hora de conter a milenar tentativa de epistemicídio surdo.

BREVE RELATO SOBRE AS COMUNIDADES SURDAS, SUAS “EPISTEMOLOGIAS” E CONTEXTOS...

Ao desenvolver a análise da lógica e da historiografia da vida da comunidade surda, ao tentar encontrar pontos positivos de interseção com a comunidade ouvinte (é um belo objetivo que poucos surdos, hoje, têm; muitos ainda veem o “opressor” nessa comunidade), ao propor novos caminhos teóricos e comunicacionais, ao difundir tais achados para os surdos e para os que lidam com a vida dos surdos, ao interferir dessa maneira nas possibilidades da assertividade e do protagonismo do surdo no mundo, “abrem-se portas epistemológicas surdas”.

No século XXI, temos todas as oportunidades geradoras de possibilidades para um novo e promissor mundo surdo. Ao conceber que quem tem o reconhecido lugar de fala para abordar o mundo surdo, histórica, política e socialmente, é o próprio surdo, e ao inserir no mundo acadêmico e em instituições de pesquisa esse universo analítico da Teoria Surda (isso já está acontecendo), concebe-se o traço inicial de uma epistemologia surda. Uma nova epistemologia surda.³

A epistemologia surda — escrita por surdos — não é tema simples de se formular à luz do conhecimento surdo quando estamos nos referindo à ciência e sua produção; poucos são os surdos que detêm as necessárias condições de apresentar-se pela língua portuguesa na modalidade escrita (L2 Surda), pois não tiveram as condições de aprendizado adequadas para tal. Terão algum dia nesse processo educacional equivocadamente estabelecido por ouvintes?

Um exemplo nítido, o INES, no Rio de Janeiro. O Instituto, desde o tempo do Império, nunca teve um diretor-geral surdo eleito. Todos os eleitos foram e são ouvintes. O Instituto parece desconhecer a existência da rica diversidade surda, tendo em vista que — historicamente — não oferece recursos educacionais a todas as identidades surdas existentes.

Comunidades surdas e ouvintes não se conhecem; o desconhecimento impede uma maior conscientização das diferenças, bem como impede a melhoria da comunicação entre as partes envolvidas. Crescer nessa conjuntura, sendo surdo, é desestimulante. A sensação de abandono, como se fosse isolamento, é grande e, muitas vezes, frustrante e humilhante.

³ Epistemologia surda — quando o “pós-vazio”, o “pós-nada” de uma história que não era (e agora pode ser) contada por surdos começa a ser preenchido por registros surdos (e não por registros ouvintes) gerando múltiplas possibilidades de ciência (epistemes genuinamente surdas). Esse sonho, ainda em “nuvens epistemológicas” pouco vistas, se realizará quando uma língua considerada ágrafa (é o caso das línguas de sinais) for corroborada por posicionamentos orais (a oralidade sendo vista, não como um empecilho histórico, mas como uma abordagem facilitadora) e, evidentemente, por posicionamentos escritos, a verdadeira história surda, ao longo dos séculos... dos milênios, começará a ser reescrita.

Até 2015, apenas 13 teses tinham sido defendidas por indivíduos surdos. Até 2018, um único surdo brasileiro — o autor deste capítulo — versou sua tese⁴ e seu estágio de pós-doutoramento em um Programa de História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia. Nota-se que há um longo caminho a percorrer, mas um primeiro passo é urgente.

A hegemonia ouvinte é indiscutível. Até quando os surdos viverão sob a égide de uma subserviência que parece ser eterna? Até quando os surdos viverão sob a égide de uma invisibilidade atroz, sendo estudantes ou cidadãos?

A invisibilidade surda é evidente. Será que se pode referendar o quinhão da culpa, por essa situação entristecedora... constrangedora, somente à comunidade surda?

Até quando continuaremos a obter dificuldades, com relação à aquisição de números e quantitativos relativos à educação de surdos neste país? Até quando seremos “forasteiros na própria comunidade humana?” (Luz, Angelucci Neves, 2012, p. 44).

Outra questão diz respeito ao histórico processo de ouvintização submetido à diversa comunidade surda ao longo dos milênios (processo aprofundado nos últimos séculos). Quanto a esse fato, Nembri (2016, p. 209) enfatiza:

Na busca pelo pertencimento em uma sociedade excludente, no silêncio que muitas vezes não apresenta o norte a seguir, mas aponta um caminho de ida — sem volta — para a solidão, o indivíduo surdo exige o seu “quinhão” de mundo, o seu “quinhão” de vida que, por séculos, baseou-se em escolhas ouvintes.

Os passos surdos pelo mundo clamam pela aceitação de sua diversidade e pela conscientização da necessidade de sua inclusão na sociedade — como um todo — sendo parte não coadjuvante, mas protagonista, da riquíssima pluralidade das características humanas. Quanto à questão aqui ventilada, Amato (2022, p. 28) esclarece-nos afirmando que

Pertencimento é o sentimento de aceitação que faz com que as pessoas sintam que podem ser elas mesmas e reconhecidas por suas perspectivas singulares, além de possibilitar que se identifiquem como sendo parte de uma comunidade.

⁴ O autor deste capítulo foi o primeiro surdo profundo do Brasil a defender uma tese em língua portuguesa. Foi o primeiro surdo profundo doutor do Rio de Janeiro e o primeiro surdo profundo masculino a se tornar pós-doutor no Brasil.

Com o “cultivo” do pertencimento, outro conceito que “caminha junto” vem ao encontro das nossas discussões — o de segurança psicológica — Edmondson (2014) observa que as pessoas se sentem confiantes em espaços seguros psicologicamente para, dessa forma, oferecer suas contribuições.

Pertencimento e segurança psicológica, dois conceitos que impactam, ainda não positivamente, na permanência surda no contexto de um planeta que clama por grandeza por parte de sua população (até surdo “ouve” esse clamor). Quantas vezes percebe-se o surdo como não participe da construção de uma sociedade próspera?

A ouvintização, ao longo dos séculos/milênios, atingiu partes “nevrálgicas” da alma surda; sua autoestima, sua cultura, seu senso de pertencimento e de sobrevivência e, por fim, seu conjunto de princípios e valores foram e são ignorados. Na linha desse raciocínio, Sá (2006) observa que os surdos se tornam desvalorizados, seja no seu universo cultural, seja nas estratégias de sobrevivência ou, ainda, em seus valores e suas características de seu comportamento.

Atitudes “ouvincêtricas” ainda são sentidas e em larga escala; partem de notórios vieses inconscientes. Sob o olhar ouvinte, em justa medida, pode-se dizer que a história surda foi mal contada.

Convém e é necessário apontar alguns dos recortes históricos da concepção de soluções para o surdo dentro de Teorias do Conhecimento ouvintistas, e não nascidas do surdo. Boa parte de pesquisadores ouvintes estava equivocada ao tentar moldar a história surda. Um exemplo adequado se dá pela decisão do Congresso de Milão, em 1880. O nefasto evento⁵ decretou o silêncio surdo por cerca de cem anos. Tal silêncio só acabou à beira do século XXI.

Para este autor, faz-se imperativo ousar. O indivíduo surdo deve ousar, atrever-se a buscar um jeito inteiramente novo de caminhar por um velho e conhecido mundo; esse jeito novo de caminhar pode ser a saída, já encontrada por alguns surdos, que abrirá as portas para que todos, como diria uma grande mestre, Angela Carrancho da Silva, “sintam-se convidados a entrar e acolhidos em permanecer” (Nembri, 2016, p. 69).

⁵ O Congresso de Milão moveu os surdos para um período de incertezas e de obscurantismo, um período que os levou à obrigatoriedade na aquisição da língua oral ao mesmo tempo que os impediu de utilizar a sua língua de sinais. A abordagem oralista, que não admitia estratégias de aprendizagem diferenciadas para os surdos e apostava na aquisição da leitura labial e na expressão por meio da fala, perdeu por cem anos e não obteve o resultado que, dela, era alardeado, uma vez que o contingente de indivíduos surdos “aquinhoados” com o desenvolvimento da fala, visível por todos, era considerado ínfimo, dada a grandiosidade do objetivo dos oralistas de integrar socialmente a todos. O resultado alcançado no evento milanês — passado o seu centenário — gerou ainda mais isolamento do mundo surdo. Explicitando — em algumas linhas — o isolamento surdo (no Brasil): 80% dos surdos sinalizados são analfabetos (ou analfabetos funcionais) na modalidade escrita da língua portuguesa. A oralidade, como abordagem facilitadora, continua não sendo aceita por surdos políticos sinalizados.

NOTAS HISTORIOGRÁFICAS, CAMINHOS E DESCAMINHOS...

A maioria dos escritos ligados à questão histórico-epistemológica surda, repetindo, foi elaborada por ouvintes. O conhecimento surdo ao longo da história é todo ele montado por ouvintes, salvo raríssimas exceções. No que é pertinente à questão, Perlin (2002)⁶ considera que a história da educação surda foi contada por ouvintes e que os surdos se apropriaram dela como se fosse verdade absoluta. Não é.

Pode-se afirmar que, no Brasil, nunca tivemos um olhar histórico-epistemológico surdo minimamente representativo. O século XXI, com a notável redenção surda em evidência, pode mudar esse cenário de pouca representatividade. É uma aposta.

A epistemologia surda — essa teoria do conhecimento surdo — vem, sob o prisma que privilegia o olhar surdo sobre o surdo, e não o olhar ouvinte sobre o surdo, equivocada há milênios; em uma primeira etapa, desde o início da escrita, por volta de 4.000 anos a.C.

Na etapa posterior, “d.C.”, o equívoco epistemológico permanece o mesmo; uma tênue mudança começa a acontecer no século XVI quando Ponce de León inicia o processo datilológico⁷ (Sales, Sales & Silva, 2012). Importante frisar que, em pleno século XXI, apesar das mudanças ocorridas e que vêm ocorrendo, a epistemologia surda ainda é equivocada.

Estamos — como surdos — há 6 mil anos inexistindo, dada a nossa constatável nenhuma importância na maioria das etapas históricas que se tem notícia. É algo, sem dúvida, doloroso de escrever. Este autor clama por mudança, clama por grandeza e clama por atenção ouvinte.

Correntes científicas inovadoras, com pesquisadores surdos na sua “linha de frente” — como é o caso da Gallaudet University, em Washington, D. C. — propõem a consolidação de uma epistemologia surda, consistindo no estudo das lógicas de como o surdo está, aprende e interfere no mundo (Moores, 2010).

Conceitos de cultura surda e de identidade surda têm sido usados como emancipatórios (De Clerck, 2010). Em termos de emancipação, a abordagem do bilinguismo (L1 Surda + L2 Surda em sua modalidade escrita), apesar de não contar com a modalidade oral (este autor julga a abordagem necessária), é um poderoso agente para a redenção surda que vem sendo notada neste século.

⁶ Gladis Perlin foi a primeira surda do Brasil a se tornar doutora; sua tese, elaborada em 2002, versava sobre “O ser e o estar sendo surdos: alteridade, diferença e identidade”.

⁷ Processo datilológico – apresentação do alfabeto manual.

O bilinguismo atual amplia o aprendizado da L1 Surda e, na opinião dos poucos pesquisadores surdos existentes, também amplia fortemente o entendimento da sua L2 (língua portuguesa em sua modalidade escrita).

De todas as abordagens até hoje “colocadas à prova”, o bilinguismo é, para quem “sente a surdez na pele”, a abordagem que parece melhor introduzir o indivíduo surdo no contexto da sociedade ouvinte, já que parece ser ainda improvável introduzir o indivíduo ouvinte no contexto da sociedade surda. O ouvintismo sobrevivente parece não permitir que essa possibilidade seja plenamente exitosa.

Para o aprimoramento da principal abordagem, há de se estreitar laços (em um futuro próximo que se aproxima velozmente) com os principais estudiosos do campo da surdez, ou seja, os próprios surdos que pesquisam o assunto e os responsáveis pelo conhecimento estratégico das universidades e das instituições de pesquisa (nossa Fiocruz entre elas) espalhadas por este “continente” brasileiro. Seria uma bela parceria.

Seria essa parceria que — no âmbito da história e da epistemologia surda (de fato) — tornaria viáveis os cenários futuros (auspiciosos?) de emancipação do povo surdo.

É preciso enfatizar que o otimismo — à luz da propalada redenção surda do século XXI, com o reconhecimento e com a regulamentação da L1 Surda — procede.

Otossim, a ciência e as técnicas surdas não são “mais uma... mais duas...”; elas contêm uma riqueza epistemológica, uma historicidade na trajetória humana e um potencial papel sociopolítico altamente expressivos. Precisam estar no campo da transdisciplinaridade para darem e receberem atributos, compreensões e legados que, mais do que nunca, são requeridos no mundo contemporâneo.

A ainda comprovada invisibilidade surda no meio acadêmico é uma barreira gigantesca. Eis uma falha histórica que se tem oportunidade de, talvez, redimir (ou minimizar), seja pela promoção das denominadas “minorias”, as quais, em última instância, se unidas, não só não são minorias como têm muito a contribuir para racionalidades transculturais e transcientíficas; ou seja, porque são teorias da mente, com muito de originais e inexploradas em si mesmas.

Esse ponto de vista alimenta a esperança de que, com institucionalização, historicização e indicação de caminhos cientificamente possíveis de serem comprovados e seguidos, o mundo surdo comece a ter, de fato, identificação com a sua epistemologia. Hoje, a epistemologia surda — em sua maior parte — ainda é, não custa repetir, ouvinte.

E lembrando... se faz necessário considerar o surdo como surdo e não como um “ouvinte” menos capacitado. Então, esta não é apenas uma epistemologia sobre, mas também com, e para, a surdez.

Há um papel para o surdo de hoje e do amanhã. Nessa questão, Miranda (2007) acrescenta que é necessário “desconstruir” as visões epistemológicas feitas pelos outros, os ouvintes.

O surdo de hoje e do amanhã quer uma educação efetivada por surdos falando de surdos, e de surdos falando de ouvintes. Já está na hora de darmos um basta ao fato de que só o ouvinte pode falar de surdos. Foi o que ocorreu ao longo de toda a história da comunidade surda. De todo modo, o avanço surdo no século XXI é inviável sem a parceria surdo-ouvinte... necessária parceria... e sempre preservando uma atmosfera positiva para uma mudança histórica.

Está se falando em um contato colaborativo e transformativo (Meserlian & Vitaliano, 2009; Ribeiro, 2013; Rocha, 2008). Dizeu & Caporali (2005) acrescentam, em termos de colaboração, que ainda não há a preparação para a recepção do indivíduo surdo. Afirmam que a verdadeira limitação vem das condições ouvintes oferecidas aos surdos.

Enfatiza-se, ainda neste capítulo, a relevância já mencionada da missão das universidades e das demais instituições de pesquisa que recebem surdos para seus cursos *lato e stricto sensu*; são essas que disponibilizam disciplinas e laboratórios que vêm iluminando o *modus vivendi* surdo e ouvinte acerca do surdo e sua cultura, pensamento e cotidiano. É o que, verdadeiramente, traz um caminho de empoderamento para o indivíduo surdo.

Como viabilizar a participação surda e, em consequência, ampliar sua participação, como cidadão ativo, de uma sociedade sedenta por transformações que levem à redenção humana?

As universidades e as instituições de pesquisa, sabe-se, são berços, por excelência, de ouvintes... naturalmente.

Urge uma conscientização maior (bem maior) da comunidade científica (majoritariamente ouvinte) sobre o fato de que a parceria surdo-ouvinte, em cenário científico, proporcionará ascensão e desenvolvimento surdos. É, pelo que pensamos, o que formará o surdo para que, em condições equitativas, atue em uma só sociedade. A equidade vem por um belo caminho acessível... o da interiorização dos valores surdos que ainda são desconhecidos pela ampla maioria ouvinte.

Pelo que se pode depreender, se fazem urgentes o estudo e a exposição de referenciais teóricos e práticos, via disciplinas ou oportunidades para tal, com o intuito de se entender, definitivamente, como se processa a coexistência surda-ouvinte.

É condição essencial compreender como funcionam as estruturas que regem os costumes da cultura surda e da cultura ouvinte, ressaltando, principalmente, questões morais e éticas, sem escamoteamentos e sem a cantilena do politicamente correto que, em dias de hoje, geram posicionamentos de seres

humanos melindrados e avessos a discussões que proporcionam, na maioria das vezes, possibilidades de novos vieses em torno de atitudes e comportamentos que mudam, para melhor, o ser humano.

Novas premissas são capazes de trazer empoderamento ao surdo para que, assim, tenha a chance de coparticipar, com ouvintes, do progresso sociopolítico e cultural da sociedade.

O propósito da vida surda, hoje, passa pela convicção de que é necessário aglutinar surdos como formadores de opinião também na sociedade ouvinte. Kelman & Buzar (2012) lembram a necessidade de construir um ambiente plural.

As linhas que compõem este trabalho têm, também como incentivo aos poucos pesquisadores surdos, a possibilidade de revelar — em um mundo, por excelência, de cultura erudita (as universidades e as instituições de pesquisa) — as possibilidades surdas e as condições inequivocamente boas para um saudável intercâmbio entre surdos e surdos e entre surdos e ouvintes. As oportunidades geradoras de direcionamentos, agora, já existem.

Surdos querem defender seus pontos de vista e, com eles, almejar a realização que se espera de um ser humano que luta pela conquista dos seus ideais. Nesse ponto, pode-se depreender, não há diferença. Surdos e ouvintes são iguais em suas expectativas de realização.

O caminho é viável, pois o antigo “opressor” parece que começa a nos enxergar e a nos ouvir. Seu rosto histórico quase nunca acessível assume contornos em semblantes de inclusão e de acolhimento. Que tal pensarmos o inimaginável? Que tal tê-lo como parceiro para pôr fim aos milênios de isolamento?

REFERÊNCIAS

- ALISEDO, G. Linguística e bilinguismo: sociolinguística da surdez e bilinguismo. *Espaço: Informativo Técnico-Científico do Instituto Nacional de Educação de Surdos: INES*, Rio de Janeiro, vol. 3, n.º 4, 1994.
- AMATO, L. (org.). *Diversidade e inclusão e suas dimensões*. São Paulo: Literare Books International, 2022.
- DE CLERCK, G. A. M. Deaf Epistemologies as a critique and alternative to the practice of science: an anthropological perspective. *American Annals of the Deaf*, vol. 154, n.º 5, 2010.
- DICIONÁRIO LIBRAS. 2016. Disponível em: <http://www.dicionariolibras.com.br/website/artigo.asp?id=798>. Acesso em: abr. 2016.
- DIZEU, L. C. T. B. & CAPORALI, S. A. A língua de sinais constituindo o surdo como sujeito. *Educação e Sociedade*, Campinas, vol. 26, n.º 91, 2005.
- EDMONDSON, A. C. Building a psychologically safe workplace. *You Tube*, 5 maio 2014.

- Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=LhoLuui9gX8&t=174s>. Acesso em: 15 ago. 2021.
- GOMES, D. S.; MAIA-VASCONCELOS, S. & TAVARES, M. L. Educação Inclusiva: A presença do sujeito surdo nesse cenário. *Espaço: Informativo Técnico-Científico do Instituto Nacional de Educação de Surdos: INES*, Rio de Janeiro, n.º 35, p. 8, jan.-jun. 2011.
- KELMAN, C. A. & BUZAR, E. A. S. A (in)visibilidade do aluno surdo em classes inclusivas: discussões e reflexões. *Espaço: Informativo Técnico-Científico do Instituto Nacional de Educação de Surdos*, Rio de Janeiro, n.º 37, 2012.
- LODGE, D. *Surdo Mundo*. Porto Alegre: L&PM Editores, 2010.
- LUZ, R. D.; ANGELUCCI, C. B. & NEVES, S. L. G. A atualização dos processos de exclusão das pessoas surdas no âmbito educacional. *Espaço: Informativo Técnico-Científico do Instituto Nacional de Educação de Surdos: INES*, Rio de Janeiro, n.º 38, p. 44, jul.-dez. 2012.
- MESERLIAN, K. T. & VITALIANO, C. R. Análise sobre a Trajetória Histórica da Educação de Surdos. *IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE. III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia*. PUC-PR. 2009.
- MIRANDA, W. O. *A experiência e a pedagogia que nós surdos queremos*. Doutorado. UFRGS, Porto Alegre, 2007.
- MOORES, D. Epistemologies, Deafness, Learning, and Teaching. *American Annals of the Deaf*, vol. 154, n.º 5, 2010.
- NEMBRI, A. G. Do Silêncio aos Caminhos e Descaminhos de Doutores e Doutorandos Surdos: A “Fala” sem Eco num Mundo Ouvinte. Doutorado. PPGHCTE/ UFRJ, Linha de Pesquisa: Linha de Pesquisa: Epistemologia, Lógicas e Teorias da Mente, Rio de Janeiro, 2016.
- PERLIN, G. T. T. História dos surdos. Florianópolis: UDESC/CEAD, 2002 (Caderno Pedagógico).
- PFEIFER, P. *Crônicas da surdez*. São Paulo: Plexus Editora, 2013.
- ROCHA, S. *O INES e a Educação de Surdos no Brasil: Aspectos da trajetória do Instituto Nacional de Educação de Surdos em seu percurso de 150 anos*, vol. 1. 2.ª ed. Rio de Janeiro: INES, 2008.
- SÁ, N. R. L. de. Existe uma Cultura Surda?. In: SÁ, N. R. L. de. *Cultura, Poder e Educação de Surdos*. São Paulo: Paulinas, 2006. Disponível em: www.eusurdo.ufba.br/arquivos/cultura_surda.doc. Acesso em: mai. 2016.
- SALES, E. R. de; SALES, A. C. M. & SILVA, F. H. S. Deficiência e Educação: uma perspectiva histórica da Educação de Surdos. *Interfaces da Educação*, Paranaíba, vol. 3, n.º 9, 2012.
- SILVA, A. C. da & NEMBRI, A. G. *Ouvindo o silêncio: surdez, linguagem e educação*. 4.ª ed. Porto Alegre: Mediação, 2018.

Trabalho escravo contemporâneo sob a perspectiva de gênero

Aldilene Abreu de Azevedo
Vania Reis Girianelli

A escravidão existe desde os primórdios da humanidade e foi parte integrante de quase todas as sociedades. Os escravizados geralmente eram oriundos de inimigos capturados em guerras e, posteriormente comercializados. Havia, entretanto, diferenças de acordo com o período, a região e a atividade exercida. O Brasil foi um território escravista por mais de três séculos, com o objetivo inicial de utilização na atividade econômica colonial (Gomes, 2019). A força física dos escravizados foi determinante para o crescimento econômico no país, mas apenas um seletivo grupo das elites agrária e política beneficiou-se com a exploração humana. Adicionalmente, a escravidão retardou o processo de desenvolvimento econômico e industrial do Brasil (Palma et al., 2021).

A escravidão foi a maior tragédia humanitária, que infelizmente perpetuou-se ao longo de muitos séculos. O trabalho escravo era uma prática que estabelecia o direito de propriedade de uma pessoa sobre a outra (Sakamoto, 2020). Na atualidade, entretanto, esse trabalho persiste, embora seja um crime reprovável nas esferas nacional e internacional (Miraglia, Souza & Chaves Júnior, 2018).

No âmbito internacional, a Convenção sobre a Escravatura de 1926 foi um dos primeiros documentos que condenou a escravidão, exigindo a prevenção e a supressão, de forma progressiva (Comparato, 2017). Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) trata da temática de forma mais rigorosa, determinando que “Ninguém será mantido em escravatura ou em servidão; a escravatura e o trato dos escravos, sob todas as formas, são proibidos” (ONU, 1948, art. 4.º). Em 1969, a Convenção Americana de Direitos Humanos (OEA, 1969) caminhou no mesmo sentido da DUDH, porém de forma mais aprofundada, determinando a proibição do tráfico de pessoas em todas as suas formas e a execução de trabalho forçado ou obrigatório. Nos países em que tais trabalhos são legais, contudo, não deve afetar a dignidade nem as capacidades física e intelectual. Posteriormente, a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1988) adotou, em suas conferências, a Declaração sobre os Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho de 1988 e suas Convenções Internacionais, com destaque para as Convenções n.ºs 29 e 105, que versam sobre a eliminação de todas as formas de trabalho forçado ou obrigatório, ratificadas no Brasil em 1957 e 1965. Nessa Declaração é reconhecida a obrigação dos Estados-membros respeitarem oito Convenções consideradas fundamentais para a defesa dos direitos humanos dos trabalhadores, entre elas, as supracitadas.

O Brasil não admitia a escravidão legalizada em 1888. Em 1940, com a publicação do Código Penal, foi perceptível que as pressões internacionais conseguiram influenciá-lo, tipificando o crime em redução à condição análoga a de escravo, com pena de reclusão de dois a oito anos (Brasil, 1940). Apesar desse avanço legislativo, ainda existiam poucas denúncias públicas em relação à exploração de trabalhadores no país. Uma carta episcopal (Casaldáliga, 1971), apresentada na ditadura militar, é considerada a primeira denúncia e um marco da exploração do trabalho escravo.

Em 1995, o Brasil foi um dos primeiros países a reconhecer oficialmente, diante da Organização das Nações Unidas (ONU), a persistência de formas contemporâneas de escravidão (ONUBR, 2016). Desde então, o país vem iniciando implementação de políticas públicas de combate ao trabalho escravo, bem como passou a contemplar a concessão do benefício do seguro-desemprego ao resgatado (Brasil, 2002a).

Em 2003, foi publicado o 1.º Plano Nacional para Erradicação do Trabalho Escravo (Brasil, 2003a). Criou-se também a Comissão Nacional de Erradicação do Trabalho Escravo (Brasil, 2003b), para substituir o Grupo Interministerial para Erradicar o Trabalho Forçado, visando aumentar a participação da sociedade civil na comissão. Adicionalmente, foi criado o Cadastro de Empregadores Infratores, conhecido como “Lista Suja”, com posterior divulgação dos nomes dos infratores à sociedade (Brasil, 2003c); sendo considerado pela ONU um dos

principais instrumentos e um modelo global por assegurar a transparência (Miraglia, Souza & Chaves Júnior, 2018).

No final de 2003, o país atualizou sua legislação criminal (Brasil, 1940), introduzindo um conceito sobre trabalho escravo mais alinhado com as manifestações contemporâneas da temática e coadunando com os direitos garantidos na DUDH e na Constituição Federal:

Reduzir alguém a condição análoga à de escravo, quer submetendo-o a **trabalhos forçados** ou a **jornada exaustiva**, quer sujeitando-o a **condições degradantes de trabalho**, quer restringindo, por qualquer meio, sua locomoção em **razão de dívida** contraída com o empregador ou preposto:

Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, além da pena correspondente à violência.

§ 1.º Nas mesmas penas incorre quem:

I - cerceia o uso de qualquer meio de transporte por parte do trabalhador, com o fim de retê-lo no local de trabalho;

II - mantém vigilância ostensiva no local de trabalho ou se apodera de documentos ou objetos pessoais do trabalhador, com o fim de retê-lo no local de trabalho.

§ 2.º A pena é aumentada de metade, se o crime é cometido:

I - contra criança ou adolescente;

II - por motivo de preconceito de raça, cor, etnia, religião ou origem (Brasil, 1940, art. 149, grifo dos autores).

Dentre as quatro hipóteses previstas, a condição degradante é a mais frequente (Haddad, Miraglia & Silva, 2020). O artigo 149 também apresenta condições atípicas ou equiparadas, contudo, para a configuração do crime basta apenas a prática de uma das hipóteses, que geralmente apresentam-se entrelaçadas. Outrossim, é irrelevante o consentimento do trabalhador para consumação da conduta criminoso (Sakamoto, 2020).

Em 2004, foi aprovada a emenda constitucional prevendo que o Estado poderá expropriar propriedades particulares, rurais ou urbanas, quando flagradas usando mão de obra escrava, independentemente de indenização ao proprietário e utilizá-las para reforma agrária ou programas de habitação popular (Brasil, 2014a). Trata-se de um grande passo no combate ao trabalho escravo, embora seja objeto de controvérsias, principalmente quanto à sua aplicabilidade (Azevedo, 2019).

Em 2017, contudo, foi publicada a reforma trabalhista (Brasil, 2017), com redução de direitos e uma falsa autonomia de escolha dos trabalhadores, violando a Constituição Federal e documentos internacionais, dos quais o Brasil

é signatário. A superexploração do trabalhador é a nítida materialização da face mais cruel do neoliberalismo, que tem sido permissiva na política brasileira. O neoliberalismo se alimenta de formas de trabalho escravista e influencia muitos fenômenos como o *dumping* social, prática desumana de condições trabalhistas, por meio de descumprimento reiterado e consciente da legislação trabalhista, reduzindo encargos laborais e aumentando a vantagem econômica (Miraglia, Pereira & Brasileiro, 2019).

É inegável que, diante do avanço das concepções neoliberalistas no mundo, o trabalho escravo acabou ganhando destaque e se tornando um grande problema global. A OIT estima que mais de 40 milhões de pessoas sejam vítimas das formas contemporâneas de escravidão. Desse enorme contingente de escravizados, as mulheres e meninas representam 99% das vítimas do trabalho escravo sexual e 58% em outras áreas (OIT, 2017).

No Brasil, de 1995 a 2020, foram realizados mais de 57 mil resgates (Brasil, 2021a), apesar de subnotificações, deficiências e lacunas em sua organização de fiscalização. A Comissão da Pastoral da Terra divulgou que, em 2021, houve um aumento de 102% de vítimas resgatadas em relação a 2020 (CPT, 2021). Os resgates realizados são apenas a ponta do *iceberg* da existência dos mais bárbaros crimes cometidos contra a humanidade.

A maioria das vítimas resgatadas, no período de 2003 a 2020, era homem (94,5%), entre 18 a 29 anos (46,4%), analfabeta (30,0%), parda ou mestiça (45,0%) e exercia atividade agropecuária (70%) (OIT & MPT, s.d.). Em relação às mulheres, os principais estados de origem até 2018 foram: Maranhão (16,4%), Bahia (10,4%), Pará (12,8%), Minas Gerais (10,7%) e São Paulo (10,2%). Na capital paulista 30,4% dos resgatados eram mulheres, e dessas 93,1% eram imigrantes que atuavam na indústria têxtil (Suzuki, 2020).

Discutir as implicações de gênero no universo do trabalho não é algo novo. Historicamente, as mulheres recebem salários inferiores aos dos homens e são mais acometidas pelo desemprego, levando à necessidade de aceitar trabalhos informais, precarizados e remunerações irrisórias. Adicionalmente, quando são vítimas do trabalho escravo existe uma hipervulnerabilidade, pois além da superexploração do trabalho, ainda podem ser vítimas de violência doméstica e sexual.

Os dados existentes, provavelmente, não expressam a realidade de mulheres vítimas de trabalho escravo. Trabalhos domésticos, cuidadoras, profissionais do sexo e mulheres resgatadas com seus companheiros em situação de trabalho escravo, muitas vezes não são consideradas vítimas pelas autoridades públicas. Ademais, elas podem ser vítimas sob outra perspectiva “viúvas de maridos vivos”, ou seja, mulheres que permanecem em seus lares, cuidando da família e filhos, enquanto o marido está sendo vítima direta do trabalho escravo (Sakamoto, 2020).

O papel da mulher na sociedade, tradicionalmente vinculado ao cuidado e que se perpetua até a contemporaneidade, expressa a questão histórica e social atrelada à hierarquia nas relações de gênero. Essa visão contribuiu para naturalização, desvalorização e exploração do trabalho doméstico, principalmente para as classes menos favorecidas, em particular para as negras (Biroli, 2018).

Em 2020, havia 4,9 milhões de pessoas exercendo trabalho doméstico remunerado no Brasil, dessas, 91,8% eram mulheres e 65,3% pessoas negras (IBGE, 2021), ratificando a interseccionalidade presente na profissão. A proporção de mulheres em trabalho doméstico remunerado tem diminuído, mas de forma lenta e com tendência de concentração nas mais idosas, contudo, apenas cerca de 30% tem carteira assinada, sendo menor nas regiões Norte e Nordeste (IPEA, 2017).

A OIT adotou a Convenção n.º 189/2011 que determina a proteção específica aos trabalhadores domésticos, por meio de princípios e direitos básicos, que devem ser acolhidos pelos Estados-membros (OIT, 2021). O Brasil a ratificou apenas em 2018, entrando em vigor no país no ano seguinte, mas já havia implantado medidas previstas em diversos artigos da Convenção nos anos anteriores (Pinheiro, Tokarski & Posthuma, 2021).

A Constituição Federal de 1988 já reconhecia alguns direitos dos trabalhadores domésticos, seja nos fundamentos do Estado Democrático de Direito brasileiro como qualquer trabalho que consolide o princípio da dignidade da pessoa humana. No artigo 6.º traz o trabalho como direito social e no artigo 7.º determina normas para regulamentar os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, entre outros, que visem à melhoria da condição social. Os direitos da classe, entretanto, eram regidos por lei antiga e genérica (Brasil, 1972). Em 2014, foi publicada a primeira Instrução Normativa sobre os procedimentos de fiscalização do trabalho doméstico (Brasil, 2014b), mas foi praticamente revogada em 2021, limitando a fiscalização no local ao consentimento expresso e escrito do possível escravocrata, para verificar se há ocorrência do crime (Brasil, 2021b). A “lei das empregadas domésticas” apenas entrou em vigor em 2015 (Brasil, 2015), passando a ser mais onerosa para os empregadores. Tal situação aliada à crise econômica vivenciada no país contribuiu para o desemprego e, posteriormente, a informalidade foi aprofundada pela reforma trabalhista, que flexibilizou a relação de trabalho. A existência de trabalhadores de reserva (Marx, 2018), capaz de se submeter a baixos salários, jornadas exaustivas e qualquer condição para fugir da miséria total, oportuniza a exploração.

O trabalho doméstico, em função da sua construção histórica, é uma atividade vulnerável ao crime de trabalho escravo contemporâneo. No Brasil, houve um aumento superior a 13 vezes o número de pessoas resgatadas do trabalho

doméstico no período de 2017 a 2021, com destaque para os municípios do Rio de Janeiro e São José dos Campos (SP) com maior número de autos de infração lavrados (Brasil, 2021a).

É comum encontrar vítimas que iniciaram a atividade doméstica em tenra idade (Miraglia, Souza & Chaves Júnior, 2018) e assim permaneceram por muitos anos. Algumas famílias, da zona urbana, trazem meninas ou mulheres do interior para trabalhar como empregadas domésticas com falsas promessas de melhores condições de vida, aproveitando-se da situação de vulnerabilidade socioeconômica. Outrossim, meninas foram vendidas e outras entregues por seus familiares por ser a única esperança de um futuro melhor (Pinheiro et al., 2019).

A apuração do trabalho escravo doméstico é muito complexa em razão das questões de natureza legais, de normalização da condição de exploração e subalternidade da vítima, invisibilidade, além do binômio gratidão-obediência desenvolvido pela família que a escraviza. O sentimento de gratidão moral e de afeto, manifestado pelo discurso “quase da família” ou “como se fosse da família”, faz que a escravizada se sinta como parte integrante daquele núcleo. A utilização desses termos retira o foco da relação trabalhista e consequentemente dos seus direitos, levando-a a se perceber como parte integrante da família. Outro termo usado é a “filha de criação”, quando na verdade a “mãe”, patroa, busca alguém para exercer o trabalho doméstico, naturalizando que o exercício da atividade é inerente à mulher como membro da família (Pereira, 2021).

Outro grupo vulnerável é o das imigrantes que fogem de opressões, violência, pobreza e ausência de expectativa de vida em seu país de origem. A falta de regularidade da documentação e a barreira linguística favorecem a submissão e a exploração em uma atividade doméstica, em virtude da informalidade e da fiscalização quase inexistente; perpetuando a invisibilidade dessas mulheres (*gender-blind migration*) (Miraglia, Pereira & Brasileiro, 2019).

Durante a pandemia de Covid-19, o trabalho escravo doméstico teve destaque na imprensa, algumas denúncias foram realizadas e levaram à libertação de mulheres que viviam nessas condições há décadas. A necessidade de permanecer em casa propiciou a observação da rotina de vizinhos e a identificação de possíveis casos de escravidão com denúncia às autoridades. A primeira vítima fatal de Covid-19 no estado do Rio de Janeiro também expressa a situação de exploração da mulher no serviço doméstico, mesmo remunerado. A patroa que voltava de uma viagem da Itália, país que na época apresentava alta mortalidade pela doença, já tinha realizado o exame diagnóstico e aguardava o resultado, mas a sua empregada, mulher negra de 63 anos, não foi dispensada e faleceu após contato (Melo, 2020). Alguns estados consideraram o trabalho doméstico como

essencial, o que fez que empregadores acionassem o serviço, mesmo diante de uma rígida quarentena enfrentada pelo país (Batista, 2021).

O trabalho escravo doméstico contemporâneo, a que numerosas mulheres são submetidas no país, revela-se muito complexo, por causa da sua característica histórica, da invisibilidade, da vulnerabilidade, da desvalorização e, principalmente, da subalternidade de gênero, raça e classe. Ele é predominantemente feminino e negro, e carrega o fardo da discriminação e do preconceito. A labuta diária dessas mulheres é o que possibilita muitas famílias empregadoras ou escravizadoras realizarem seus projetos profissionais e pessoais. É um trabalho digno e as trabalhadoras devem ter todos os seus direitos respeitados.

O trabalho doméstico muitas vezes também pode incluir assédio, abuso e exploração sexual, até pelo próprio companheiro (Sakamoto, 2020). As pessoas transgêneros, em particular, têm dificuldade de inserção no mercado de trabalho em razão de uma sociedade conservadora, restando a prostituição como principal fonte de renda (Benevides & Nogueira, 2021).

O trabalho escravo sexual configura-se em grave crime contra a dignidade da pessoa humana, uma vez que transforma vítimas em simples mercadorias. A exploração sexual não é um fenômeno isolado, suas causas estão diretamente relacionadas a questões de natureza socioeconômica, cultural, política, histórica, entre outras (Santos, Gomes & Duarte, 2009). Tanto as mulheres quanto a população LGBTI+ são vulneráveis à exploração sexual, diante da dominação e da submissão imposta pela sociedade alimentada pelo patriarcado.

Em 2013, o caso da Usina Hidrelétrica de Belo Monte (PA) ganhou destaque após o resgate de 14 mulheres, sendo uma menina de 16 anos e uma travesti, vítimas do trabalho escravo sexual (Camana & GallasSteigleder, 2009). Ademais, o aliciamento ocorreu no Sul do Brasil, o que pode configurar também em tráfico de pessoas (Meirinho et al., 2021).

Em 2021, foi deflagrada a primeira fase da Operação “Libertas”, que visa combater as organizações criminosas, entre essas a da exploração sexual. Em março de 2022, a operação, em sua sexta fase, resgatou 31 mulheres transexuais e travestis submetidas a condições análogas à escravidão, em Uberlândia (MG) e Criciúma (SC). As mulheres eram forçadas a trabalhar mediante ameaças e violência, além de serem submetidas ao sistema de “barracão” (*truck system*), ou seja, tinham sua liberdade cerceada por causa das dívidas contraídas com o empregador. Itens como alimentos e bebidas, instrumentos de trabalho como perucas, *lingerie* e perfumes eram cobrados com preços extremamente abusivos. Além de dívidas contraídas de procedimentos e cirurgias estéticas como implante de silicone nos seios (Sakamoto, 2022). A readequação sexual é oferecida pelo Sistema Único de Saúde (Brasil, 2013), mas poucas conseguem ter acesso ao procedimento.

As resgatadas identificadas como prostitutas foram cadastradas no seguro-desemprego com recebimento do benefício por três meses, conforme determinado em lei (Brasil, 2002a). A prostituição é atividade laboral desde 2002 (Brasil, 2002b), embora não tenha nenhum registro na base de dados, provavelmente esteja em outras categorias, como “garçonetes, atendentes, dançarinas”, pois a exploração da prostituição (crime de rufianismo) é ilegal (Brasil, 1940), bem como o trabalho escravo relacionado.

Adicionalmente, a comunicação de alguns dirigentes, como o do ex-presidente do Brasil (*O Povo*, 2019): “Quem quiser vir aqui fazer sexo com uma mulher, fique à vontade. Agora, não pode ficar conhecido como paraíso do mundo gay aqui dentro”, reforça a visão internacional de turismo sexual no país e a discriminação contra a população LGBTI+. Tais ações são uma grave violação da dignidade humana e contribuem para manutenção da exploração sexual e o enfraquecimento das instituições que a combatem.

A indústria de confecção e oficinas de costura também têm se destacado na utilização de trabalho escravo contemporâneo, em particular nos grandes centros urbanos, envolvendo principalmente imigrantes (Pasqua, 2021). O mercado têxtil e de confecção mundial cresceu 35% em dez anos, enquanto o consumo aumentou 83%, expressando o consumismo desnecessário incentivado pelo neoliberalismo. O Brasil encontra-se na quarta posição entre os maiores produtores de artigos de vestuário e na quinta posição de manufaturas têxteis. O setor emprega cerca de 1,7 milhão de brasileiros, sendo a maioria mulheres (ABIT, 2013).

Em 2013, o desabamento de edifício que abrigava cinco fábricas de confecção em Bangladesh, ocasionando 1.133 mortes, revelou os bastidores da produção das principais marcas mundiais: pagamento irrisório, condições degradantes de trabalho e jornadas exaustivas (Miraglia, Pereira & Brasileiro, 2019). O desastre, contudo, foi importante para iniciar reflexões sobre o trabalho na indústria da moda, levando ao surgimento de movimentos sociais que passaram a dar visibilidade ao tema, incentivando transparência na cadeia produtiva, fomento à sustentabilidade e condições de trabalho, de forma a sensibilizar o consumidor. Um dos desdobramentos foi a criação, em 2017, do Índice de Transparência da Moda (ITM), que classifica grandes marcas e varejistas com base nas informações disponibilizadas publicamente sobre seus impactos sociais e ambientais (Fashion Revolution, 2021).

No Brasil tem sido encontradas confecções que produzem roupas de grandes marcas à custa de trabalhadores na informalidade, confinados em alojamentos inseguros e insalubres, instalações sanitárias precárias, ausência de água potável, pouca circulação de ar e grande risco de incêndio (Pasqua, 2021). Em 2020, durante a pandemia de Covid-19, foram resgatadas de um *sweatshop* (ateliê da

miséria) de São Paulo duas famílias, entre as vítimas havia uma gestante, adolescentes e filhos das trabalhadoras. A grávida de oito meses e seus três filhos eram submetidos à restrição alimentar, pois em virtude do avanço gestacional não conseguia se manter por muitas horas na máquina de costura (SINAIT, 2021).

No Brasil o ITM, publicado anualmente, desde 2018, iniciou com a avaliação de 20 marcas e em 2021 ampliou para 50; expressando o interesse do setor em função da exigência do consumidor. Embora a melhoria dos indicadores, apenas 10% das empresas divulgaram o compromisso de garantir um pagamento justo, 2% dos trabalhadores recebem acima do salário-mínimo, 12% publicaram a diferença salarial entre mulheres e homens; mas não sob a perspectiva racial e de gênero de seus funcionários e dos fornecedores (Fashion Revolution, 2021). Ademais, observa-se a retirada do tópico combate ao trabalho escravo contemporâneo, que constava no ITM de 2020, presente em 12% das empresas avaliadas (Fashion Revolution, 2020).

Apesar da existência de documentos internacionais e nacionais que promovem a proteção do trabalhador na cadeia de produção da moda, o que traz mais impacto é a adesão do consumidor. Buscar marcas e empresas que publiquem a transparência de toda sua cadeia produtiva, bem como apresentem medidas utilizadas para manter a igualdade gênero, salarial e racial, além das questões de sustentabilidade, deveria ser a atitude de todo cidadão na luta contra o trabalho escravo contemporâneo.

Há a necessidade, portanto, de compreender a vulnerabilidade das mulheres, transgêneros e imigrantes no trabalho escravo contemporâneo. Esse processo traz à tona o caráter sub-humano, acrescido de invisibilidade, sexismo, discriminação racial e social. Assim, para que exista uma reversão dessa situação, faz-se necessário a repressão e a punição dos infratores e a divulgação à sociedade, como também o acolhimento das vítimas, tanto na garantia de seus direitos humanos, quanto no acompanhamento da sua saúde física e mental.

O trabalho escravo contemporâneo apresenta um conceito que extrapola as definições legais e encontra-se em constante movimento (Sakamoto, 2020). A sutileza na prática desse fenômeno é tão marcante que é possível encontrar vítimas do crime, de forma direta ou indireta, que não se percebem nessa condição. Também é possível que pessoas tenham convivido com vítimas e não tenham identificado que estavam diante de um crime tão cruel. Infelizmente, a escravidão ainda permanece viva, muito embora imperceptível ao olhar humano, mas presente na vida de muitos brasileiros e imigrantes que vivem no país.

REFERÊNCIAS

- ABIT. Associação Brasileira da Indústria Têxtil e de Confecção (). *Indústria Têxtil e de Confecção Brasileira: Cenários, Desafios, Perspectivas e Demandas*. Brasília: ABIT, 2013. Disponível em: <http://abit-files.abit.org.br/site/publicacoes/cartilha.pdf>. Acesso em: 31 dez. 2023.
- AZEVEDO, J. S. *O trabalho escravo na concepção de direitos como integralidade: em defesa da aplicação imediata da regra do art. 243 da CR/88*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.
- BATISTA, L. Trabalhadoras domésticas na pandemia e a atuação da FENATRAD. [entrevista concedida a] Regina Stela Corrêa Vieira, Bruna Angotti. *FENATRAD*, Brasília, 15 abr. 2021.
- BENEVIDES, B. G. & NOGUEIRA, S. N. B. (orgs.). *Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020*. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2021.
- BIROLI, F. *Gênero e desigualdades: os limites da democracia no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2018.
- BRASIL. *Decreto-Lei n.º 2.848*, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 3 maio 2022.
- BRASIL. Lei n.º 5.859, de 11 de dezembro de 1972. Dispõe sobre a profissão de empregado doméstico e dá outras providências. *DOU*: Brasília, DF, 12 dez. 1972.
- BRASIL. *Lei n.º 10.608*, de 20 de dezembro de 2002. Altera a lei n.º 7.998 [...]. 2002a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10608.htm. Acesso em: 31 dez. 2023.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Portaria n.º 397*, de 9 de outubro de 2002. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações [...]. 2002b. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/legislacao.jsf>. Acesso em: 31 dez. 2023.
- BRASIL. Comissão Especial do Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana da Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Plano Nacional para Erradicação do Trabalho Escravo*. Brasília: OIT, 2003a.
- BRASIL. Decreto de 31 de julho de 2003. Cria a Comissão Nacional de Erradicação do Trabalho Escravo. *DOU*: Brasília, DF, Seção 1, p.7, 1.º ago. 2003b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=01/08/2003&jornal=1&pagina=7&totalArquivos=72>. Acesso em: 31 dez. 2023.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Portaria n.º 1.234*, de 17 de novembro de 2003. Cria o Cadastro de Empregadores que submetem trabalhadores

- a formas degradantes de trabalho ou os mantêm em condições análogas à de trabalho escravo. *DOU*: Brasília, DF, 20 nov. 2003c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.803, de 19 de novembro de 2013. Re-define e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *DOU* (n.º 225): Brasília, DF, 20 nov. 2013.
- BRASIL. Emenda Constitucional n.º 81, de 5 de junho de 2014. Dá nova redação ao art. 243 da Constituição Federal. *DOU*: Brasília, DF, 06 jun. 2014a.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Instrução Normativa n.º 110, de 06 de agosto de 2014. Dispõe sobre os procedimentos de fiscalização do cumprimento das normas relativas à proteção ao trabalho doméstico. *DOU*: Brasília, DF, 7 ago. 2014b.
- BRASIL. Lei Complementar n.º 150, de 1º de junho de 2015. Dispõe sobre o contrato de trabalho doméstico; [...]. *DOU*: Brasília, DF, 2 jun. 2015.
- BRASIL. Lei n.º 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), [...]. *DOU*: Brasília, DF, 14 jul. 2017.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. Portal da Inspeção do Trabalho. Radar SIT. *Painel de Informações e Estatísticas da Inspeção do Trabalho no Brasil*. Trabalho Escravo, 2021a. Disponível em: <https://sit.trabalho.gov.br/radar>. Acesso em: 31 dez. 2023.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. Instrução Normativa n.º 2, de 8 de novembro de 2021. Dispõe sobre os procedimentos a serem observados pela Auditoria-Fiscal do Trabalho nas situações elencadas. *DOU*: Brasília, DF, 12 nov. 2021b.
- CAMANA, Â. & GALLASSTEIGLEDER, D. *As escravas de Belo Monte: apontamentos sobre a cobertura da imprensa acerca do tráfico de pessoas na região de Altamira-PA*. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 - Desafios Atuais dos Feminismos, 2013, Florianópolis.
- CASALDÁLIGA, P. *Uma Igreja da Amazônia em conflito com o latifúndio e a marginalização social*. Carta Pastoral. São Félix do Araguaia (MT), 10 out. 1971.
- COMISSÃO PASTORAL DA TERRA (CPT). *The number of people rescued from slave labor in Brazil is, so far, the biggest since 2013*. National Board Communications Office, 2021.
- COMPARATO, F. K. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. 11.ª ed. São Paulo: Saraiva, 2017.
- FASHION REVOLUTION. *Índice de Transparência da Moda Brasil*. Edição 2021. Disponível em: [https://bibliotecas.sebrae.com.br/chronus/ARQUIVOS_CHRONUS/bds/bds.nsf/3ab636c5a179fc8d66856d19c46077dc/\\$File/30891.pdf](https://bibliotecas.sebrae.com.br/chronus/ARQUIVOS_CHRONUS/bds/bds.nsf/3ab636c5a179fc8d66856d19c46077dc/$File/30891.pdf). Acesso em: 31 dez. 2023.
- FASHION REVOLUTION. *Índice de Transparência da Moda Brasil*. Edição 2020. Disponível em: https://issuu.com/fashionrevolution/docs/fr_indexedetransparenciadamodabrasil_2020. Acesso em: 31 dez. 2023.

- GOMES, L. *Escravidão: Do primeiro leilão de cativos em Portugal até a morte de Zumbi dos Palmares*. 1.^a ed. Rio de Janeiro: Globo Livros, 2019, vol. 1.
- HADDAD, C. H. B.; MIRAGLIA, L. M. M. & SILVA, B. F. A da. *Trabalho Escravo na Balança da Justiça*. 1.^a ed. Belo Horizonte: Carlos H. B. Haddad, 2020.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2021*. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.
- IPEA. Instituto de Pesquisa Aplicada. *Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça – 1995 a 2015*. Trabalho doméstico remunerado, 2017. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_trabalho_domestico_remunerado.html. Acesso em: 31 dez. 2023.
- MARX, K. *O Capital. Crítica da Economia Política*. Livro 1. O processo de produção do capital. Trad. Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2018.
- MEIRINHO, A. G. S. et al. (orgs.). *Tráfico de pessoas: uma visão plural do tema*. Brasília: Ministério Público do Trabalho, Conaete, 2021. Disponível em: https://mpt.mp.br/pgt/publicacoes/livros/trafico-de-pessoas-uma-visao-plural-do-tema/@@display-file/arquivo_pdf. Acesso em: 31 dez. 2023.
- MELO, M. L. Primeira vítima do RJ era doméstica e pegou coronavírus da patroa no Leblon. *UOL*, Rio de Janeiro, 10 mar. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/19/primeira-vitima-do-rj-era-domestica-e-pegou-coronavirus-da-patroa.htm>. Acesso em: 31 dez. 2023.
- MIRAGLIA, L. M. M.; PEREIRA, M. R. & BRASILEIRO, A. C. M. (orgs.). *Trabalho escravo contemporâneo: Governança e Compliance*. Belo Horizonte: Conhecimento, Livraria e Distribuidora, 2019.
- MIRAGLIA, L. M. M.; SOUZA, A. A. de M. & CHAVES JÚNIOR, J. E. de R. (coord.). *Trabalho escravo contemporâneo “desafio e perspectivas”*. São Paulo: LTr, 2018.
- O POVO. Bolsonaro diz que Brasil “não pode ser paraíso do mundo gay”. *O POVO*, Fortaleza, abr. 25, 2019. Disponível em: <https://www.opovo.com.br/noticias/politica/2019/04/25/bolsonaro-diz-que-brasil--nao-pode-ser-paraíso-do-mundo-gay.html>. Acesso em: 31 dez. 2023.
- OEA. Organização dos Estados Americanos. *Convenção Americana sobre Direitos Humanos*, 1969.
- OIT. Organização Internacional do Trabalho. *Declaração da OIT sobre os princípios e direitos fundamentais no trabalho*, 1988.
- OIT. Organização Internacional do Trabalho. *Global estimates of modern slavery: Forced labour and forced marriage*. International Labour Office (ILO), Geneva, 2017.
- OIT. Organização Internacional do Trabalho. *Tornar o trabalho digno uma realidade para o trabalho doméstico: Progressos e perspectivas dez anos após a adoção da Convenção (n.º 189) sobre o Trabalho Doméstico em 2011*. Genebra: OIT, 2021.
- OIT. Organização Internacional do Trabalho & MPT. Ministério Público do

- Trabalho. *Observatório da Erradicação do Trabalho Escravo e do Tráfico de Pessoas*. Plataforma SmartLab, s.d.
- ONU. Organização das Nações Unidas. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, 1948.
- ONUBR. Organização das Nações Unidas no Brasil (). *Trabalho Escravo*. Brasília: DF, 2016.
- PALMA, N. et al. Slavery and Development in Nineteenth Century Brazil. *Capitalism: A Journal of History and Economics*, 2(2), pp. 372-426, 2021.
- PASQUA, G. D. *Escravidão calada por etiquetas: o trabalho escravo na indústria têxtil como forma de exploração da mulher*. *Revista Palavra Seca*, 1(2), pp. 34-47, 2021.
- PEREIRA, M. R. *A invisibilidade do trabalho doméstico e o afeto como fator de perpetuação*. São Paulo: Editora Dialética, 2021.
- PINHEIRO, L. S. et al. *Os desafios do passado no trabalho doméstico do século XXI: reflexões para o caso brasileiro a partir dos dados da PNAD contínua*. Brasília: Rio de Janeiro: IPEA, 2019.
- PINHEIRO, L.; TOKARSKI, C. P. & POSTHUMA, A. C. (orgs.). *Entre relações de cuidado e vivências de vulnerabilidade: dilemas e desafios para o trabalho doméstico e de cuidados remunerado no Brasil*. Brasília: IPEA; OIT, 2021.
- SAKAMOTO, L. (org.). *Escravidão Contemporânea*. São Paulo: Contexto, 2020.
- SAKAMOTO, L. Fiscalização resgata 31 travestis e mulheres trans do trabalho escravo para exploração sexual. *Repórter Brasil*, São Paulo: 21 mar. 2022. Disponível em: <https://reporterbrasil.org.br/2022/03/fiscalizacao-resgata-31-travestis-e-mulheres-trans-do-trabalho-escravo-para-exploracao-sexual>. Acesso em: 31 dez. 2023.
- SANTOS, B. de S.; GOMES, C. & DUARTE, M. Tráfico sexual de mulheres: Representações sobre ilegalidade e vitimização. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 87, pp. 69-94, 2009.
- SINAIT. Sindicato Nacional dos Auditores Fiscais do Trabalho (). *Trabalho escravo na indústria da moda em São Paulo*. Brasília: SINAIT, 2021.
- SUZUKI, N. C. (org.). Trabalho Escravo e Gênero: Quem são as trabalhadoras escravizadas no Brasil? *Repórter Brasil*. Equipe 'Escravo, nem pensar'. São Paulo, 2020.

Saúde mental da população LGBTI+: questão de direitos humanos

Jaqueline Gomes de Jesus

Discutir a saúde mental no Brasil ainda é um debate extremamente estigmatizado, rodeado de preconceitos e até falácias. Entretanto, o recorte dessa temática dentro da comunidade LGBTQIAP+ é ainda mais problematizado (UNICEF Brasil, 2023).

Historicamente, pesquisas sobre a saúde de pessoas LGBTI+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans, Travestis, Intersexo e outras pessoas discriminadas em função da sua orientação sexual, identidade de gênero, expressão de gênero e/ou conformação corporal) tenderam a se limitar a atividades sexuais, ignorando outras características como atração afetiva, raça, etnia, idade, classe social (Welles, 2007).

Conforme aponta Scott (1988; 1995), o conceito de gênero é relacional e político — independentemente das bases biológicas, como o sexo — e determina, entre os seres humanos, papéis que eles exercem na sociedade — o que de forma alguma se restringe à sexualidade. Gênero é “um construto psicossocial

significativo [...] que abrange desde crenças e ações individuais até o impacto de sistemas sociais” (Deaux & LaFrance, 1998, p. 788).

De forma geral, conforme apontado por Crenshaw (1989), ao apresentar o princípio da interseccionalidade, as políticas públicas têm falhado em reconhecer os impactos de diferentes eixos de subordinação, de maneira que, *e.g.*, ao tratar questões de classe isoladas de gênero, de raça e/ou sexualidade, ou pior, ao desconsiderar uma ou mais dessas dimensões, reiteram a marginalização de grupos minoritários e reforçam as “desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras” (Crenshaw, 2002, p. 177), gerando “opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento” (*idem*).

Outra questão, relativa à história da pesquisa em saúde LGBTI+, foi a limitação a cuidado e prevenção do HIV/aids, com ênfase em homens que fazem sexo com homens e mulheres trans e travestis, desconsiderando homens trans, pessoas não binárias, intersexo (outrora denominadas “hermafroditas”), mulheres que se atraem por mulheres e pessoas com atração bissexual.

Embora haja relatórios que demonstram a letalidade da violência LGBTfóbica no Brasil, pouco se sabe, com base em investigações rigorosas, sobre a saúde mental, e menos ainda acerca do desenvolvimento de tratamentos baseados em evidências. Há necessidade de compreender os diferentes fatores que prejudicam autoestima e bem-estar geral. Estudos realizados em países desenvolvidos demonstraram níveis drásticos de depressão, ansiedade e abuso de substâncias químicas, em comparação com a população geral (Blondeel, Say & Chou, 2016).

Desde 2017 desenvolvemos um estudo internacional em El Salvador, no Camboja, na Índia, no Quênia, no Vietnã e no Brasil, em parceria com a Universidade de Duke (Estados Unidos), o estudo SMILE – Mental Health of Sexual and Gender Minorities in Low- and Middle Income Countries.¹

Os resultados do estudo-piloto, concluído em 2019, indicaram que LGBTI+, independentemente da identidade de gênero ou orientação sexual, sofriam de uma saúde mental prejudicada, com sintomas mais agravados que os de veteranos de guerra (Malta et al., 2020; Gomes de Jesus et al., 2020). A pesquisa segue sendo realizada, agora abarcando 10.500 pessoas no Brasil, no Quênia e no Vietnã, amostragem que permitirá um nível de qualidade analítica e significância estatística nunca antes alcançado (figura 1).

¹ Página global da pesquisa: <https://smilestudy.org>. Acesso em: 11 nov. 2024.

Figura 1. Página da pesquisa SMILE Brasil



Fonte: <https://brasil.smilestudy.org>. Acesso em: 11 nov. 2024.

A discriminação na família, abusos sofridos na comunidade e a influência de políticas públicas inexistentes ou efetivamente discriminatórias, permeadas de homofobia e transfobia, prejudicam a saúde mental.

Ambientes não especializados em saúde mental (por exemplo, grupos sociais e de apoio, recursos humanos ou programas de assistência aos trabalhadores, ambientes educacionais etc.) podem contribuir e apoiar a seleção, a indicação, o diagnóstico e tratamento ou a prevenção de transtornos mentais e os comportamentos suicidas. Promover apoio social, eliminar microagressões e estimular a resiliência e o desenvolvimento de habilidades de planejamento e tomada de decisão são fatores protetivos em saúde mental.

Investir na aceitação e no cuidado nas relações pessoais, familiares e na comunidade, demonstrando que a LGBTfobia afeta negativamente a saúde mental de familiares e amigos é de extrema importância para diminuir o risco de pensamentos e comportamentos suicidas entre pessoas LGBTI+, especialmente as mais jovens, independentemente da orientação sexual ou identidade de gênero.

A cultura é um elemento central na formação humana, e, portanto, na saúde integral dos indivíduos (Kagawa, 2011). A prevalência da LGBTfobia em nossa sociedade impacta direta e indiretamente a saúde da população discriminada. Promover a saúde da população LGBTI+ é parte relevante de uma pauta de direitos humanos.

APAGAMENTO POLÍTICO DAS PAUTAS LGBTI+ E O REDUCIONISMO DO TEMA “SAÚDE”

Desde o final do século XX, há gerações que vêm construindo caminhos, na contramão de realidades que determinam o trabalho informal, marginalizado, particularmente o sexual, como única forma de sobreviver como pessoa trans. Esse momento é fruto complexo de legados, geralmente descontinuados, e ostensivamente silenciados, porém evidentemente potentes (Jesus, 2014).

Mesmo após a redemocratização nos anos 1990, as demandas relacionadas à realidade das pessoas LGBTI+, como compreendidas fora da hegemonia sexual e de gênero cisheteronormativa² (Saraiva, 2017), não se encontravam na esfera das políticas públicas brasileiras. O debate sobre gênero e sexualidade não cabia na perspectiva da participação ativa dessa população, tratada como um empecilho à eficácia democrática (Jesus et al., 2021).

Tal perspectiva decorre, para além de um resquício do longo período de ditadura civil-militar, de um pensamento social que estrutura o que Curriel (2013) denominou como “heteronação”, na qual somente as pessoas cisgêneras e heterossexuais seriam reconhecidas como cidadãs plenas.

Porém, as identidades LGBTI+ vinham sendo inexoravelmente politizadas, formando identidades políticas, entendidas por Ciampa (2002) como construções coletivas que disputam modos de existência na esfera pública, a fim de visibilizar as suas demandas no campo da cidadania, ante um quadro sociocultural de marginalização pautado por relações de subalternização e exclusão.

Essa politização acarretou em avanços, porém ainda há desafios notáveis, que impedem o acesso pleno de LGBTI+ a direitos humanos fundamentais (Ferreira et al., 2022). Enfrentando a epidemia do HIV/aids e vivendo a redemocratização do país, simultaneamente, a comunidade LGBTI+ estabeleceu um diálogo importante entre o seu movimento social e as organizações governamentais de saúde.

Entretanto, apesar dos avanços, o processo cultural de naturalização do entendimento de pessoas LGBTI+ como indivíduos portadoras de direitos humanos e civis tem enfrentado retrocessos em nível global.

Somente nos Estados Unidos da América, no momento da redação deste capítulo, de acordo com a American Civil Liberties Union (ACLU, 2024), 515 projetos visam impedir que essa população goze de direitos fundamentais, como

2 A cisheteronormatividade corresponde a um conjunto de crenças de superioridade sobre sexo, gênero e orientação sexual que fundamentam práticas cotidianas de invisibilização e estigmatização de pessoas LGBTI+, que eventualmente se expressa na forma de violência explícita (Simakawa, 2015; Gaspodini & Jesus, 2020).

reconhecimento legal e direito de ir e vir, e direitos civis, como acesso à saúde e à educação, sendo a maioria absoluta das proposições voltada ao prejuízo da população trans, com 462 projetos antitrans apresentados em 41 estados: 457 desses projetos antitrans estão correntemente ativos (ACLU/GLAAD/Human Rights Campaign/Lambda Legal, 2024), incluindo um do estado de Iowa que propõe a redefinição da palavra “igualdade” e determina que pessoas trans sejam identificadas como tais em suas certidões de nascimento:

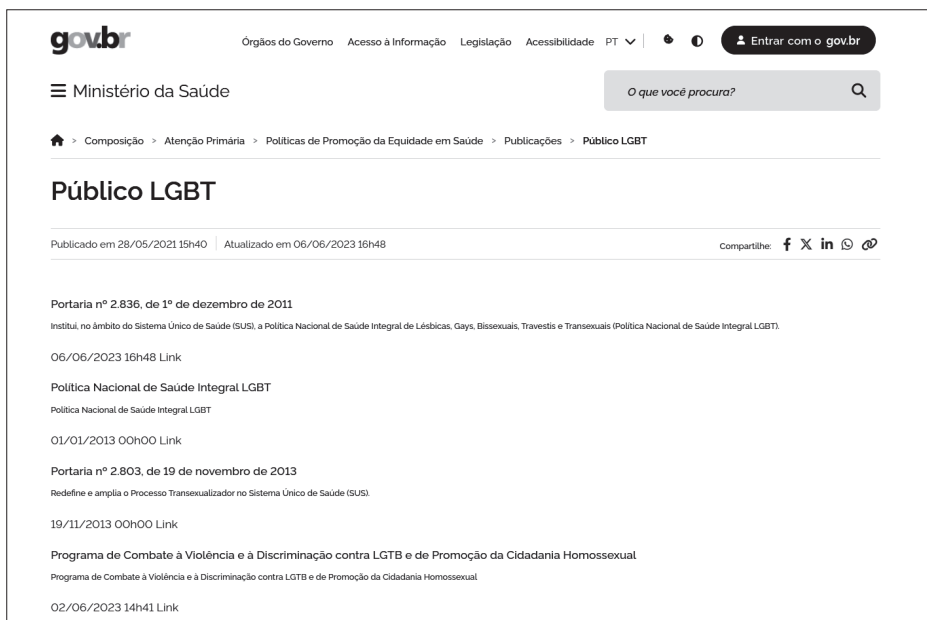
“O termo ‘igual’ não significa ‘o mesmo que’ ou ‘idêntico’ [...]. Se uma nova certidão de nascimento for estabelecida [...], os atestados deverão incluir uma designação do sexo da pessoa [se ‘macho’ ou ‘fêmea’ no momento do nascimento]”, livre tradução do Projeto de Lei 649, Estado de Iowa, Estados Unidos da América (Iowa Governor Bill, 2024, grifo meu).

Especificamente com relação ao tema da saúde, há em curso 106 projetos que propõem restrições ao acesso à saúde pelas pessoas LGBTI+, e 6 se tornaram leis: 2 no Tennessee e 1 em Idaho, Ohio, Utah e Wyoming.

Já no Brasil, o ano de 2023 foi marcado fortemente, como primeiro ano do terceiro governo Lula, com a retomada e o aprimoramento de iniciativas governamentais voltadas às questões dos direitos humanos (prejudicadas no governo anterior pela adesão a discursos fundamentalistas político-religiosos e ofensivas antigênero), em particular a criação da Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas LGBTQIA+ (Brasil, 2023; Foda, 2023).

Entretanto, o Ministério da Saúde não conta com um departamento voltado especificamente às demandas em saúde da população LGBTI+, tampouco com resoluções e normativas que aprofundem de maneira ampla o estabelecido pela Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) (Brasil, 2011). Vale comentar a organização de grupos de trabalho para a redefinição e a ampliação do chamado Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo uma em 2013 (Brasil, 2013) e a última em 2023 (ainda não promulgada). Falta uma gestão que reconheça e busque atender de maneira mais holística, e menos fracionada e pontual, ao ecossistema de particularidades da saúde LGBTI+. A página do Ministério na internet, no que tange à saúde LGBTI+, reflete certa aridez nas discussões institucionais sobre o tema (figura 2).

Figura 2. Página “Público LGBT” do Ministério da Saúde



Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/publico-lgbt>. Acesso em: 11 nov. 2024.

SAÚDE MENTAL LGBTI+ COMO PAUTA SOCIAL E CIENTÍFICA

O tema da saúde mental é cada vez mais valorizado pela população em geral, principalmente entre as novas gerações, e progressivamente reconhecido como de necessário investimento em termos de políticas públicas.

Entretanto, quando se remete a pessoas LGBTI+, há silenciamento, ou mesmo redução das suas demandas à saúde sexual, tendendo até mesmo a se limitar ao cuidado e à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, em especial o HIV/aids, com ênfase em homens que fazem sexo com homens e mulheres trans e travestis, desconsiderando homens trans, pessoas não binárias, intersexo, mulheres que se atraem por mulheres e pessoas com atração bissexual.

De acordo com dados parciais da pesquisa SMILE Brasil, coletados até junho de 2023 (n=1948, correspondente a 55,7% da meta de 3.500 respondentes), tem-se constatado o quanto experiências negativas têm marcado a saúde mental LGBTI+ brasileira, particularmente entre mulheres bissexuais ou pansexuais, dentre as quais 60,60% delas consideravam a própria comunidade em que viviam como insegura ou extremamente insegura para minorias sexuais e de

gênero, seguidas das mulheres lésbicas (52,80%), pessoas não binárias (52,10%), homens trans e pessoas transmasculinas (49,70%), homens bissexuais ou pansexuais (46,60%), homens gays (46,10%) e mulheres trans (33%). Correlacionando com a percepção de falta de apoio social, tem-se observado que frequentemente sentem-se isoladas das demais pessoas: pessoas não-binárias (45%), homens trans e pessoas transmasculinas (43%), homens bissexuais e pansexuais (31%), homens gays (29%), mulheres trans e travestis (28%) e mulheres bissexuais e pansexuais (27%).

Associando-se a outros dados preliminares da pesquisa, pode-se apontar para várias dúvidas e necessidades de investigação, baseadas naqueles dados, entre as quais me focarei apenas em duas, por questões de síntese: como a bifobia prejudica a saúde mental bissexual e pansexual, especialmente entre os homens? Até que ponto questões de masculinidade se interseccionam com identidade de gênero, e o quanto estas dimensões, em uma conjuntura transfóbica, multiplicam os danos causados a homens trans e pessoas transmasculinas?

A falta de dados baseados em evidências, associada com uma tendência à invisibilização das pessoas LGBTI+ em decorrência do preconceito, tornam-se um problema, no que tange à informação para as políticas públicas, em uma perspectiva da eficácia, e também prejudicam o delineamento de intervenções para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida dessa população. Fazem-se necessárias mudanças na formação dos profissionais de saúde e das próprias políticas de saúde pública, para que a diversidade sexual e de gênero de determinados grupos sociais passem a contribuir de forma estrutural para mudanças na própria política pública, e em decorrência dessas mudanças, que a saúde mental coletiva também tenha melhorias.

As crianças e os adolescentes LGBTI+ demandam atenção emergencial, dado que, por exemplo, estima-se que 52% já executaram automutilação, enquanto a mesma prática entre adolescentes cisgêneros (que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído quando nasceram) e heterossexuais é de 35% (Youth Chances, 2016).

Quando nos focamos no problema do suicídio, encontramos um cenário devastador: 44% das pessoas LGBTI+ pensaram em suicídio (Youth Chances, 2016), 92% dos jovens trans já tiveram pensamentos suicidas; 16% dos homens bissexuais, de 36% a 38% das pessoas não binárias, 42% das mulheres trans e travestis e 46% dos homens trans e pessoas transmasculinas já tentaram suicídio. As tentativas de suicídio na população mundial são de 1,2% (Paul et al., 2002; Haas et al., 2010; Haas, Rodgers & Herman, 2014; Liu et al., 2019).

Investigações rigorosas sobre a saúde mental LGBTI+ têm buscado fundamentar cientificamente o desenvolvimento de tratamentos baseados em evidências e a promoção de políticas públicas orientadas por dados, capazes de

umentar a autoestima e prevenir ideação suicida e altos níveis de estresse que resultam em graus drásticos de adoecimento psicossocial.

Observa-se, no que tange ao Brasil, destacando aqui os grupos mais afetados dentro da semiologia médica investigada, que 54% das mulheres atraídas por mulheres apresentavam sintomas de depressão e sintomas relacionados ao transtorno de estresse pós-traumático; metade dos homens trans tinham baixa autoestima (Malta et al., 2020).

É imprescindível diminuir a discriminação contra LGBTI+ no ambiente familiar e na comunidade, trabalhando para o fortalecimento dos laços, da aceitação e do cuidado nas relações pessoais, demonstrando que a LGBTfobia afeta negativamente a saúde mental de seus parentes, amigos, vizinhos, estudantes, colegas de trabalho, especialmente os mais jovens.

Ambientes não especializados em saúde mental, a exemplo de organizações não governamentais, grupos de apoio, ambientes educacionais ou de trabalho, entre outros, podem contribuir para seleção, indicação, diagnóstico e tratamento ou prevenção de transtornos mentais e comportamentos de risco.

Promover apoio social, eliminar microagressões, estimular resiliência, promoção de habilidades de planejamento e tomada de decisão são fatores protetivos em saúde mental. Tenho defendido a relevância da constituição de uma rede de conselheiros e lideranças comunitárias treinados para oferecer primeiros socorros em saúde mental, a fim de que, reconhecendo fatores de risco, consigam aplicar estratégias para ajudar as pessoas em sofrimento e com necessidades imediatas e saber como encaminhá-las a profissionais de saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os territórios ocupados por LGBTI+ brasileiros e a sua cultura não podem ser desconectados de uma concepção integral de saúde, superando concepções biologicistas e o senso comum que lhes nega o caráter histórico (Jesus, 2022).

Ao não garantir o acesso da população LGBTI+ à saúde, ao passo em que reconhece a realidade vivenciada por essa população, mas permanece inerte, o Estado brasileiro condena esses sujeitos “à marginalidade e desrespeita a dignidade da pessoa humana, um dos preceitos mais basilares de um Estado democrático de direito” (Pedra, 2020, p. 108). Isso é um ataque sistemático ao princípio dos direitos humanos.

Quanto mais os segmentos do complexo conjunto político-histórico formado por LGBTI+ percebem que as suas contribuições à sociedade não são correspondidas, maior a sua tendência a reavaliar a forma como se reconhecem e são reconhecidos, tensionando o conceito de cidadania no campo do debate

acerca do gozo dos direitos civis e da efetiva participação e representatividade política (Jesus, 2015), incorrendo em uma demanda crescente por atendimento em todos aspectos da vida em sociedade, até mesmo no campo da saúde mental.

Concluindo, considerar a pauta dos direitos humanos, sem pontuar as questões de saúde mental da população LGBTI+, decorre tanto de um pensamento simplista acerca da constituição dos direitos fundamentais quanto de uma perspectiva reducionista da amplitude desse campo, no qual as intersecções entre gênero, sexualidade e outras dimensões, como cor/raça/etnia incorrem em uma cultura LGBTfóbica, não apenas em uma soma de obstáculos para o avanço dos sujeitos subalternizados, mas, sobretudo, em uma conjuntura de adoecimento sistemático de tal coletividade, o que exige atitude para além do mero nominalismo (ou do quase-fetice por siglas e acrônimos que falaciosamente atendam à necessidade de reiterar a importância citada de tais pessoas, o que se torna, por um lado, uma estratégia de defesa ante à dificuldade de um engajamento mais profundo por pessoas aliadas): demanda ações afirmativas e gestão especializada no que tange às políticas sociais em saúde.

REFERÊNCIAS

- ACLU. *Mapping attacks on LGBTQ rights in U.S. state legislatures in 2024* [on-line], 2024. <https://www.aclu.org/legislative-attacks-on-lgbtq-rights-2024>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- ACLU/GLAAD/Human Rights Campaign/Lambda Legal. *Anti-trans bill tracker* [on-line], 2024. <https://translegislation.com>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- BLONDEEL, K.; SAY, L. & CHOU, D. et al. Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and gender minorities: A review of systematic reviews. *Int J Equity Health*, vol. 15, n.º 16, 2016. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0304-1>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- BRASIL. *Portaria n.º 2.836*, de 1.º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).
- BRASIL. *Portaria n.º 2.803*, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).
- BRASIL. *Principais entregas* [on-line]. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, 2023. https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/mdhc-publica-relatorio-com-as-principais-entregas-da-gestao-em-2023/v2_Relatorio_MDHC_2023_livro1.pdf. Acesso em: 11 nov. 2024.
- CIAMPA, A. C. Políticas de identidade e identidades políticas. In: DUNKER, C. I.

- L. & PASSOS, M. C. (orgs.). *Uma psicologia que se interroga: Ensaios*. São Paulo: Edicon, pp. 133-44, 2002.
- CRENSHAW, K. Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*. iss. 1, art. 8, 1989. <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclfvol1989/iss1/8>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas*, ano 10, vol. 1, 2002. <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- CURIEL, O. *La nación heterossexual: Análisis del discurso jurídico y en el régimen heterossexual desde la antropología de la dominación*. Bogotá, Brecha Lésbica/ En la Frontera, 2013.
- DEAUX, K. & LAFRANCE, M. Gender. In: GILBERT, D. T.; FISKE, S. T. & LINDZEY, G. (orgs.). *The handbook of social psychology*. Nova York: McGraw-Hill, 1998, pp. 788-827.
- FERREIRA, A. P.; NICHELE, C. da S. T.; JESUS, J. G. de; VIANNA, M. B.; CARDOSO, G. C. P.; SALLES, I. C. di M.; SANTOS, J. B. dos; SILVA, A. B.; GIRIANELLI, V. R. & COTRIM JUNIOR, D. F. . Evidências científicas sobre o acesso aos serviços de saúde pela população LGBTQI+: Revisão de escopo. *Research, Society And Development*, vol. 11, p. e229111032519, 2022.
- FODA. Bruna Irineu: “Não há no mundo uma produção tão diversa e competente sobre as questões LGBTQIAP+ como temos no Brasil” [on-line]. 29 ago. 2023. <https://midianinja.org/news/bruna-irineu-nao-ha-no-mundo-uma-producao-tao-diversa-e-competente-sobre-as-questoes-lgbtqiap-como-temos-no-brasil>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- GASPODINI, I. B. & JESUS, J. G. Heterocentrismo e ciscentrismo: crenças de superioridade sobre orientação sexual, sexo e gênero. *Revista Universo Psi*, vol. 2, n.º 1, pp. 33-51, jul. 2020. <http://seer.faccat.br/index.php/psi/article/view/1771>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- GOMES de JESUS, J.; BELDEN, C. M.; HUYNH, H. V.; MALTA, M.; LEGRAND, S.; KAZA, V. G. K. & WHETTEN, K. Mental health and challenges of transgender women: A qualitative study in Brazil and India. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), pp. 418-30, jun. 2020. DOI: 10.1080/26895269.2020.1761923. PMID: 34993520; PMCID: PMC8726648.
- HAAS, A. P.; ELIASON, M.; MAYS, V. M.; MATHY, R. M.; COCHRAN, S. D.; D’AUGELLI, A. R. & CLAYTON, P. J. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, vol. 58, n.º 1, pp. 10-51, 2010. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- HAAS, A. P.; RODGERS, P. L. & HERMAN, J. L. *Suicide attempts among trans-*

- gender and gender non-conforming adults: findings of the national transgender discrimination survey [on-line]*. Nova York: American Foundation for Suicide Prevention/Los Angeles: The Williams Institute, UCLA School of Law, 2014. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Trans-GNC-Suicide-Attempts-Jan-2014.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- IOWA GOVERNOR BILL. *House Study Bill 649 [on-line]*. Iowa, USA: The Iowa Legislature, 2024. <https://www.legis.iowa.gov/legislation/BillBook?ba=HS-B649&ga=90>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- JESUS, J. G. *Transfeminismo: Teorias e Práticas*. Rio de Janeiro: Metanoia, 2014.
- JESUS, J. G. Cidadania LGBTTTI e políticas públicas: identificando processos grupais e institucionais de desumanização. In: BENTO, B. & FÉLIX-SILVA, A. V. (orgs.). *Desfazendo gênero: subjetividade, cidadania, transfeminismo*. Natal: EDU-FRN, pp. 341-58, 2015.
- JESUS, J. G. Dos julgamentos da inquisição aos das urnas: A resistência LGBTI+ negra brasileira. In: SANTOS, H. (org.), *A resistência negra ao projeto de exclusão racial: Brasil, 200 anos (1822-2022)*. São Paulo: Jandaíra, pp. 203-15, 2022.
- JESUS, J. G.; BUENO, J. P.; CARNEIRO, F. O. & COUTINHO NETO, N. S. Participação política da população LGBTI+ e processo eleitoral. *Estudos Eleitorais*, vol. 15, n.º 2, pp. 299-326, jul.-dez. 2021.
- KAGAWA, S. M. Impacto da cultura nos resultados de saúde. *J Pediatr Hematol Oncol.*, 33 Suppl 2, pp. S90-5, out. 2011. DOI: 10.1097/MPH.0b013e318230da-db.21952580.
- LIU, R. T.; SHEEHAN, A. E.; WALSH, R. F. L.; SANZARI, C. M.; CHEEK, S. M. & HERNANDEZ, E. M. Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.*, 74, p. 101783, dec. 2019. DOI: 10.1016/j.cpr.2019.101783. Epub, 9 nov. 2019. PMID: 31734440; PMCID: PMC6896220.
- MALTA, M.; JESUS, J. G. de; LEGRAND, S.; SEICHAS, M.; BENEVIDES, B.; SILVA, M. D.; LANA, J. S.; HUYNH H. V.; BELDEN, C. M. & WHETTEN, K. “Our life is pointless...”: Exploring discrimination, violence and mental health challenges among sexual and gender minorities from Brazil. *Global Public Health*, vol. 15, n.º 10, pp. 1.463-78, may, 2020. DOI: 10.1080/17441692.2020.1767676. PMID: 32436430.
- PAUL, J. P.; CATANIA, J.; POLLACK, L.; MOSKOWITZ, J.; CANCHOLA, J., MILLS, T.; BINSON, D. & STALL, R. Suicide attempts among gay and bisexual men: lifetime prevalence and antecedents. *Am. J. Public Health.*, 92(8), pp. 1.338-45, aug. 2002. DOI: 10.2105/ajph.92.8.1338. PMID: 12144994; PMCID: PMC1447240.
- PEDRA, C. B. *Direitos LGBT: a lgbtfobia estrutural e a diversidade sexual e de gênero no direito brasileiro*. Curitiba: Appris, 2020.

- SARAIVA, M. S. *Estado, democracia, políticas públicas e direitos LGBT*. Rio de Janeiro: Metanoia, 2017.
- SCOTT, J. W. *Gender and the politics of history*. Nova York: Columbia University Press, 1988.
- SCOTT, J. W. Gênero, uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, vol. 20, n.º 2, pp. 71-99, 1995. <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- SIMAKAWA, V. V. *Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: Uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade*. Mestrado. Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade. Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, Salvador 2015. <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/19685>. Consultado em: 12 jul. 2021.
- UNICEF Brasil. *LGBTQIAP+ e saúde mental: Acolhendo e lutando contra estigmas e preconceitos [on-line]*. 23 jun. 2023. <https://www.unicef.org/brazil/blog/lgbtqiap-p-mais-e-saude-mental>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- WELLES, S. L. Why LGBT health research, why now. *Journal of LGBT Health Research*, vol. 3, n.º 1, pp. 1-5, 2007. https://doi.org/10.1300/J463v03n01_01. Acesso em: 11 nov. 2024.
- YOUTH CHANCES. *Integrated report [on-line]*, 2016. <https://metrocharity.org.uk/sites/default/files/2017-04/National%20Youth%20Chances%20Intergrated%20Report%202016.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2024.

Por uma perspectiva crítica sobre informação, saúde digital e direitos humanos na saúde global

Angélica Baptista Silva

Os teóricos da ciência cognitiva moldaram situações da atualidade como a introdução de corpos ciborgues no cotidiano e a ameaça à privacidade individual promovida pela ubiquidade computacional.

O objetivo deste capítulo é refletir sobre a teoria da informação e do conhecimento e seu impacto na Reforma Sanitária Brasileira. A partir dessas questões, buscaremos analisar o panorama do uso dos sistemas de informação em saúde, da inteligência artificial (IA) na saúde e apontar algumas implicações éticas e morais no mundo do trabalho.

Este ensaio tem a pretensão comparar elementos teóricos com casos exemplares no contexto brasileiro e de países em desenvolvimento. Como linha estruturante, apresentar-se-á o percurso da telemedicina à saúde digital com o olhar dos direitos humanos e da saúde coletiva.

Por fim, há a sugestão de uma visão de futuro alinhada à bioética, citando a IA e as transformações no trabalho a fim de explicitar possíveis conexões entre o direito humano à saúde e o uso intensivo das tecnologias digitais da informação e comunicação no campo de práticas e saberes da saúde.

TEORIA DA INFORMAÇÃO, REFORMA SANITÁRIA E DIREITOS HUMANOS

Mas, afinal, o que é informação na sociedade onde a inteligência é artificial? Como dizia Peirce, a definição de um conceito abrange seu uso passado e futuro. Esse é o ponto de partida de nossa conversa em que ousamos pensar a teoria da informação e do conhecimento e a Reforma Sanitária em uma mesma narrativa discursiva.

Modelos teóricos são simplificações muitas vezes com uma aparência visual, mas que facilitam o entendimento das teorias. A teoria matemática da informação agrega um movimento evolucionista do dado para a informação, dessa para o conhecimento e do conhecimento para a inteligência, em que há um observador que processa uma questão externa (Pombo da Paz & Maurício Rosário 2018). Esse *corpus* teórico do dado à inteligência contribuiu para a base epistemológica da estatística e da evidência científica. No campo biomédico, a saúde baseada em evidências está em constante batalha com a financeirização da vida nas comunidades discursivas.

Nesse sentido, os pensadores sanitaristas que em numa perspectiva multidisciplinar começaram a ver a conexão entre os direitos humanos e a saúde resguardam a Medicina Baseada em Evidências (MBE) como um *front* da ciência contra o capital em seu discurso (Faria, Oliveira-Lima & Almeida-Filho, 2021). No entanto, o mercado reinterpreto a MBE com a criação da expressão medicina baseada em valor (Vianna Sobrinho, 2020) em uma comparação que subverte a ideia original da MBE, da saúde e da política pública baseada em evidências.

Um avanço na concepção de saúde baseada em evidências foi o conceito de epidemiologia translacional cunhado por Khoury, Gwinn & Ioannidis (2010a) cujo centro é a síntese do conhecimento baseado em evidências. Cabe dizer que a pesquisa translacional em saúde (Schmittiel, Grumbach & Selby, 2010) é um modo de fazer pesquisa que surge como uma resposta para diminuir a distância entre a produção de inovação e seu uso efetivo na intervenção na população. Ela pressupõe um caminho da pesquisa básica à aplicação prática (Khoury, Gwinn & Ioannidis, 2010b), criando um ecossistema de informação e conhecimento (Severo et al., 2014) ao trafegar por redes colaborativas de diversos atores.

De acordo com o Institute of Medicine's Clinical Research, há duas etapas para a pesquisa translacional: a transferência de novos entendimentos dos mecanismos da doença descobertos em laboratório para o desenvolvimento de novos métodos de diagnose, terapia e prevenção, compreendendo também as atividades relativas ao primeiro teste em humanos, e a segunda etapa que é a translação

dos resultados dos estudos clínicos na prática cotidiana da clínica e da decisão em saúde (Sung et al., 2003).

Silva (2013), estudando a origem da telessaúde no Sistema Único de Saúde brasileiro, delimitou-a no intercampo entre a epidemiologia e a teoria da informação como toda atividade em rede mediada por computação que promove a tradução do conhecimento da pesquisa para os serviços de saúde. Telessaúde tem sido colocada em prática pelos sistemas de saúde nacionais e conceituada pela literatura como um escopo mais abrangente de ações do que a telemedicina, sendo aquela relacionada diretamente à miríade de práticas da saúde pública (Bashshur et al., 2011).

Assim, o conceito de telessaúde se desvia da diversidade de significados. Ele não é somente tecnológico, componente da gestão de serviços de saúde ou um campo de investigação. Telessaúde tem uma dimensão cibercultural no campo dos direitos humanos: a de delimitar como se organizam as tecnologias da informação e da comunicação (TIC) para dar suporte a um sistema de saúde integrado à inovação técnico-científica, que salve e melhore a vida das pessoas, livre de estigmas e discriminações. É é nessa visão que abordamos as temáticas telemedicina, telessaúde e saúde digital como ações em saúde, envolvendo TIC.

Uma boa estratégia para demarcar os períodos da telessaúde é analisar a introdução e a popularização de grandes inovações em TIC: o telefone e o rádio no fim do século XIX; a televisão que começa a operar em 1925; a transmissão por satélite em 1957; os PCs (computadores pessoais com microchips) nos anos 1970; a internet, uma década depois, 1980; a telefonia móvel em 1990 e o CHAT-GPT versão 3, IA de processamento de linguagem natural lançada em junho de 2020.

Todos esses produtos do conhecimento em eletrônica, telecomunicações e informática são meios de telessaúde e certamente influenciaram no conteúdo da assistência remota à saúde, relembrando a máxima de McLuhan (1974) em que o meio é a mensagem. Isso certamente explica a profusão de termos como saúde móvel, ciber saúde e saúde ubíqua, que denotam parte dos serviços e das aplicações de saúde destinadas a encurtar distâncias geográficas e temporais.

O termo saúde digital foi adotado em 2019 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para designar o que desde o começo do século vem sendo nomeado pela mesma instituição de *e-health*, que teria seu equivalente vernacular como e-saúde ou saúde eletrônica. A instituição aprovou resolução que conceitua saúde digital como atividade direcionada ao alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável nos países-membros, partindo da assumpção de que essa pode apoiar os sistemas de saúde nacionais na promoção da saúde e prevenção de doenças e na melhoria da acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde (WHO, 2018).

Cabe ressaltar que a Agenda 2030 é uma agenda global da Organização das Nações Unidas (ONU), que reúne 17 Objetivos de Desenvolvimento

Sustentável a serem alcançados até 2030. Dentre esses objetivos, há o de número 3 relacionado à saúde. Seu enunciado é “garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. E o amplo conceito de saúde digital congrega na saúde aspectos de governança, recursos humanos, infra e infoestrutura. As mudanças intituladas por saúde digital apresentam ferramental tecnológico de melhorar a gestão do conhecimento epidemiológico. Destaca-se ainda que a saúde digital tem entre suas potencialidades a ampliação espacial do acesso à saúde, contribuindo para a geração de territórios saudáveis, assim como os princípios da universalidade, equidade e integralidade dos serviços de saúde, esses três, basilares do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Assim, paulatinamente, a OMS vem executando a embaraçosa tarefa de substituir o termo e-saúde por este significado de saúde digital em seus documentos oficiais, até mesmo no Observatório Global de Saúde Eletrônica (GOe-WHO), que tem o termo no título.

Há uma inflexão importante na literatura sobre a expressão saúde digital: a que ela surgiria da interferência da computação de alto impacto na medicina com o advento do mapeamento das micropartículas das pessoas proporcionado pelo *Projeto Genoma Humano*. Após duas décadas deste conturbado milênio, testemunha-se que o *modus operandi* da política de saúde, da investigação epidemiológica e do cuidado centrado no indivíduo ganha outros ares.

Porém, caro leitor, não se engane. Por trás da Medicina Personalizada, da Epidemiologia Genética, da política radical do Cuidado Centrado no Paciente e da IA materializada nos *chatbots*, ainda continuamos no risco de cair na febre biologista, na eugenia e na reafirmação das desigualdades e consequentes violações dos direitos humanos disfarçadas em soluções tecnológicas.

PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO E TELESSAÚDE

Há particularidades nos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento, que influenciam diretamente no desenho dos serviços e das aplicações de telessaúde em seus respectivos territórios. O complexo econômico da saúde e a agenda de políticas necessita priorizar a indústria da telessaúde — componentes eletroeletrônicos, infraestrutura e capilarização da conexão de redes de dados como estratégias assim como o faz com os medicamentos e os diversos insumos necessários para a assistência médica.

Tal movimento nem sempre ocorre em virtude do subfinanciamento da saúde pública ou da implantação parcial do Estado de bem-estar social nessas nações. E dependendo da extensão territorial, dos biomas, podem coexistir mui-

tos cenários diversos. As áreas de baixa densidade demográfica que, por sua natureza, deveriam ser priorizadas para a instalação de serviços de telessaúde, são precárias em investimentos de telecomunicações.

Por exemplo, estudos empreendidos pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sobre a implantação da telessaúde na América Latina e Caribe (Latin American and Caribbean Countries [LACC]) revelaram pelos indicadores da União Internacional de Telecomunicações (UIT) que os preços para implantação de TIC são muito mais altos na região comparados aos dos países desenvolvidos (Santos et al., 2014).

Cabe observar a situação brasileira e a de um país pequeno dos LACC e em desenvolvimento, a Costa Rica, com 51.100 km² de extensão territorial para compreender melhor essas disparidades. Os dois países são notórios exportadores de *commodities* e desfrutam de posição periférica na economia mundial com a diferença brutal de população e território.

A metodologia, a lente para analisar esta visão do problema, é a utilizada pela UIT, nomeada de cesta de serviços de TIC. Essa lente, a mesma da pesquisa da UFMG, compara os preços dos serviços de banda larga fixa, de telefonia móvel pré-paga e pós-paga e seu impacto no Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* dos países.

Tabela 1. Cesta de serviços de TIC, 2017

Países/Preços	Brasil	Costa Rica	Desenvolvidos *	Em desenvolvimento *
Serviços de banda larga fixa				
% de PIB <i>per capita</i>	2.41	1.88	1.4	42.70
Valor em Dólar	17.20	17.27	27.10	23.20
Dólar PPC**	25.02	26.26	31.70	42.70
Serviços de telefonia móvel				
% de PIB <i>per capita</i>	1.58	0.45	1.00	4.50
Valor em Dólar	11.28	4.11	15.80	11.10
Dólar PPC	16.40	6.26	20.10	20.70
Serviço de telefonia móvel com banda larga pré-pago com pacote de 500 Mb				
% de PIB <i>per capita</i>	1.40	0.84	0.60	4.80
Valor em Dólar	10.01	7.75	11.50	8.40
Dólar PPC	14.57	11.78	13.50	16.70

Países/Preços	Brasil	Costa Rica	Desenvolvidos *	Em desenvolvimento *
Serviço de telefonia móvel com banda larga pós-paga com pacote de 1 Giga				
% de PIB <i>per capita</i>	4.82	0.48	0.80	6.30
Valor em Dólar	34.46	4.41	15.40	13.20
Dólar PPC	50.14	6.70	17.30	25.00

* Média de valores dos países classificados de acordo com o Banco Mundial.

** Paridade do Poder de Compra (PPC) é um parâmetro que corrige o cálculo do PIB, aproximando o seu valor da real capacidade econômica de um país.

Fonte: União Internacional de Telecomunicações (UIT), Statistics, Measuring International Society, 2017 [on-line], <https://www.itu.int/net4/ITU-D/ipb/#ipbrank-tab> [Data de consulta: 22 abr. 2020].

Ao observar os valores da cesta de serviços de TIC na Costa Rica pelo dólar pareado, a não ser pelos serviços de banda larga fixa, todos os valores dos serviços são inferiores aos do Brasil. Em ambos os países, os preços dos serviços de TIC são menores do que a média dos países em desenvolvimento, com exceção do serviço de dados para celulares pós-pagos brasileiro.

Certamente, a amplitude territorial e os diferentes biomas do país têm uma influência decisiva no custo da infraestrutura necessária para as ações de interiorização da telessaúde, cuja missão também contempla levar o cuidado aos rincões do Brasil.

A infraestrutura deficiente provoca uma exclusão digital e um descompasso entre políticas de governo eletrônico que, em vez de garantir a cidadania, excluem populações inteiras.

Portanto a telessaúde vai trazer esta dimensão do letramento *versus* exclusão digital à discussão dos determinantes sociais da saúde (DSS). De acordo com definição da OMS, os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego também devem ser considerados. E aí se indaga: será que é possível fazer a discussão dos determinantes do que seria o Normal e o Patológico de maneira intersetorial?

Ao se aventurar por essa abordagem, é possível observar a telessaúde não como uma simples escolha técnica, mas uma forma de promover a saúde com o uso das TIC. Vamos passar brevemente por ideias de alguns autores agora. Serão citados alguns pensadores e filósofos, sem a filosofia, a ciência não caminharia.

VIOLÊNCIA ESTRUTURAL, RACISMO AMBIENTAL, GÊNERO E TELESSAÚDE

A violência estrutural, indireta ou dos *vaixás* é aquela diretamente relacionada à fome, segundo o cunhador do conceito, o matemático e sociólogo Johan Galtung (2005). Outro nome da violência estrutural, segundo o autor, é o liberalismo de mercado que segue à risca as perspectivas economicistas. Forte crítico do ex-presidente norte-americano Donald Trump e mediador de mais de 45 conflitos de guerra, esse pensador norueguês diz que:

Com a terra, a água e as sementes [...] transacionadas no mercado, a agricultura para consumo direto torna-se difícil; e com as privatizações, fica seriamente reduzida a capacidade do Estado para gerir um sistema de ensino e um serviço de saúde básicos. Não haverá nisso qualquer problema para quem puder pagar a comida e a saúde; outros, porém, morrerão de fome e de doenças evitáveis (p. 67).

A violência indireta, sob essa perspectiva, também é uma guerra. Uma das indagações que precisam ser feitas no desenho de um modelo de telessaúde é como esse serviço pode promover uma cultura de paz no território, contribuindo para minimizar a fome e as iniquidades. Nesse sentido, um serviço que fortaleça a decisão do médico generalista em regiões remotas o conectando a especialistas e aperfeiçoando o diagnóstico dos problemas de saúde é muito importante. Em uma abordagem intersetorial, um serviço de tele-educação em uma unidade de Atenção Primária que fortaleça a segurança alimentar e nutricional com estreita conexão com os princípios da agroecologia local também é relevante. Ainda, em uma perspectiva interseccional para instrumentalizar os DSS aliados à telessaúde na promoção da saúde das populações, outro conceito importante a ser considerado, para além das escalas de avaliações econômicas de saúde na construção dos serviços, é o racismo ambiental. Conceito que nasce praticamente vinculado ao de Justiça Ambiental nos Estados Unidos, diz respeito a como os grandes empreendimentos expulsam os povos originários, desorganizam suas culturas nos territórios os induzindo a conviver com a degradação de seus ambientes de vida, um cotidiano de envenenamento e expulsando-os para as comunidades empobrecidas das periferias dos grandes centros urbanos.

A qualidade de vida de uma comunidade e o ambiente saudável deve ser uma das forças motrizes do desenho de um serviço de telessaúde aliado ao campo da saúde coletiva. O monitoramento de doenças crônicas por dispositivos

vestíveis e a interiorização da telecardiologia, como acontece em partes do território brasileiro, podem contribuir para a diminuição desse êxodo, que é uma verdadeira violação de direitos humanos de populações inteiras.

Outro ponto relevante a ser ressaltado, é a questão de gênero e sexualidade, preterida nas discussões sobre TIC na saúde. Os estudos de gênero e as estatísticas mundiais são profícuas em determinar o fosso abissal entre o feminino e o masculino no mercado de trabalho. A dimensão simbólica e como o ser humano interpreta seu corpo se relaciona diretamente com a discussão sanitária da promoção da saúde.

O postulado da filósofa Judith Butler de que gênero é uma construção cultural e temporal, sendo o que ela denomina ato performativo, é muito revelador das instâncias de biopoder trabalhadas por Michael Foucault, observando o nascimento da clínica. Ela se vale de um termo teatral para demonstrar o gênero como uma construção dependente do contexto. Portanto, todos estão performando gêneros em situações diversas.

Nesse ponto, as reivindicações do movimento LGBTQI+, a teoria *queer* e pensadores como Paul Preciado têm colaborado em como olhar a tecnologia em prol da humanidade e do autoconhecimento. Autores tecnóforos e o imaginário colocam sempre o mundo das máquinas contra o mundo dos humanos. Os estudos de gênero nos mostram que por trás de um algoritmo de predição e de diagnóstico há um ser humano, discursando sobre essa situação. Não há tecnologia neutra e por si só. Portanto, volta-se à ênfase do *design* da aplicação de telessaúde. Sejam quais forem as tecnologias integradas e envolvidas é preciso sempre indagar a quem elas servem.

O envelhecimento da população, a profusão de doenças crônicas e reemergentes, o advento de pandemias relacionadas a mutações de vírus no mundo globalizado são desafios para os sistemas de saúde das nações que têm nas aplicações e nos serviços de telessaúde um poderoso ferramental. A geolocalização e as ferramentas de vigilância digital podem ser utilizadas com fins de auxiliar no restabelecimento da saúde no território, auxiliar o diagnóstico presencial de cidadãos ou o isolamento em caso de risco de rápido contágio de uma doença.

Vale ressaltar que o desenvolvimento dessas soluções deve ser acompanhado pela comunidade. O termo de consentimento nunca será um empecilho, ou um aborrecimento burocrático, mas um instrumento de pactuação entre profissional de saúde e paciente para alcançar sua qualidade de vida e reafirmar seu papel de cidadão na comunidade.

Fundamentalmente há de ser lembrado por toda a equipe multidisciplinar envolvida com a concepção de tecnologias relacionadas à informação e à tecnologia da informação em saúde é que elas sejam sempre uma resposta

inclusiva e de combate à iniquidade em um mundo em que caibam as diferenças e a democracia.

As redes sociais, a proliferação das *fake e deep fake news* enfatizam a privacidade dos indivíduos como mercadoria no contexto da necropolítica, onde o biopoder é direcionado ao extermínio e ao enfraquecimento dos mais vulneráveis. Os dados estruturados das estatísticas vitais, que seriam fonte para a opinião pública, perdem-se no acirramento de uma perspectiva fragmentadora da informação no sistema de saúde.

Nos anos 2020, a contagem de quem morre é feita por muitos órgãos e por ninguém. A noção de informação em saúde como bem público se esfacelou, havendo o retrocesso de recorrer ao arquivo cartorial para contagem dos óbitos da pandemia de Covid-19, cujo objetivo do registro é patrimonial e não epidemiológico. A ágora construída no final dos anos 1990 para criar consensos sobre como interpretar esses dados em favor da vida, a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), reunião de diversos atores institucionais e várias esferas políticas, foi dissolvida por um governo autoritário em meio a uma pandemia e vem sendo retomada gradualmente por outra gestão federal no Brasil desde 2023. A metodologia desenvolvida, que teve como produto os Indicadores e Dados Básicos em Saúde, foi apagada dos canais de disseminação das informações para a visibilidade social e a pesquisa a fim de promover a saúde das populações. Isso serviu de alerta de quanto os movimentos antidemocráticos podem invisibilizar as desigualdades.

A experiência global do combate ao HIV que potencializou o movimento da sociedade civil organizada deu nome e facilidade de acesso aos relatórios digitais do viver e morrer no Brasil. Ainda hoje é possível identificar vestígios na internet dessa importante luta no processo civilizatório. Algumas partes do sistema de informação em mortalidade (SIM) ainda podem ser vistas no aids.gov.br e isso é produto de forte pressão das organizações populares quanto à visibilidade dos dados. Muito dessa história pode auxiliar a compreender a Covid-19 de maneira mais crítica, valorizando os projetos compartilhados e com a adesão esclarecida da população.

Impossível discutir as tecnologias apontadas neste capítulo sem uma perspectiva coletiva de justiça cognitiva em que se imponham limites nas esferas pública e privada da vida dos seres humanos.

INTELIGÊNCIA DIGITAL TECNOFEMINISTA

As tecnologias são socialmente construídas e a rapidez com que a vacina contra o SARS-CoV-2 foi desenvolvida referencia essa afirmação. A lição de solidariedade científica para salvar a humanidade da Covid-19 precisa ser um legado a novas gerações a fim de dar um salto da informação para uma inteligência digital inclusiva.

Os estudos de gênero têm um papel crucial a desempenhar no futuro da tecnologia e da inovação científica-tecnológica.

De acordo com a socióloga Judy Wajcman (Frade & Vairinhos, 2023) ao trazer uma perspectiva crítica para a mesa, o feminismo pode ajudar a questionar as normas e os valores subjacentes ao desenvolvimento tecnológico. Isso inclui desafiar a ideia de que a tecnologia é sempre progressiva e benéfica, e destacar como ela pode reproduzir ou ampliar desigualdades.

A tecnofeminista afirma que a inteligência artificial poderá transformar radicalmente o futuro do trabalho, e há preocupações significativas do ponto de vista do gênero. Uma preocupação é que os algoritmos de IA podem perpetuar e amplificar preconceitos de gênero existentes, especialmente se forem treinados em conjuntos de dados que reflitam esses preconceitos. Isso pode levar à discriminação na contratação, promoções e avaliações de desempenho.

Há também preocupações sobre como a automação afetará os empregos tradicionalmente dominados por mulheres, como aqueles no setor de educação básica, serviços e cuidados. É essencial garantir que as políticas e práticas em torno da IA e da automação considerem questões de gênero, de acessibilidade e de etnia para que possamos trabalhar em direção a um futuro do trabalho que seja inclusivo e equitativo para todos.

Além disso, o feminismo pode promover a inclusão de vozes diversificadas no processo de *design* e desenvolvimento de tecnologias, garantindo que elas atendam a uma gama mais ampla de necessidades e experiências específicas, pois é para isso que existe o Big Data. Ao trilhar esse caminho, a humanidade irá em direção a tecnologias mais inclusivas, saudáveis e equitativas que beneficiem toda a sociedade conforme o processo civilizatório preconizado por Sergio Arouca, Cecília Minayo e outros sanitaristas latino-americanos nos anos 1980.

Confome nos tornamos cada vez mais conscientes das intersecções entre tecnologia, gênero e poder, há uma oportunidade crescente para moldar tecnologias de maneira que promovam a justiça, a igualdade e os direitos humanos. Há de se preconizar uma inteligência tecnofeminista crítica pela qual as novas gerações possam avaliar e intervir no desenvolvimento tecnológico, garantindo que ele sirva a uma diversidade de necessidades e não apenas a interesses dominantes.

Assim compartilho da esperança de Judy que será possível criar um futuro em que a tecnologia trabalhe para todos, não apenas para alguns.

REFERÊNCIAS

- BASHSHUR, R. et al. The Taxonomy of Telemedicine. *Telemedicine and e-Health*, vol. 17, n.º 6, pp. 484-94, jul. 2011.
- FARIA, L.; OLIVEIRA-LIMA, J. A. D. & ALMEIDA-FILHO, N. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 28, n.º 1, pp. 59-78, mar. 2021.
- FRADE, R. & VAIRINHOS, M. (eds). *Technofeminism: multi and transdisciplinary contemporary views on women in technology*. Aveiro: Coleção DigiMedia/UA Editora, 2023.
- GALTUNG, J. Três formas de violência, três formas de paz. A paz, a guerra e a formação social indo-europeia. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 71, pp. 63-75, 1.º jun. 2005.
- KHOURY, M. J.; GWINN, M. & IOANNIDIS, J. P. A. The Emergence of Translational Epidemiology: From Scientific Discovery to Population Health Impact. *American Journal of Epidemiology*, vol. 172, n.º 5, pp. 517-24, 2010a.
- KHOURY, M. J.; GWINN, M. & IOANNIDIS, J. P. A. Khoury et al. Respond to “The Epicenter of Translational Science”: Crossing All the T’s. *American Journal of Epidemiology*, vol. 172, n.º 5, pp. 528-29, 1.º set. 2010b.
- MCLUHAN, M. *Os meios de comunicação: como extensões do homem*. [s.l.]: Cultrix, 1974.
- POMBO DA PAZ, M. & MAURÍCIO ROSÁRIO, J. Fundamentos da Teoria do Conhecimento aplicados ao desenvolvimento científico e tecnológico do país. *Parcerias Estratégicas*, vol. 23, n.º 46, 2018.
- SANTOS, A. de F. dos et al. Uma visão panorâmica das ações de telessaúde na América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 35, pp. 465-70, 2014.
- SCHMITTDIEL, J. A.; GRUMBACH, K. & SELBY, J. V. System-based participatory research in health care: An approach for sustainable translational research and quality improvement. *Annals of Family Medicine*, vol. 8, n.º 3, pp. 256-9, 2010.
- SEVERO, F. G. et al. Software de gestão da saúde da família: mapeando a colaboração em Engenharia de Software durante a estabilização de um ecossistema digital. Oral apresentado em *X Simpósio Brasileiro de Sistemas de Informação*. Londrina, PR, 2014. Disponível em: <http://www.lbd.dcc.ufmg.br/colecoes/sbsi/2014/0022.pdf>. Acesso em: 29 set. 2016.

- SILVA, A. B. *Política pública, educação, tecnologia e saúde articuladas: como a telessaúde pode contribuir para fortalecer o SUS?*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2013.
- SUNG, N. S. et al. Central challenges facing the national clinical research enterprise. *Jama-Journal of the American Medical Association*, vol. 289, n.º 10, pp. 1.278-87, 12 mar. 2003.
- VIANNA SOBRINHO, L. *O Ocaso da Clínica: A Medicina de Dados*. São Paulo: Zagodoni Editora, 2020.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Digital health*. Geneva, Switzerland: WHO, maio 2018. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_ACONF1-en.pdf. Acesso em: 11 jan. 2019.

Envelhecimento na perspectiva dos direitos humanos: quem tem o direito de envelhecer?

Patrícia da Silva Von Der Way

O envelhecimento tem sido uma das temáticas que ganhou ênfase nas últimas décadas com suas consequências para a economia, as políticas públicas e, sobretudo, no campo da saúde. Esse tema tem sido muito atrelado aos desafios que o envelhecer traz à vida das pessoas e às sociedades com os impactos demográficos e sociais aos países.

Logo, este capítulo tem por objetivo analisar as definições que possibilitam a compreensão do envelhecimento com base nos termos cunhados do ‘envelhecimento saudável’ e do ‘envelhecimento ativo’. Buscou-se associar esses conceitos de envelhecimento com os direitos humanos por intermédio de uma revisão bibliográfica que permitiu compreender os desafios que o envelhecimento apresenta em uma perspectiva interseccional de gênero e de idade, uma vez que tornar-se velho¹ não atinge a todos os grupos sociais da mesma forma. Homens, mulheres,

¹ As flexões de gênero — masculino, feminino e neutro — estão subentendidas na palavra “velho”.

pessoas LGBTQIAPN+² têm singularidades nesse processo de envelhecer que precisam ser visibilizadas e respeitadas.

Podemos abordar o envelhecimento na perspectiva dos direitos humanos, seguindo a definição da Organização das Nações Unidas (ONU) registrada na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), de 1948, em seu artigo 3.º que diz: “Todo indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (ONU, 1948). Logo, todas as pessoas têm o direito de envelhecer?

A DUDH preconiza em 30 artigos o rol dos direitos humanos que devem ser assegurados e usufruídos por todas as pessoas. Salienta no artigo 25 item 1 a menção à velhice.

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, **na velhice** ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (ONU, 1948, , grifo meu).

O artigo 25 abordou a preocupação de que as pessoas mais velhas tenham meios de subsistência. Em uma análise que contempla as perspectivas social e econômica parece uma menção profícua e necessária a fim de proteger as pessoas da vulnerabilidade quando atingirem a velhice. No entanto, o que é a velhice? Que momento da vida é esse em que as pessoas passam a ser denominadas de velhas?

QUEM SÃO OS MAIS VELHOS — OS IDOSOS? SOMOS TODOS IGUAIS?

A definição utilizada pelo ONU preconiza como padrão a idade de 60 anos para descrever as pessoas mais velhas (WHO, 2005, p. 6). E, a Organização Mundial de Saúde (OMS) segue esse entendimento e ressalta que, para além da idade cronológica, existem características e circunstâncias que influenciam o envelhecimento e a chegada à velhice. Destaca o estado de saúde e o nível de independência das pessoas que podem ser diferentes para indivíduos da mesma idade.

Tal fato faz que as pessoas apresentem diferentes níveis de saúde e de independência ao chegarem aos 60 anos, e ultrapassá-los. Para compreender essa

² LGBTQIAPN+ é uma sigla que abrange pessoas que são lésbicas, gays, bi, trans, queer, intersexo, assexuais, pan/poli, não binárias e mais.

diversidade é necessário analisar a variedade de características e do contexto social em que as pessoas viveram a maior parte de suas vidas antes dos 60 anos. Utilizamos a teoria da interseccionalidade para explicar como características de diferentes identidades influenciam a vida humana e, conseqüentemente, o processo de envelhecimento das pessoas.

[...] a interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária — entre outras — são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas (Collins & Bilge, 2021, pp. 15-6).

Logo, existem diversas categorias que entrelaçadas moldam a identidade de uma pessoa e que irão influenciar a sua vida até a chegada aos 60 anos. O argumento que sustenta a padronização indicada pela ONU e pela OMS é o do modelo biomédico, pautado nas características do corpo e em seu funcionamento biológico, bem como, no surgimento ou na ausência de doenças. Contudo, com base em uma análise mais abrangente da saúde incluindo a análise interseccional podemos inferir que alguns indivíduos em razão de sua condição de vida e de trabalho apresentam deterioração de sua saúde física muito antes do esperado. Enquanto, outros, como as pessoas do grupo LGBTQIAPN+, nomeadamente pessoas trans, transexuais e travestis, possuem uma expectativa de vida em torno de 35 anos (Fonseca, 2018; Silva et al., 2019) por causa das altas taxas de assassinato e homofobia no Brasil. Para essas pessoas atingirem e ultrapassarem os 36 anos já pode ser considerado suficiente para denominarem-se como pessoas velhas em relação ao patamar muito distante dos 60 anos estabelecidos pela ONU e pela OMS.

Outro grupo marcado pela interseccionalidade de gênero \times raça \times origem geográfica e idade é a dos homens negros residentes em comunidades e jovens que vivem sob o cerco da criminalidade e da violência policial tornando-os um grupo vulnerável pela morte precoce, uma vez que “os homicídios são a principal causa das mortes de jovens entre 15 e 24 anos, afetando mais os homens, negros, moradores das periferias e de áreas metropolitanas dos centros urbanos” (Iaquinto, 2014). Como resultado, as pessoas destes grupos sociais vulnerabilizados pela violência têm o direito de envelhecer? Diante desse referencial interseccional podemos inferir que o modelo biomédico adotado pela ONU de classificar todas as pessoas apenas a partir dos 60 como velhas parece-nos reducionista.

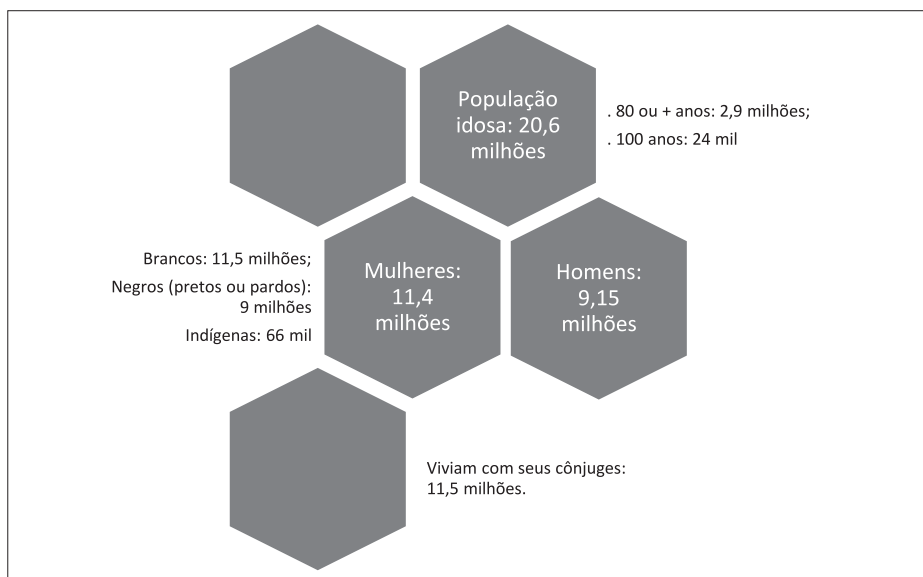
Retomamos a discussão daqueles que envelhecem e que se tornam velhos utilizando o modelo hegemônico normativo que padronizou a velhice aos 60 anos e novamente contestamos, pois, os países denominados como desenvolvidos, em sua maioria, têm apresentado maiores expectativas de vida. Por outro lado, países em desenvolvimento apresentam menores taxas apesar dos avanços das últimas décadas (WHO, 2005) como é o caso do Brasil.

Ratifica essa desigualdade dos anos de vida entre países desenvolvidos e em desenvolvimento os dados estatísticos dos estudos demográficos nos países. Por exemplo, segundo as Tábuas Completas de Mortalidade do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), quem nasceu no Brasil em 2017 pode chegar, em média, a 76 anos de vida. Na projeção, quem nascer em 2060 poderá chegar a 81 anos. Desde 1940, a expectativa já aumentou 30,5 anos. (IBGE, 2019). Já em Portugal, país desenvolvido, em 2018 a expectativa de vida situava-se nos 81 anos; patamar que o Brasil atingirá apenas em 2060.

Aprofundando a análise com a inclusão de uma perspectiva de gênero, os dados de Portugal demonstraram que em 2018 tinha-se uma expectativa de vida de 78 anos para os homens e de 83,5 anos para as mulheres. Avançando para a projeção que em 2080, segundo as projeções do Instituto Nacional de Estatística, as pessoas lá chegarão aos 87,4 anos para os homens e 92,1 para as mulheres (Moreira, 2020, p. 9). Esses dados alertam para a importância da identidade de gênero nos estudos de envelhecimento populacional com uma diferença de mais de cinco anos de vida para as mulheres em relação aos homens. Existem limitações pelo uso do modelo binário que avalia apenas o sexo distribuindo todas as pessoas pelos grupos de mulheres e homens — utilizado frequentemente nos estudos demográficos, estatísticos e censos. Muitos estudos não fazem menção a essa diferença importante que é a influência da identidade de gênero no processo de envelhecimento. Tampouco, mencionam a identidade étnico-racial, ou a conjugalidade, a solidão e a viuvez que influenciam o processo de envelhecimento.

Apresentamos uma breve análise com as categorias de gênero, raça e idade com base nos dados do IBGE (2019). Os dados quantitativos desagregados permitiram compreender que o grupo de pessoas idosas no Brasil é formado majoritariamente por pessoas entre 60 e 80 anos, mulheres, pessoas brancas e que viviam com seus cônjuges. Logo, a intersecção dessas categorias são cruciais para compreender como os indivíduos envelhecem em nosso país.

Figura 1. Distribuição da população idosa no Brasil por gênero e raça/etnia



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do IBGE (2019).

Algumas informações são divulgadas levando em consideração os dados globais, o que pode subestimar a participação dos diferentes grupos sociais de acordo com sua identidade de gênero e de raça/etnia na composição da população idosa provocando uma invisibilização dos grupos minoritários,³ por exemplo, de pessoas negras, indígenas e também das pessoas LGBTQIAPN+.

A divulgação dos dados globais demonstra um panorama geral da situação. Por exemplo, nas projeções realizadas pela OMS, o Brasil será o sexto país com maior população de pessoas idosas até 2025 (WHO, 2005, p. 4). É notório que a expectativa de vida avançou, segundo as projeções do IBGE em 2043 essa população deverá atingir a marca de um quarto da população brasileira (25%). Esse será o maior grupo populacional no país contribuindo significativamente para o envelhecimento (IBGE, 2019). O que esperar para a população idosa a partir dessas projeções?

³ Grupos minoritários: “minorias refere-se a um grupo humano ou social que esteja em uma situação de inferioridade ou subordinação em relação a outro, considerado majoritário ou dominante. Essa posição de inferioridade pode ter como fundamento diversos fatores, como socioeconômico, legislativo, psíquico, etário, físico, linguístico, de gênero, étnico ou religioso”. Em outras palavras, minorias são “um grupo não dominante de indivíduos que partilham certas características nacionais, étnicas, religiosas ou linguísticas, diferentes das características da maioria da população”. Ou, também, são “todos os grupos sociais que são considerados inferiores e contra os quais existe discriminação” (Paula, Silva & Bittar, 2017, p. 3.842).

ACERCA DO IDOSO — DA DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS À SAÚDE

O almejado é que a população de pessoas mais velhas, os idosos de hoje e do futuro, tenham qualidade de vida. Para isso, seguindo o que preconiza a DUDH é preciso garantir direitos em relação à saúde, ao trabalho, à assistência social e à habitação. No Brasil, muitos desses direitos foram reforçados por legislações específicas como a Lei n.º 8.842, de 1994, que instituiu “a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso” e a Lei n.º 10.741, de 1.º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa “destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos” (Brasil, 2003). Esses documentos balizam as decisões e políticas públicas que vieram a ser implementadas.

Estas legislações são importantes na luta de defesa das pessoas mais velhas por seus direitos. Entretanto, a própria OMS faz um alerta “para” e “sobre” as populações mais velhas quando salientou que “fazer vigorar políticas sociais abrangentes baseadas somente na idade cronológica pode ser discriminatório e contraproducente para o bem-estar na terceira idade” (WHO, 2005, p. 6). Logo faz-se necessário atentar para essas parcelas crescentes que são a da população idosa (60+) e aquela que está se tornando idosa em todo o mundo de forma interseccional.

A análise interseccional do envelhecimento leva em consideração as identidades de gênero, raça/etnia, orientação sexual, origem geográfica e faixa etária que são fatores que influenciam mutuamente no processo de envelhecimento quando ocorre, frequentemente, múltiplas discriminações e violências pelos estereótipos negativos atribuídos a determinados grupos sociais. As pessoas mais velhas sofrem com o preconceito e a discriminação denominada de etarismo ou idadismo. Esse grupo social pode ainda pertencer ao grupo das pessoas trans, das pessoas negras e sofrerem também de transfobia e com o racismo, não excluindo a existência de outras formas de discriminação que abarcam outros grupos sociais. Por isso, tornam-se vulneráveis as múltiplas discriminações (Collins & Bilge, 2021).

Levando em conta a compreensão de quem são os mais velhos de forma mais diversa e interseccional foi possível identificar, de acordo com os objetivos desta pesquisa, as diretrizes para o envelhecimento em escala mundial nas últimas duas décadas (2004-2024). Nesse contexto, partimos do lançamento pela OMS da denominação do termo “envelhecimento ativo”. Esse termo foi uma das recomendações do conjunto de consultores e estudiosos da Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Os consultores elaboraram um documento para a II Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento realizada em 2002, na Espanha, com o título “Envelhecimento ativo: uma política de saúde” traduzido para o português e lançado no Brasil pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (WHO, 2005). O título já entrega o que, na época, se esperava do processo de envelhecer: que ele fosse ativo, e o que isso quer dizer:

Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (WHO, 2005, p. 13).

No documento, o conceito de envelhecimento ativo abarcou três pilares: saúde, participação e segurança. O primeiro pilar referente às oportunidades de saúde foi atrelado ao bem-estar físico mental e social; o que envolve a percepção dos indivíduos quanto a estarem se sentindo bem em relação à sua capacidade física e mental.

O segundo pilar mencionado foi o da participação e refere-se às pessoas idosas estarem incluídas e de serem participantes nas relações de convívio social. Nesse conceito de envelhecimento ativo as relações sociais, de convívio e da saúde mental foram colocadas no mesmo patamar de importância das condições físicas como fatores similares para a saúde das pessoas. Nesse segundo pilar foram enfatizadas a importância da autonomia e da independência⁴ das pessoas idosas para o exercício da participação social, deslocamentos para convívio, bem como a interdependência entre indivíduos de gerações diferentes para promoção da troca de experiências, conhecimento, alargando a sabedoria e o bem-estar de todos, promovendo a solidariedade e ajuda mútua.

O terceiro pilar referiu-se à segurança e será detalhada mais adiante. Essa tríade deve ser observada em políticas e programas de saúde desde então.

De forma geral, o intuito da utilização da palavra “ativo” era trazer à tona que os indivíduos idosos continuam a reunir um conjunto de condições para participarem da vida em sociedade expressando suas vontades, opiniões, anseios e percepções de forma a colaborarem no convívio e no desenvolvimento social; ainda que tenham algum comprometimento de saúde, que necessitem de ajuda ou que já estejam aposentados e fora do mercado de trabalho. Essas pessoas

⁴ “**Autonomia** é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências.

Independência é, em geral, entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária — isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros” (WHO, 2005, p. 14).

podem, uma vez que desejarem e se sentirem aptos, colaborar com familiares, comunidades e na formação das novas gerações.

No entanto, podemos tecer algumas críticas quanto à utilização do termo ativo, pois faz recair sobre a pessoa idosa a total responsabilidade de se manter em atividade. Outra contestação é a de que nem sempre estar em atividade é o desejo dessa população no momento da vida em que se encontram. A representação social midiática atual de idosos ‘joviais’ praticando esportes, cuidando da aparência, trabalhando, tendo “a obrigação da felicidade” (Dantas, 2017) pode ser uma armadilha, pois nem sempre essa forma de vivenciar o envelhecimento é o desejo de todos e a realidade de muitos. A utilização do termo ‘ativo’ pode gerar um preconceito contra as pessoas idosas que desejam o descanso e a contemplação nessa fase da vida. O que não significa que estão à espera da morte, que sejam incapazes, ou indiferentes. Para aqueles que possuem autonomia e independência é preciso assegurar o direito de escolher o que querem fazer, e se há o interesse e a vontade de estarem participando ativamente no convívio social e assumindo responsabilidades como estimulado pelo conceito do envelhecimento ativo.

Avançamos na análise do conceito do envelhecimento ativo e ressaltamos que em países de grande desigualdade social e econômica, como o caso do Brasil, é difícil assegurar o terceiro pilar da segurança, física e financeira, para todas as pessoas idosas.

A seguridade e a assistência social por intermédio dos valores pagos nas pensões e benefícios a esta população podem não ser suficientes para custear a vida. Isso acarreta com que muitos idosos se mantenham ativos, até mesmo no mercado de trabalho por necessidade de mais recursos financeiros em contraposição à sua vontade. Enquanto há outro grupo de idosos que permanecem por opção.

O estudo de Ribeiro et al. (2009) evidenciou a variabilidade no envelhecimento ativo baseando-se nas categorias de identidade de gênero, idade e saúde tendo como resultado a comprovação de que indivíduos com maior escolaridade e renda ao chegarem na velhice praticam mais esportes e participam mais socialmente em atividades intelectuais, sobretudo os homens. Enquanto as mulheres realizam mais atividades ocupacionais, das tarefas domésticas e dos cuidados com familiares e netos (Ribeiro et al., 2009). Nesses casos a categoria da classe social a que pertencem irá influenciar, e por vezes, determinar a utilização do tempo ao envelhecer diante das condições de segurança ou de insegurança financeira que leva a vulnerabilidade social desse grupo.

Atualmente, a OPAS tem utilizado a designação de “envelhecimento saudável” para fomentar iniciativas nas mais diversas áreas, incluindo governos, sociedade civil e academia para que se envolvam na ‘Década do envelhecimento saudável (2020-2030)’.

Envelhecimento saudável significa desenvolver e manter a habilidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada. A habilidade funcional é determinada pela capacidade intrínseca de um indivíduo (isto é, a combinação de todas as capacidades físicas e mentais do indivíduo), pelo ambiente em que ele ou ela vive (compreendido no sentido mais amplo possível e incluindo os ambientes físico, social e político) e pelas interações entre eles (OPAS, 2020, p. 3).

O documento utiliza uma abordagem interseccional sobre os fatores impactantes no envelhecimento ao anunciar que as iniquidades sociais, ao longo da vida, nos acessos à saúde, à educação, ao emprego e à renda formam um conjunto de desvantagens que impactam as pessoas com consequências no envelhecimento. Nesse âmbito, a OPAS alerta para aspectos interseccionais do quanto o gênero e a raça/etnia são marcadores da diferença e causadores de iniquidade com resultado em um envelhecimento com características muito diferentes para as pessoas (OPAS, 2020, p. 3).

O documento realça o caso das mulheres e as relações de poder que envolvem gênero e idade. Exemplifica o quanto as mulheres, no percurso da vida, foram e continuam a ser afetadas pela desigualdade de tratamento e de oportunidades. Apresenta a argumentação do quanto os sinais das desigualdades são nítidos no envelhecimento, sob uma análise de gênero, que afetam sobremaneira o gênero feminino: as mulheres vivem mais, são mais pobres e vulneráveis (OPAS, 2020).

Por exemplo, mulheres idosas são mais frequentemente pobres e têm menos economias e ativos do que homens. Por conta de uma vida inteira de discriminação, que afeta negativamente a igualdade de oportunidades para mulheres e o tratamento nos mercados de trabalho, a segurança de renda em uma idade avançada e o acesso aos benefícios previdenciários contributórios são piores para mulheres idosas. Por exemplo, nos países que fazem parte da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a pensão anual paga a mulheres é, em média, 27% menor do que a paga a homens. Os níveis básicos de pensão das mulheres são geralmente baixos demais para atender às suas necessidades básicas. Em muitos lugares, mulheres idosas também estão mais vulneráveis à pobreza e à desvantagem por conta das leis consuetudinárias e legais sobre propriedade e herança de terras. Trabalhadoras idosas, em especial, são desproporcionalmente afetadas pela automação de funções, mudança tecnológica e inteligência artificial, além de corresponderem à maior parte dos cuidadores não remunerados, incluindo no setor informal. Ademais, práticas culturais danosas (por exemplo, “purificação de viúvas”) podem impedir o envelhecimento saudável de algumas mulheres (OPAS, 2020, p. 3).

OS DESAFIOS NO TRATO COM OS ESTEREÓTIPOS ATRIBUÍDOS ÀS PESSOAS MAIS VELHAS — IDOSAS

O desenvolvimento humano atingiu uma maior longevidade, hoje existem muito mais pessoas idosas no mundo. Há uma celebração da adição de anos à vida que chega repleta de características físicas, mentais e sociais que acompanham a jornada de quem está na vida a mais tempo. Algumas dessas características têm sido repelidas e censuradas por intermédio de um processo midiático e de aversão social, sobretudo, no que tange a aparência das pessoas velhas.

Há uma valorização daqueles com maior capacidade produtiva e da aparência atribuída aos mais jovens no sistema capitalista em que vivemos. A utilização dos termos anti-idade (*anti-aging*) nos produtos de cuidados de beleza e a grande oferta de tratamentos estéticos induzem as pessoas à busca pela eterna juventude e ao combate aos sinais aparentes do envelhecimento.

A força desse apelo midiático se propaga vorazmente no ideário social que se transforma em estereótipos que é a forma como pensamos as pessoas idosas. Quando os estereótipos são negativos e atribuídos a uma pessoa ou grupo são capazes de impingir múltiplas discriminações pela forma como agimos com as pessoas mais velhas. A desigualdade de tratamento ou discriminação com pessoas idosas é denominada de etarismo ou de idadismo (OPAS, 2020; Moreira, 2020).

Esse processo, por vezes, parte das próprias pessoas idosas, em uma autodiscriminação que faz que se recolham e deixem de participar em espaços de convívio ou de emitirem opinião, pois sabem e sentem que não são bem recebidas quando se expressam (OPAS, 2020, p. 9). E também, por parte da sociedade que, com frequência, rejeita as pessoas mais velhas e as caracteriza muitas vezes como lentas, inúteis e um estorvo, por exemplo, para o sistema de segurança social, em virtude das pensões e dos benefícios que recebem.

Atenta às mudanças nas relações sociais e a forma como o preconceito e a discriminação contra as pessoas idosas têm ocorrido no mundo, a OMS abordou o assunto como uma preocupação a ser tratada pelos países e fez um chamado por intermédio da “Campanha Global de Combate à Discriminação por Idade” (2016), em prol de combater a discriminação contra as pessoas idosas no mundo, pois esse é um mecanismo de exclusão social e um agravo para a saúde.

A campanha lançada pela OMS e divulgada no documento vinculado pela OPAS elenca uma série de ações e iniciativas para combater as múltiplas discriminações contra os idosos, cujos mais afetados nesse grupo são as mulheres e as pessoas com deficiência (OPAS, 2020, p. 9). De todas as iniciativas propostas e discutidas no documento, a que nos parece ser de maior desafio pelo arcabouço social, econômico, jurídico e dos campos da saúde e da assistência social

é “Propiciar cuidados de longo prazo às pessoas idosas quando necessitarem” (OPAS, 2020, p. 17). Como fazê-lo?

O aumento da longevidade trouxe também uma nova equação que muitos especialistas na área do envelhecimento denominam de “adicionar vida aos anos” (OPAS, 2020, p. 2). Almeja que a velhice seja um tempo em que a vida com autonomia e independência estejam presentes nas pessoas que chegaram e ultrapassaram os 60 anos.

Esse desafio é grande diante de todas as iniquidades e desigualdades de tratamento e de oportunidades que as pessoas enfrentam ao longo da vida e que se acumularam nas suas trajetórias, levando-as, muitas vezes, a situações irreversíveis de perda da autonomia e de grave dependência econômica e social.

Por vezes essa vulnerabilidade leva à dependência de cuidados e suporte financeiro de familiares. Outras vezes a dependência da assistência social em que muitos tornam-se dependentes de auxílios e benefícios insuficientes à sua subsistência. Diante da vulnerabilidade é recorrente que recaia sobre as mulheres da família o estigma de tornarem-se cuidadoras dos idosos, um ciclo repetitivo com severas consequências de perpetuação da pobreza e da iniquidade na vida idosa (Ribeiro et al., 2009; Sousa et al., 2018).

O marcador social de gênero é imprescindível na análise do envelhecimento juntamente com as condições de classe da população idosa em questão. Não envelhecemos da mesma forma, as relações de gênero marcam a forma como o envelhecimento é vivenciado.

Ainda que haja progressos quanto à participação das mulheres no mercado de trabalho, ao chegar à idade avançada, seja delas mesmas ou de algum familiar, a expectativa de cumprir o papel social do gênero feminino como cuidadora recai sobre as mulheres e influencia a trajetória de vida delas. Ocasiona a restrição da força de trabalho remunerada, por vezes requerendo que as mulheres se ausentem do mercado de trabalho para se dedicarem integralmente aos cuidados de familiares, o que tem como consequência o aumento do risco de pobreza, diminuindo os acessos aos cuidados de saúde e à seguridade social com pensões e benefícios mais baixos na velhice.

O diagnóstico dos especialistas da OMS quanto a esse modelo cuidador atribuído às mulheres nas famílias é de que não são sustentáveis (OMS, 2015, p. 10). Por isso cabe, na perspectiva da defesa dos direitos humanos, a todas as pessoas combater a desigualdade de gênero, o racismo, o capacitismo e também o idadismo (etarismo). Esse último reverbera na ideia de que a velhice é sinônimo de doença, será mesmo?

VELHICE É DOENÇA?

Outros desafios e estereótipos abarcaram o envelhecimento nos últimos anos. As pesquisadoras Beltrina Côrte & Ruth Lopes (2021) afirmaram que “a velhice é uma etapa da existência e, portanto, jamais pode ser considerada uma doença”. As autoras acrescentaram que há uma discussão em torno do campo acadêmico com os relatos dos pesquisadores da área de gerontologia que criticam o próprio sistema de financiamento à pesquisa com maior incentivo ao modelo biomédico que privilegia pesquisas sobre doenças na velhice (Lopes & Côrte, 2019) em vez de fomentar as pesquisas sobre as experiências do envelhecimento trazendo a centralidade o protagonismo da vida da pessoa idosa. Afinal, a quem interessa a velhice como doença? Podemos ressaltar os interesses econômicos da indústria farmacêutica em ofertar o sonho da eterna juventude, com um mercado consumidor crescente em todo o mundo (Côrte & Lopes, 2021).

Recentemente, houve uma polêmica em torno da inserção da velhice sob o código MG2A na Classificação Internacional de Doenças (CID-11), prevista para entrar em vigor em 1.º de janeiro de 2022. A tabela publicada pela OMS com o objetivo principal de padronização dos diagnósticos é utilizada na saúde por seguradoras, cujos reembolsos dependem da codificação de doenças; gestores nacionais de programas; especialistas em coleta de dados; e outros profissionais que acompanham o progresso global e determinam a alocação de recursos na área. Ao tentar transformar a velhice em doença criava a prerrogativa de que uma fase da vida é doença, será que o mesmo caso se aplicaria a atribuição de doença as fases da vida anteriores como a infância ou a adolescência? Alguém morre de “infância” ou de “adolescência”? Por que então morreria de “velhice”?

Esse fato gerou uma mobilização social, das entidades e instituições que trabalham e atuam na área do envelhecimento com a sociedade civil no Brasil e no mundo que pressionou a OMS, motivo pelo qual retrocedeu na sua decisão. Em 16 de dezembro de 2021 declarou: “A entrada do item “Relacionado ao envelhecimento” (XT9T) na atualização da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) foi retirada de vez pela direção da Organização Mundial da Saúde (OMS)”. (Dias, 2021). Dessa forma, afirmamos que o processo de envelhecimento pode ser afetado por doença, mas não é em si uma doença. Uma vez que envelhecer: é estar na vida há mais tempo!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho identificamos o envelhecimento com base na perspectiva dos direitos humanos alinhado aos conceitos do envelhecimento ativo e do envelhecimento saudável cunhados pela ONU e OMS. Neste momento em que nos encontramos na década do envelhecimento saudável faz-se necessário discutir a composição dos diferentes grupos de pessoas que atingem e ultrapassam os 60 anos.

O marcador da velhice não é somente o cronológico como ficou demonstrado a partir das análises e dos dados que utilizaram a teoria da interseccionalidade. Gênero, raça e classe influenciam o processo de envelhecer com menor expectativa de vida para grupos sociais minoritários que sofrem com múltiplas discriminações.

Os padrões mundiais ditados pela OMS trazem representações do envelhecimento estimulando que esse processo seja ativo, o que imputa à pessoa a responsabilidade por manter-se em movimento, uma lógica irreal para muitas pessoas. Ao mesmo tempo que promove um protagonismo da pessoa no envelhecimento que reverbera na autonomia e na independência do ser humano ao envelhecer. Por outro lado, também minimiza os efeitos do ambiente e das circunstâncias políticas e sociais que envolvem o envelhecimento de acordo com a sociedade em que o indivíduo está inserido.

O envelhecimento ocorre de forma interseccional, pois o gênero, a raça/etnia, a classe social atuam na multiplicidade de desafios e quiçá discriminações que a pessoa irá sofrer ao longo da vida. Já o termo envelhecimento saudável traz o enfoque na saúde integral, contemplando o indivíduo como um todo, até mesmo, com as relações que estabelece com as pessoas e o ambiente.

A longevidade passa pelas condições de vida que os indivíduos trazem desde a infância perpassando as diversas fases da vida até alcançar a velhice (60+). Ao chegarem e ultrapassarem essa marca cronológica ainda estão sujeitos a preconceitos e estereótipos que resultam na diminuição da interação, da participação e da segurança, o que afeta diretamente a saúde das pessoas mais velhas. As relações sociais e a construção social do velho/a/e no Brasil impingem às pessoas mais velhas estereótipos como o de decrepitude, finitude, infantilização, perda de autonomia e independência, tendo como consequências múltiplas discriminações.

Ainda há um longo caminho a percorrer no que tange às pesquisas “com”, “sobre” e “para” pessoas idosas. Importante salientar que esse grupo não é homogêneo. Cabe a todos os campos das ciências se envolver nessa temática que ainda carece de discussão em assuntos polêmicos como, por exemplo: a) a sexualidade

do idoso/a/e, 2) os agravos de saúde como as demências, 3) o fim da vida de forma natural ou não (por suicídio ou eutanásia).

Promover o envelhecimento e os direitos humanos passa por medidas urgentes que necessitam ser agilizadas pelos detentores do poder e reivindicadas pela mobilização da sociedade civil. Já existe uma legislação consolidada no Estatuto do Idoso, mas que apresenta lacunas. O próprio Sistema Único de Saúde (SUS) adotado no Brasil, que é um sistema inclusivo e universalista oferece poucos serviços referentes ao suporte e à rede de cuidados e atenção às pessoas mais velhas. Na esfera da saúde privada, os planos e seguros de saúde cobram valores exorbitantes a partir da faixa etária dos 59 anos e não cobrem determinados procedimentos e apoio à infraestrutura necessária aos mais velhos e atendem a uma pequena parcela da população que tem condições financeiras de obtê-los e mantê-los no longo prazo.

Por todo o exposto, o envelhecimento com as lacunas de estudos mencionadas propicia um vasto campo para a pesquisa científica que pode produzir conhecimento e deixar seus contributos nesta trajetória que é tornar-se velho, com dignidade em nosso país.

Cumprimos nosso objetivo ao discutir os desafios que permeiam o envelhecimento na sociedade brasileira. Concluímos reafirmando que o envelhecimento não é doença, mas um processo natural para quem está na vida há mais tempo.

REFERÊNCIAS

- ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Paris, 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese?LangID=por> . Acesso em: 12 mar. 2024.
- BRASIL. Estatuto do Idoso. *Lei federal n.º 10.741*, de 1.º de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.
- BRASIL. Política Nacional do Idoso. *Lei federal n.º 8.842*, de 4 de janeiro de 1994. Brasília, DF, Ministério da Previdência e Assistência Social, 1994.
- COLLINS, P. H. & BILGE, S. *Interseccionalidade*. São Paulo. Boitempo Editorial, 2021, 228p.
- CÔRTE, B. & LOPES, R. *A velhice é uma doença?*. São Paulo: Portal do Envelhecimento e Longevidade, 2021. Disponível em: <https://portaldoenvelhecimento.com.br/a-velhice-e-uma-doenca/>. Acesso em: 12 mar. 2024.
- DANTAS, S. G. O envelhecimento na tela: o discurso da velhice ativa em programas de TV e documentários. Universidade de São Paulo. *Novos Olhares*, [s.l.], vol. 6, n.º 1, pp. 101-14, 2017. DOI: 10.11606/issn.2238-7714.no.2017.131139.

- Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/novosolhares/article/view/131139>. Acesso em: 24 mar. 2024.
- DIAS, B. *Classificação de velhice na CID-11 é retirada pela OMS*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2021. Disponível em: <https://abrasco.org.br/classificacao-velhice-retirada-oms/>. Acesso em: 12 mar. 2024.
- FONSECA, J. V. C. *Corpos (in)de desejáveis: o fenômeno da transfobia a partir da perspectiva de pessoas trans e psicólogos/as*. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Psicologia). Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES, Centro Universitário de Brasília – UniCEUB. Brasília, 2018. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/185258191.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2024.
- IAQUINTO, K. Efeito dominó: o custo da violência. *Revista Conjuntura Econômica*, vol. 68, n.º 1, pp. 20-7, 2014. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rce/article/view/19765>. Acesso em: 24 mar. 2024.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Longevidade, viver bem e cada vez mais. *Retratos a Revista do IBGE*, n.º 16, fev. 2019, ISSN 2595-0800. Disponível em: agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf. Acesso em: 12 mar. 2024.
- LOPES, R. & CÔRTE, B. (orgs.). *Longeviver, Políticas e Mercado: subsídios para profissionais, educadores e pesquisadores*. (São Paulo: Portal Edições/PUC-SP, 2019.
- MOREIRA, M. J. G. *Como envelhecem os portugueses: envelhecimento, saúde, idadeismo*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2020. Disponível em: https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/7409/1/2020_como-envelhecem-os-portugueses-envelhecimento-saude-idadismo-pdf.pdf. Acesso em: 25 mar. 2024.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Estados Unidos, vol. 30, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2024.
- OPAS. Organização Pan-Americana da saúde. *Decade of Healthy Ageing* (Década do Envelhecimento Saudável). Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52902/OPASWBRAFPL20120_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 13 mar. 2023.
- PAULA, C. E. A.; SILVA, A. P. da & BITTAR, C. M. L. Vulnerabilidade legislativa de grupos minoritários. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 22, n.º 12, pp. 3.841-8, dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QjTxmhdVTNvt-N8YNGvx7d8N/?lang=pt#>. Acesso em: 24 mar. 2024.
- RIBEIRO, P. C.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. & YASSUDA, M. S. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Psicologia em estudo*, vol. 14, pp. 501-9, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/4P69FzzH45Td6KS7WfRzP8t/?lang=pt>. Acesso em: 22 mar. 2024.
- SILVA, J. M.; ORNAT, M. J.; CABRAL, V. & LEE, D. 'Quando uma trans é morta, outras mil se levantam!': transnecropolítica e transresistência no Brasil. *Geografia*,

vol. 44, n.º 2, pp. 215-31, 2019. DOI: 10.5016/geografia.v44i2.15114. Disponível em: <https://doi.org/10.5016/geografia.v44i2.15114>. Acesso em: 24 mar. 2024.

SOUSA, N. F.; LIMA, M. G.; CESAR, C. L. & BARROS, M. B. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 34, p. e00173317, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CgHpmyrd4pDy3yq5dMLmLbs/>. Acesso em: 15 mar. 2024.

WHO. World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Trad. Suzana Gontijo. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde, 2005, 60p. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 12 mar. 2024.

Sexualidade das pessoas com deficiência intelectual: desafios e oportunidades

Lais Silveira Costa
Armando Guimarães Nembri
Marcos Besserman Vianna
Sergio Meresman
Hellosman de Oliveira Silva
Carolina Aguilar da Costa Nascimento

A expressão da sexualidade é parte constituinte de todo ser humano e afeta a autoestima, o bem-estar, a saúde e o prazer. No Brasil, a discussão dos direitos sexuais e reprodutivos ganha destaque na década de 1980, principalmente na pauta da saúde da mulher e na da saúde reprodutiva, e evoluiu a partir de marcos internacionais de direitos humanos. Em 2006, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Brasil, 2008) estabeleceu desafios aos países signatários, entre os quais o Brasil, sob a perspectiva do modelo social de deficiência, que compreende o modo de viver a vida imposto às pessoas com deficiência como marcado pela exclusão e opressão. A partir de 2015, os direitos sexuais e reprodutivos passam a ser assegurados também pela

Lei Brasileira de Inclusão da pessoa com deficiência (LBI) (Lei n.º 13.146/2015), inclusive para aquelas que estão interditadas ou curateladas: desde que em idade legal, têm o direito a se relacionar e a casar, se assim desejarem (Brasil, 2015; Souza & Madeira, 2021). Contudo, os direitos das pessoas com deficiência seguem violados em função da discriminação que lhes atribui uma existência subalternizada e da consequente ausência de institucionalidades que reconheçam e contemplem a especificidade funcional de seus corpos.

Ações para tornar acessíveis as informações para o exercício pleno da sexualidade, para o planejamento familiar, o exercício da maternagem e demais assuntos relacionados seguem desapercivelmente inacessíveis e indisponíveis, o que se observa na invisibilização desta população nos cadernos de atenção básica e nas diretrizes de cuidados voltados para a temática.

Invisibilizadas nos serviços de saúde sexual e reprodutiva, reprimidas pelas famílias e sociedade em geral, inexistentes nas campanhas preventivas que não consideram suas especificidades funcionais, pessoas com deficiência (PcD), principalmente aquelas com deficiência intelectual (PcDI), tendem a exercitar sua sexualidade sem informações seguras, de forma precária, com sentimento de culpa — derivado da repressão em seu entorno — e sem repertório para sua proteção contra abusos e violência. O acesso aos direitos sexuais e reprodutivos, assim como a sua presença nos serviços de saúde sexual, é praticamente nulo: tanto os equipamentos, quanto as informações e as campanhas de saúde não contemplam toda a diversidade funcional humana (Souza & Madeira, 2021), e as iniquidades que derivam do marcador social da deficiência seguem pouco conhecidas.

A produção de conhecimento não discute, a contento, o quadro perene e naturalizado de violência social e tampouco confronta as barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência. A invisibilização de sua existência nos dados estatísticos, o desinteresse por suas crenças, modos de ser e de andar a vida, a ausência nas políticas públicas, assim como a incipiência das ações para apoiar o cuidado e os cuidadores envolvidos na potencialização da autonomia e garantia de seus direitos (Xavier, 2022; Santos & Oliver, 2022; Foresti, Hodecker & Bousfield, 2021) derivam do capacitismo estrutural, descrito por Campbell (2001, p. 53) como “um sistema de opressão que reproduz crenças, processos e práticas que normatizam um certo padrão corporal como perfeito, sem considerar a corporeidade de todas as pessoas”.

Note-se que o descaso com a temática aumenta a vulnerabilidade aos abusos e à violência sexual. Dados do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) (2018) estimam que 40% a 68% das meninas com deficiência no mundo irão sofrer violência sexual antes dos 18 anos de idade (entre os homens, a estimativa é de 16% a 30%). No Brasil, quase 70% das notificações de violência contra mulheres com deficiência em 2019 referiam-se àquelas com

deficiência intelectual (Cerqueira et al., 2021). No mundo todo, jovens com deficiência são desacreditados quando denunciam abuso ou violência, o que ajuda a perpetuar a vulneração desse grupo. Para Meresman (2020), não é a condição da deficiência que impõe limites intransponíveis ao exercício da sexualidade, e sim a existência de uma série de estigmas e mitos estruturais que perpassam o cuidado à saúde e obstaculizam a educação sexual, a prevenção da violência e de infecções sexualmente transmissíveis (IST), impedindo o exercício pleno e saudável da sexualidade. O ambiente familiar também contribui, dada a negação e a repressão das necessidades e dos desejos sexuais dos filhos com deficiência, o controle excessivo, barreiras ao exercício de sua autonomia e da privacidade.

Pensar a universalidade deste direito implica reconhecer que existem obstáculos que variam em função da condição específica da deficiência de cada pessoa, da severidade das limitações funcionais e dos diferentes impactos relacionados ao fato de a deficiência ser congênita ou adquirida. A experiência da exclusão social, com base no modelo social da deficiência, é influenciada também pelos demais marcadores sociais a exemplo de raça e cor, gênero, etnia, classe, orientação sexual, entre outros (Souza & Madeira, 2021).

Há ainda a subjetividade inerente a cada indivíduo, posto que pessoas com deficiência não compõem um grupo homogêneo, são diversas, têm desejos, necessidades e interações singulares, como todo mundo, e são influenciadas pelos recursos aos quais têm acesso. Este capítulo não se dedica a olhar para essas particularidades amiúde, e sim a pontuar obstáculos à consigna universal vivenciados por milhões de pessoas — no Brasil e em todo o mundo — que se deparam com barreiras ao exercício pleno da sexualidade.

A sua relevância decorre do porte da população mundial com deficiência: de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011), 15,6% da população mundial apresenta algum tipo de deficiência, e os países menos desenvolvidos e com acesso mais precário à saúde tendem a concentrar mais pessoas com deficiência (18%) do que os mais desenvolvidos (11,8%).¹

Apoiado em revisão da literatura, este capítulo procura desvelar os condicionantes, os desafios e as oportunidades para a efetivação do exercício da sexualidade das pessoas com deficiência, em particular daquelas com deficiência intelectual (DI), direito universal cuja institucionalização no Brasil não foi suficiente para garanti-lo.

¹ Dados recentes do Brasil apontam que 9% da população tem deficiência. IBGE, PNAD Contínua (Módulo Pessoas com Deficiência). Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_media/ibge/arquivos/0a9afaed04d79830f73a16136dba23b9.pdf. Acesso em: 11 mar. 2024.

O MITO DA SEXUALIDADE DESVIANTE — O PODER DA FICÇÃO INTERPELANDO DIREITOS

A sexualidade constitui componente da personalidade, da autoestima, da vivência e da percepção de saúde e bem-estar, sendo sua expressão uma parte fundamental da vida humana; envolve emoções, crenças, moralidade, contextos biológicos e sociais, e afeta a formação da identidade das pessoas. Direitos sexuais englobam a possibilidade da vivência de sexo seguro, livre de coerção, discriminação e violência (Mendes, 2019; WHO, 2015; Whittle & Butler, 2018). Entretanto, o processo social de sua formação é influenciado por representações socioculturais marcadas pela corponormatividade² que inferioriza pessoas com deficiência — consideradas fora do padrão — resultando na invisibilização de suas características e necessidades.

Da corponormatividade deriva o mito de que a sexualidade das pessoas com deficiência seja desviante (Maia & Ribeiro, 2010), constituída em uma série de estigmas que marcam noções paradoxais: anjo e demônio; ausência e excesso; estético e inaceitável. Assim, ao mesmo tempo que são consideradas desprovidas de afetos e desejos (mito da assexualidade); também lhes associam a exacerbação, bestialização e sede sexual insaciável (mito da hipersexualidade); há ainda a crença de que não conseguem usufruir do sexo “normal”, ficção pautada em supostos desvios no desejo e no orgasmo; da incapacidade e imaturidade e da objetificação materializada pelo foco excessivo na deficiência. Esses estereótipos, em contato com o capacitismo estruturante das relações sociais, têm resultado na superproteção e na ausência de informação e conhecimento sobre a sexualidade das pessoas com deficiência (Nicolau, Schraiber & Ayres, 2013; Souza & Madeira, 2021; Maia & Ribeiro, 2010), tornando-as alvo fácil de abusos.

Pessoas com deficiência intelectual são aquelas que mais sistematicamente têm seus direitos humanos violados. Uma série de tabus as tem aprisionado na representação social de eternas crianças, dependentes de proteção e da ajuda de outrem, incapazes de desenvolver estratégias que as habilite à vida adulta. A desumanização e a infantilização é de tal monta que seus direitos sexuais e reprodutivos seguem cerceados por um macro ambiente cultural opressor, que não provê o apoio necessário à vivência saudável e positiva, principalmente para as mulheres (Whittle & Butler, 2018; Nicolau, Schraiber & Ayres, 2013). Ainda em 2024, o imaginário social coletivo não consegue atribuir legitimidade aos di-

² A corponormatividade é aqui compreendida na perspectiva de McRuer, como um padrão de normalidade atribuído ao corpo sem deficiência, definido em oposição ao que é dissidente (McRuer, 2006 apud Magnabosco & Souza, 2019).

reitos sexuais e reprodutivos desse grupo, estabelecendo uma relação hierárquica entre vidas que oprimem e aquelas que são oprimidas.

Vale notar que praticamente não há relato na literatura da população transgênero com deficiência intelectual, nem homoafetiva ou bissexual, permitindo inferir que a subjetividade dessas pessoas não encontra espaço para manifestação (Brown & McCann, 2018). Há evidente esvaziamento da temática nas pesquisas, nas políticas públicas e nos movimentos de luta pela emancipação das pessoas com deficiência. Percebidas como *quase pessoas*, são ineligíveis a uma identidade de gênero e orientação sexual e as manifestações da sexualidade (tida como desviante) são interpretadas como brincadeiras de meninas. Sua humanidade segue, assim, exilada, aprisionada em uma cultura opressora que estabelece aquilo que não se qualificaria a ser. Portanto, pode-se afirmar que um dos mitos em torno das pessoas com deficiência intelectual é que são cisheterossexuais (Maia & Ribeiro, 2010).

O mito da incapacidade de sentir desejos sexuais e de uma pureza e inocência angelicais é principalmente associado às mulheres com DI. A narrativa capacitista infantiliza e condiciona o desenvolvimento psicológico e emocional dessas mulheres (Meresman, 2020), vulnerando-as, expondo-as ao abuso e à violência e invisibilizando seus projetos de vida independente. Estigmas e aversão social de lhes verem exercer a maternidade têm inviabilizado sua vida sexual plena e positiva. Na literatura, há relatos sobre como a proteção familiar resulta, por vezes, na repressão e no castigo físico para coibir a manifestação da sexualidade e na defesa da esterilização química e histerectomias para impedir uma gravidez indesejada pelas famílias, assim como para dissimular situações de abuso sexual, por vezes evidenciado somente com a gestação (Bastos & Deslandes, 2012).

Whittle & Butler (2018) denunciam que uma das formas mais comuns de materializar o desrespeito à sexualidade de pessoas com deficiência intelectual é quando, por exemplo, famílias definem a mudança das instituições às quais estão vinculadas sem considerar os vínculos estabelecidos, relacionamentos amorosos e desejos desses adultos.

Outro mito frequentemente relatado na literatura diz respeito à hipersexualidade, atribuído majoritariamente aos homens com deficiência intelectual. Note-se que o gênero marca também essa temática: ao mesmo tempo que relata uma sexualidade exacerbada dos homens, conforme moldado pelo patriarcado, às mulheres cabe a pureza e o medo de interações bruscas e violentas por esse homem bestificado no imaginário social (Bastos & Deslandes, 2012). Essa percepção enviesada leva cuidadores a legitimarem discursos e práticas de que o sexo é sujo e deve ser evitado (Brown & McCann, 2018). Para os autores, enquanto a sexualidade deles é percebida pela família e educadores em face da masturbação, a delas ocorre por mudanças no corpo, quando passam a ocupar um imaginário

de crianças crescidas (Bastos & Deslandes, 2012). Elas são ensinadas a realizar os afazeres domésticos, a cozinhar, a lavar e passar roupas, e as demais atribuições para que ocupem seu papel de cuidadoras, naturalizado como uma função feminina. Mas as responsabilidades e tarefas associadas à vida adulta não vêm acompanhadas de seu reconhecimento como tal (Bastos & Deslandes, 2012; Block, 2002), configurando uma versão moderna e naturalizada da escravização humana em face da corponormatividade genderizada.

Em direção contra-hegemônica há estudos (Giami, 2004; Bastos & Deslandes, 2012) que aventam a hipótese, aqui defendida, que a manifestação sexual percebida como exacerbada, considerada desviante e disfuncional dos homens com DI, principalmente, derivaria da falta de oportunidade de sublimar, explorar e exercer saudavelmente sua sexualidade, assim como com a falta de ferramentas simbólicas e apoio, e os impedimentos à sua autonomia e independência. A negação de espaços privados produziria uma percepção de que tudo existe no público, o que explicaria a manifestação de atos sexuais em locais impróprios, gerando constrangimento e reforçando os estigmas associados a eles. O acesso à informação, quando existe, é viabilizado a partir de pornografia e análogos, com representação limitada e muitas vezes estereotipada, e violenta, do ato sexual (Whittle & Butler, 2018) levando a não constituição, desde a infância, de uma noção evidente entre o que cabe ao espaço privado e ao público (Katz & Lazcano-Ponce, 2008).

A falta de conhecimento e informações disponíveis configura importante barreira ao exercício da sexualidade. Ainda que nem todos os adultos com deficiência intelectual relatem ter interesse no ato sexual em si, e menos ainda as mulheres, a maioria tem interesse de engajar em relacionamentos íntimos e amorosos (Lucena et al., 2023). Entretanto, não se criam oportunidades e condições mínimas de aprendizagem das regras sociais para pessoas com DI. A privação do convívio, o pouco espaço em redes sociais, a superproteção e a não atribuição de função social, em conjunto, não permitem que aprendam com os erros e ajustem sua conduta como tradicionalmente ocorre no processo de as pessoas se tornarem adultas e envelhecerem (Whittle & Butler, 2018); para os autores, a hipersexualidade torna-se uma profecia autorrealizável.

Ademais, a corporeidade da mulher com deficiência é desclassificada por padrões de beleza constituídos à sua revelia (outra materialização da corponormatividade), resultando no mito de serem pouco atraentes, incapazes de despertar desejos (Maia & Ribeiro, 2010; Souza & Madeira, 2021; Zuin, Leão & Denari, 2022). A realidade baseada em estigmas tão desumanizadores ocasiona associações irrealistas de padrão de corpos, de atração e de parâmetros para ser elegível ao afeto, exilando, também pela estética, a sexualidade daqueles corpos. Não à toa, a literatura pontua muita insegurança definida por uma baixa

autoestima. A ideologia que relaciona determinada aparência com a elegibilidade ao amor, ao relacionamento e a ocupar os espaços sociais, segue naturalizada e aquelas cujos corpos destoam dos padrões vigentes são desacreditadas em relação às expectativas de gênero (Nicolau, Schraiber & Ayres, 2013; Souza & Madeira, 2021; Maia & Ribeiro, 2010).

O mito de incapacidade e imaturidade destas mulheres também afeta o exercício de sua sexualidade (Pereira, Ferreira & Diniz, 2020). A ficção em torno de suposta incapacidade de aprendizado³ colabora com a negação de sua autodeterminação e do direito a uma vida sexual autônoma. Há ainda o mito da deficiência como objeto de prazer, conhecido como *devotee*, fetichismo determinado pela objetificação via focalização na deficiência e não na pessoa.

A vulnerabilidade é também programática: as estratégias e ações não contemplam toda a diversidade humana resultando no despreparo do Estado, na perenidade dos estigmas, na falta de políticas assistenciais que contemplem as especificidades das pessoas com deficiência e na inacessibilidade dos serviços. Ainda hoje, a atenção à saúde volta-se, majoritariamente, para enquadrar a pessoa à normatividade, para a desejada tarefa de potencializar a sua funcionalidade, mas não se ocupa das determinações sociais que afetam seus processos de saúde, bem-estar e adoecimento (Othero & Ayres, 2012). Persistem falhas tanto em prevenir, quanto em localizar as necessidades, cuidar e promover a saúde das mulheres com deficiência, amplificadas quando se trata daquelas com deficiência intelectual. A garantia de seus direitos sexuais depende da definição de contextos assistenciais que incorporem os estigmas do macroambiente e as especificidades de saúde, pontuando a inequívoca urgência de atuar na disseminação e na promoção dos direitos humanos e sociais nas práticas cotidianas dos serviços de saúde (Nicolau, Schraiber & Ayres, 2013; Brown & McCann, 2018), o que demanda planejar e implementar ações de educação continuada para trabalhadores e equipes de saúde.

DESAFIOS E OPORTUNIDADES: EXPLORANDO CAMINHOS POSSÍVEIS

O enfoque ético pautado na valorização da diversidade humana clama o respeito à sexualidade das pessoas com deficiência. Independentemente de suas características individuais, de como desejam experienciar sua sexualidade, cabe ao Estado garantir-lhes condições para efetivação desse direito humano universal. Vale mencionar a importância de olhar para esse grupo, que tem sido

³ Em vez de reconhecer sua forma diversificada de aprender, como defende Vigotski 1997 apud Dias & Lopes de Oliveira, 2013.

invisibilizado mesmo dentro da pauta da pessoa com deficiência, que apresenta os piores indicadores sociais e de vulnerabilidade a abusos, ao mesmo tempo que são as mais silenciadas na produção de conhecimento.

Em face da especificidade das barreiras adicionais vivenciadas pelas mulheres, pontua-se a necessidade de iniciativas identitárias para sua ressignificação e o estabelecimento de condições sociais, apoios, informação, educação, habilidades para autodeterminação, para a interação social e desconstrução das narrativas capacitistas. Souza & Madeira (2021) chamam a atenção para a estrutura social do Brasil e a necessidade do acesso ao cuidado qualificado para todas as mulheres, tendo em vista as desigualdades que afetam a autonomia e as condições de requerimento e exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

É preciso avançar com o entendimento dentro dos comitês de ética em pesquisa que, na busca legítima de evitar danos e prejuízos e proteger uma população mais vulnerabilizada, muitas vezes restringem o acesso e impedem sua participação neste canal de escuta: mesmo sem intenção, negam-lhes a existência também nas pesquisas científicas. Note-se que a incorporação de suas perspectivas e seus desejos nos processos de formação de conhecimento também é obstaculizada por colateralidades da profunda exclusão social que vivenciam e pela falta de acessibilidade comunicacional.

O encontro com a subjetividade da pessoa com deficiência intelectual se beneficiaria de pontes de comunicação, oportunizadas pelo uso da linguagem simples, das pranchas de comunicação alternativa e aumentativa (CAA), e de demais mediações. A eliminação das barreiras comunicacionais é necessária para o acesso ao seu território existencial, para os encontros intersubjetivos na prática do cuidado e para a apropriação da temática livre de vieses, permitindo que constituam a cartografia social de sua sexualidade.

Estudo dedicado a escutar exclusivamente o que diziam adultos com DI sobre sua sexualidade revelou dúvidas sobre os comportamentos sexuais aceitáveis, a capacidade de reconhecimento dos limites em função do déficit cognitivo e se a DI impactaria na expressão da sexualidade (Whittle & Butler, 2018). A falta de espaços e redes para socialização produz anteparo ao exercício da sexualidade, assim como a ausência de orientações e apoios necessários (Brown & McCann, 2018; Araújo & Aiello, 2013).

Estudo de Simões (2015) conclui que quanto mais comprometido cognitivamente, menor elegibilidade atribuída, por trabalhadores, à sua sexualidade; como se o déficit intelectual resumisse todos os aspectos da vida da pessoa, o que não encontra validação científica. Por sua vez, quanto menor o comprometimento intelectual, maior a pressão pela normalização de suas condutas; revelou também que jovens com DI não se consideravam diferentes do que é padroni-

zado como normal e tinham evidência que a diferenciação, o desvio percebido pelos outros, configura uma marca negativa/desvantagem.

Whittle & Butler (2018) relatam que seus interlocutores também não se reconhecem como pessoas com DI, entendendo o rótulo como algo atribuído a eles por outras pessoas, e chamando a atenção para um território político que tem sido excluído na produção do saber. Foi relatado o desejo de jovens com DI se relacionarem com pessoas sem deficiência, o que não encontra acolhimento na sociedade capacitista: aqueles que estavam engajados em relacionamento tinham como parceiro, pessoa com a mesma condição. Por suposto, o bem-sucedido esforço em despir-lhes de sua humanidade não permite que haja relacionamentos íntimos e amorosos entre pessoas com DI e pessoas sem deficiência, cuja ausência segue naturalizada.

Brown & McCann (2018), em estudo que buscou a narrativa das pessoas com DI, identificaram a pertinência de apoio ao desenvolvimento da argumentação e habilidades de negociação, para apoiar o repertório com questões corriqueiras de um relacionamento. A educação sexual disponível foi considerada insuficiente, quase exclusivamente voltada para a proteção, em vez de trazer conteúdo sobre relacionamento e sexualidade. Mendes (2019) aponta para a necessidade de recuperar a sexualidade como componente da subjetividade humana, cujo exercício precisa se expressar livre de imposições socionormativas; já Eastgate (2008) recomenda que a educação sexual para jovens com DI inclua temas como manejo da menstruação, masturbação, consentimento, gravidez e criação de filhos. Brown & McCann (2018) verificaram que a existência de espaços para sanar dúvidas, compartilhar expectativas e medos normalmente amplificam as chances de adultos com DI engajarem em relacionamento amoroso e exercitarem sua sexualidade, indicando a necessidade de fornecer apoio psicológico para tratar inseguranças e abusos sexuais; apoiar as frustrações que relacionamentos por vezes causam; empreender ações para eliminar as barreiras atitudinais, comunicacionais e arquitetônicas, e realçar que o apoio à expressão da sexualidade depende de abordagens inclusiva, acessível e centrada em seus direitos, com foco nas aspirações das próprias pessoas com DI.

O desenvolvimento de programas para apoiar a tomada de decisão, exercer a autodeterminação como um aconselhamento individual e independente é considerado importante para lidar com a superproteção ou as proibições que violam seus direitos. A construção de uma identidade sexual demanda segurança nas informações e canal de comunicação, livres de capacitismo e demais preconceitos, para o apoio, até mesmo, da expressão da identidade LGBTQIA+.

A falta de acesso à informação confiável e segura (nas bases estabelecidas pelos direitos humanos) é relatada como importante barreira visto que

praticamente não há produção desse tipo de conteúdo, e o pouco que há não se encontra acessível (Souza & Madeira, 2021). Há estudos que defendem a pertinência de desenvolver técnicas de educação sexual voltadas para familiares e cuidadores para apoiar a compreensão sobre a sexualidade das pessoas com deficiência (Bastos & Deslandes, 2012; Gokgoz, Demirci & Kabukcuoglu, 2021), reconhecendo o obstáculo ao exercício pleno e saudável da sexualidade constituído com base na invisibilização e na superproteção familiar. É importante que iniciativas educativas sejam planejadas e empreendidas desde a infância (Katz & Lazcano-Ponce, 2008), voltadas para conhecer as partes do corpo, representá-las em pranchas de comunicação, e esclarecer quais são as partes privadas que não devem ser tocadas sem consentimento. Na puberdade e na adolescência deve-se dar acesso a informações e conteúdo para prosseguir com o embasamento sobre o corpo e a sexualidade, assim como promover atividades de integração na comunidade. A necessidade, desde cedo na vida da pessoa com deficiência, do estabelecimento de separação evidente entre o que é de domínio público do que seria privado resta evidente, como forma de evitar manifestações sexuais em espaços públicos (a ficção da bestialidade) ou ainda para ampliar seu repertório para a autocuidado (a ficção da vulneração inevitável), pontuando a importância da tradução e da disseminação do material de apoio sobre sexualidade para compartilhar com familiares das pessoas com deficiência publicado em 2012 pela UNICEF-UNFPA (Meresman, 2012).

Note-se que, em que pese constituir população particularmente vulnerável, não há políticas e estratégias sistêmicas para que a própria pessoa consiga compreender situações de abuso, separando-as das legítimas demonstrações de carinho e afeto, e denunciando-as.⁴ Segue ignorada a importância de desenvolver habilidades para o autocuidado, o reconhecimento do risco, expressar o não consentimento, denunciar etc. (Maia & Ribeiro, 2010; Ferrari, 2016; Souza & Madeira, 2021).

Verifica-se que estas pessoas podem enfrentar barreiras particulares à comunicação e que não raro acessam o Estado acompanhados de seu abusador, suscitando a pertinência do desenvolvimento de protocolos de atenção a sintomas de abuso, da primordialidade de que o cuidado à saúde busque a comunicação com a própria pessoa — com apoio de tecnologias assistivas, se necessário —, e de mecanismos de denúncia acessíveis a todos. A ressignificação social dessa população é condição *sine qua non* à efetivação de seus direitos humanos, uma vez que atualmente são desacreditadas nos meios sociais, levando à desconsideração de sua própria narrativa.

⁴ Uma iniciativa da sociedade civil organizada resultou, no Brasil, na cartilha “Eu Me Protejo”: de acesso livre e gratuito, em linguagem acessível, seu conteúdo orienta e instrumentaliza escolas, familiares e profissionais a apoiarem o processo de educação sexual, estabelecendo bases para crianças, inclusive as com DI, protagonizarem seu próprio cuidado (Costa, G. et al., 2022).

Um sistema de saúde universal em torno do conceito ampliado de saúde, que engloba não somente a atenção, como a promoção e a prevenção, deveria trazer para a Atenção Primária ações para validar e implementar os direitos sexuais e reprodutivos deste extrato populacional.⁵

O cuidado territorializado oportuniza a ressignificação social com base em ações para a crítica e a superação do capacitismo tanto nas unidades de saúde quanto no território adscrito, espaço profícuo para a tessitura de encontros interpessoais, para constituições cotidianas de outras narrativas capazes de respeitar e valorizar toda a diversidade humana com suas características e com marcadores identitários. O estabelecimento de vínculo e acolhimento, atributos da Atenção Primária, oportunizaria a fidedignidade da informação e o entendimento tanto de seus direitos, quanto aqueles para o delineamento dos apoios necessários para sua efetivação. Entretanto, essas instituições são forjadas na mesma base corponormativa, e iniciativas para localização e combate do capacitismo entre profissionais de saúde precisariam anteceder qualquer ação voltada para essa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o acolhimento à Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, e da promulgação da LBI, também às pessoas com deficiência, foi reconhecido o direito à vida sexual e reprodutiva plena e de livre escolha no Brasil. Entretanto, a invisibilização e a infantilização desse extrato populacional no contexto dos serviços de saúde ocasionam a falta de iniciativas para oportunizar a efetivação de seus direitos, para prover o suporte necessário, para ressignificar a normatividade do que é considerada uma vida sexual plena em face de toda a diversidade humana. Informações que poderiam apoiar a apreensão das formas de proteção contra infecções sexualmente transmissíveis e abusos, e para a contracepção, não são acessíveis a todas as pessoas, especialmente para aquelas com deficiência intelectual.

O descaso se manifesta, ademais, quando temas são investigados sem contemplar as características das pessoas com deficiência, especialmente quando os dados estatísticos pontuam a necessidade de ações de reparação e redistribuição para corrigir injustiças sociais. Materializa-se também quando pessoas com deficiência são ignoradas nas ações universais.

⁵ Ressalte-se esforço recente da Fiocruz em produzir guias sobre direitos e saúde sexual das pessoas com deficiência, sobre o cuidado menstrual das pessoas com e sem deficiência (em linguagem simples, libras e áudio-descrito, e em cordel). Há também o Guia para o aleitamento materno inclusivo (em etapa de validação) (Costa et al., 2022; 2023; 2024).

Buscas nas bases de conhecimento revelaram uma literatura que se constitui, em grande parte, à revelia do relato de homens e mulheres com deficiência e apontam a existência de uma identidade silenciada na produção de conhecimento. Segue faltante a investigação sobre o desenho, a implementação e o acompanhamento de políticas, normativas e ações para a efetivação dos direitos das pessoas com deficiência, sem ignorar as produções resultantes do encontro dos sistemas de opressão, com foco nos direitos das pessoas pobres, negras, homoafetivas e naquelas com deficiência intelectual.

Urge compreender os condicionantes da exclusão e da segregação, para seu enfrentamento, situando e incluindo a pessoa com deficiência nos espaços sociais, em contato com outras pessoas, e oportunizando que ela crie e se aproprie das determinações socioculturais que carregam as chaves de leitura que vão conceber explicações de suas corporeidades em um dado território. Por suposto, em face da desigualdade em todos os indicadores, ações voltadas para a inclusão social, a participação das pessoas com deficiência e a desconstrução dos estereótipos que interpelam seus direitos são necessárias para o enfrentamento de sua naturalizada segregação social. Entretanto, o caráter social de tal empreendimento tem sido ignorado e iniciativas para combater o quadro instalado de violência social segue despejado nas famílias, majoritariamente nas mulheres.

A circunscrição da deficiência como um problema da esfera privada — estrutura eivada pelo modelo normatizador biomédico da deficiência — segue delineando o imaginário social, a tal ponto que famílias de pessoas SEM deficiência não lutam pelos direitos humanos das pessoas com deficiência.

Como um todo disforme — e violento — é simbólico que essa coletividade pouco conheça a luta pela emancipação das pessoas com deficiência, e pior, despem-se de sua humanidade ao não reconhecerem seu papel no esforço civilizatório do enfrentamento à violência de situar algumas vidas como superiores a outras.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, G. M. S. & AIELLO, A. L. R. Rede social de apoio de mães com def. intelectual. *Rev. Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, vol. 26, n.º 4, pp. 752-61, 2013.
- BASTOS, O. M & DESLANDES, S. F. Sexualidade e deficiência intelectual: narrativas de pais de adolescentes. *Physis: Rev saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 22 n.º 3, pp. 1.031-46, jul.-set., 2012.
- BLOCK, P. Sexuality, parenthood, and cognitive disability in Brazil. *Sexuality and Disability*, vol. 20, n.º 1, pp. 7-28, 2002.

- BRASIL. *Decreto Legislativo n.º 186*, 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 mar 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/congresso/dlg/dlg-186-2008.htm . Acesso em: 10 fev. 2024.
- BRASIL. *Lei n.º 13.146*, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 10 fev. 2024.
- BROWN, M. & MCCANN, E. Sexuality issues and the voices of adults with Intellectual disabilities: a systematic review of literature. *Research in Developmental Disabilities*, vol. 74, pp. 124-38, 2018.
- CAMPBELL, F. K. InciPng Legal FicPons: Disability's Date with Ontology and the Ableist Body of the Law. *Griffith Law Review*, Londres, vol. 10, n.º 1, pp. 42-62, 2001.
- CERQUEIRA, D. et al. *Atlas da Violência*. IPEA. São Paulo: FBSP, 2021.
- COSTA, G. et al. Eu me Protejo: Prevenção é a vacina contra a epidemia de violência contra crianças com e sem deficiência In: COSTA, L. S. et al (orgs.). *Itinerário de reflexões e práticas de acessibilidade e inclusão: a potência do Fórum Interinstitucional*. Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, pp. 263-70, 2022.
- COSTA, L. S. et al. *Guia de direitos e de saúde sexual das pessoas com deficiência*. Ministério da Saúde. Fiocruz, 2022. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/55749>. Acesso em: 10 fev. 2024.
- COSTA, L. S. et al. *Guia para o cuidado menstrual de pessoas com e sem deficiência*. Ministério da Saúde. Fiocruz, 2023. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/60198>. Acesso em: 11 mar. 2024.
- COSTA, L. S. et al. *Guia de Aleitamento Materno Inclusivo*. Ministério da Saúde, Fiocruz, 2024. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6219>. Acesso em: 11 mar. 2024.
- DIAS, S. S. & LOPES de OLIVEIRA, M. C. S. Deficiência Intelectual na perspectiva histórico-cultural: contribuições ao estudo do desenvolvimento adulto. *Ver. Bras. Ed. Esp.*, Marília, vol. 19, n.º 2, pp. 169-82, abr.-jun. 2013.
- EASTGATE, G. Sexual health for people with intellectual disability. *Salud Publica de México*, vol. 50, n.º 2, pp. 255-9, 2008.
- FERRARI, I. M. S. F. *Risco de abuso sexual em pessoas com deficiência intelectual e contexto familiar sobre sexualidade*. 119 f. Mestrado em Educação Especial. Programa de Pós-Graduação em Educ. Especial, UFSC, São Carlos, 2016.
- FORESTI, T.; HODECKER, M. & BOUSFIELD, A. B. S. O cuidado na perspectiva de familiares de pessoas com deficiência: revisão integrativa. *Rev. Estud. psicol*, Natal, vol. 26, n.º 4, pp. 392-403, dez. 2021.
- GIAMI, A. *O anjo e a fera: sexualidade, deficiência mental, instituição*. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2004, 203 p.
- GOKGOZ, C. G.; DEMIRCI, A. D. & KABUKCUOGLU, K. Sexual behaviours

- and education in adolescents and Young adults with Down syndrome: a ground theory study of experiences and opinions of their mothers in Turkey. *Research in Development Disabilities*, vol. 112, pp. 103-907, 2021.
- KATZ, G. & LAZCANO-PONCE, E. Sexuality in subjects with intellectual disability: an educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. *Salud Publica de Mexico*, vol. 50, n.º 2, pp. 239-54, 2008.
- LUCENA et al. Vivência das sexualidades: Relatos de pessoas com deficiência intelectual. *Ver. Faculdade Ciências Médicas*, Paraíba, vol.1, n.º 1, pp. 39-51, 2023.
- MAGNABOSCO, M. B. & SOUZA, L. L. Aproximações possíveis entre os estudos da deficiência e as teorias feministas e de gênero. *Revista Estudos Feministas*, vol. 27, n.º 2, p. e56147, 2019.
- MAIA, A. C. B & RIBEIRO, P. R. M. Desfazendo mitos para minimizar o preconceito sobre a sexualidade de pessoas com deficiências. *Rev. Bras. Educação Especial*, Marília, vol. 16, n.º 2, pp. 159-76, 2010.
- MENDES, I. M. A. A autonomia da mulher sobre sua capacidade reprodutiva: o direito de não ter filhos. 161 f.. Mestrado em Direito Constitucional. Programa de Pós-Graduação em Direito. Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2019.
- MERESMAN, S. *Es parte de la vida: material de Apoyo sobre educación sexual integral y discapacidad para conversar en familia*. Montevideo: ANEP, 2012, 68 p.
- MERESMAN, S. *Es parte de la Vida II: para crecer con Derechos y Autonomía, Administración Nacional Educativa*. Montevideo: ANEP, 2020, 80 p.
- NICOLAU, S. M.; SCHRAIBER, L.B. & AYRES, J. R. C. M. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 18, n.º 3, pp. 863-72, 2013.
- OTHERO M. B & AYRES J. R. C. M. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. *Interface*, Botucatu. Vol. 16, n.º 40, pp. 219-34. 2012.
- PEREIRA, A. R.; FERREIRA, C. M. R. J. & DINIZ, M. O corpo da mulher com def intelectual nos discursos em pesquisas acadêmicas. *Rev Educ Especial*, Santa Maria, vol. 33, pp. 1-26, 2020.
- SANTOS, V. S. & OLIVER F. C. Jovens com deficiências e seus modos de vida: compreensão sobre suas experiências juvenis por meio de grupo focal e participação em comunidades online. *Rev. Ter. Ocup.*, USP, São Paulo, vol. 32, pp.1-3, jan.-dez. 2021-2022.
- SIMÕES, J. Deficiência Intelectual, Gênero e Sexualidade: algumas notas etnográficas em uma APAE do interior do Estado de São Paulo - Brasil. *Rev. Fac. Med.*, vol. 63, n.º 1, pp. 143-8, 2015.
- SOUZA, A. C. C & MADEIRA, D. F. P. O exercício dos direitos sexuais e reprodutivos por mulheres com deficiência mental ou intelectual no direito brasileiro. *OIKOS: família e sociedade em debate*, vol. 32, n.º 2, pp. 1-25, 2021.

- UNFPA. *Women and Young Persons with disabilities: Guidelines for providing rights-based and gender-responsive services*. Nova York, 2018, 181 p.
- WHITTLE, C. & BUTLER, C. *Sexuality in the lives of people with intellectual disabilities: a meta-ethnographic synthesis of qualitative Research in Developmental Disabilities*, vol. 75, pp. 68-81, 2018.
- WHO. World Health Organization. *Sexual health, human rights and the law*. Who Press: Geneva, 2015, 67 p.
- WHO. World Health Organization et al. *World report on disability*. Who Press: Geneva, 2011, 325 p.
- XAVIER, J. C. M. M. *Silêncio e invisibilidade: Iniquidades expressas na comunicação sobre deficiência em campanhas do Ministério da Saúde, entre 1988 e 2020*. 119 f. Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde. Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2022.
- ZUIN, L. F, LEÃO; A. M. C. & DENARI, F. E. Sexualidade e Deficiência Intelectual: Estigmas e Preconceitos. *Apae Ciência*, vol. 18, n.º 2, pp. 30-9, 2022.

Violência obstétrica: a dor ainda silenciada

Rita de Cássia Vasconcelos da Costa

Poder e violência são opostos; onde um domina absolutamente, o outro está ausente (Arendt, 2009, p. 80).

Historicamente, o parto foi considerado específico da natureza feminina e somente abriu as portas aos homens em meados do século XVII (Rezende, 2002). A partir de então, a prática dos cuidados se consolidou com o monopólio masculino e as tecnologias criadas por eles sedimentaram as raízes da compreensão da apropriação do parto como um evento médico (Aguiar, 2010).

O pensamento que vigorou na medicina ocidental foi o do corpo como sendo uma máquina, originado nos hospitais franceses: “o ventre e o útero formavam uma bomba mecânica e em situações específicas, era mais ou menos adequada para a expulsão do feto” (Martin, 2006, p. 104).

O corpo feminino passou a ser considerado como autoinsuficiente para parir um filho. A evolução dessa mentalidade gerou a utilização de instrumentos mecânicos, como o fórceps. Tais instrumentos ajudariam a essa máquina-corpo a trabalhar melhor, vindo em substituição às mãos das parteiras por ferramentas

masculinas. Dando continuidade a metáfora do corpo como sendo uma máquina, o médico seria assemelhado a um mecânico que conserta a máquina e o pré-natal como trabalho de manutenção. Durante a manutenção os médicos precisam descobrir a falha dessa máquina, cercada cada vez mais de aparatos para monitoramento, tais como: doppler, ultrassonografia, além de outros durante o trabalho de parto, como o sonar ou exame de cardiocografia (Martin, 2006).

No Brasil, entre os séculos XVI e XIX, o parto acontecia em casa, as mulheres mantinham a experiência da maternidade entre elas e algumas dividiam esse momento com as parteiras. O parto era considerado um acontecimento fisiológico: “tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo por parteiras-leigas” (Brenes, 1991, p. 135).

A parturiente, independentemente da classe social a que pertencesse, só procurava ajuda de um cirurgião em caso de enfermidades de risco ou no caso da burguesia, apenas por ostentação.

Os homens, por meio da porta da patologia, gradativamente foram ocupando mais e mais espaço. Passou-se a rechaçar o conhecimento milenar acumulado pelas parteiras e com isso perdeu-se o fio da fisiologia, expulsando essas mulheres e a própria família do recinto do parto (Rezende, 2002).

O olhar é voltado para a utilização de equipamentos cada vez mais aprimorados, centrado na medicalização e mercantilização relegando a um plano secundário os contextos psicossocial e ambiental. A obstetrícia tem uma história de luta em busca do poder, tendo como foco a exclusão da família, a depreciação do universo feminino, a transformação da atividade holística e humanística em um ato médico, androcêntrico, tecnocrático e cheio de riscos iminentes.

Após a Segunda Guerra Mundial, atingiu-se um ápice das intervenções médicas no ato de parir. Cabe ressaltar a separação entre mãe e filho no pós-parto imediato, as iatrogenias médicas, o início da nutrição artificial, dentre outras.

Nesse momento da história, considerado como tendo sido extremamente repressor, se destacaram na década de 1950 dois obstetras: o inglês Grantly Dick Read e o francês Fernand Lamaze. Ambos caminhavam na direção contrária à cultura biomédica e tinham como propósito o resgate do que modernamente é conhecido como o empoderamento das mulheres. Os referidos médicos construíram a sua argumentação chamando a atenção da sociedade de que o parir é um processo fisiológico que deveria ser resgatado.

Nessa época surge o Movimento do Parto sem Dor (PSD), método conhecido como psicoprofilático (Tornquist, 2004). Os profissionais adeptos do PSD defendiam a necessidade do pré-natal, no qual a mulher se preparava para o momento do parto. Esse preparo permitiria à mulher a obtenção do controle de suas emoções. Os profissionais levavam em consideração que muitas sofriam com

dores fortes. O objetivo era libertar suas mentes da cultura, rompendo com a visão do parto como sendo um castigo doloroso, e tornar a mulher protagonista de todo o processo.

POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DIREITOS REPRODUTIVOS E SEXUAIS

Nas décadas de 1960 e 1970 algumas mulheres começaram a se opor às forças conservadoras, no que tange à reprodutividade e à sexualidade.

Para Simone de Beauvoir (apud Scavone, 2001) a maternidade é uma construção social que restringe o valor da mulher ao seu papel de mãe. Nesse período, observa-se a passagem do feminismo igualitarista para fase do feminino centrado na mulher-sujeito. A partir dessa concepção eclodiu o feminismo contemporâneo que refutava o determinismo biológico, no qual não se aceitava mais o papel social de serem mães. Na sequência foram surgindo vários conceitos. De um lado havia concepções de que a maternidade era uma forma de opressão da mulher. Do outro lado, considerava-se a maternidade como sendo um poder insubstituível, uma fonte de vida e poder que distanciava o homem desse momento. Durante as sucessivas décadas foram vividos momentos de recusa e aceitação até se compreender que não se pode entender a maternidade sem o homem, o pai (Scavone, 2001).

No Brasil, nas décadas de 1970 e 1980, havia a presença de ativistas que lutavam pela autonomia das mulheres e, também, o movimento da reforma sanitária denunciando que os serviços prestados traziam riscos à saúde das mulheres. Como resposta à pressão exercida por esses dois movimentos e após a ratificação do governo brasileiro na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW), realizada em 1979, foi instituído, em 1983, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher (PAISM) (Hirsch, 2014). O quadro 1 apresenta as conferências e convenções internacionais sobre a maternidade, em que o governo brasileiro esteve presente e se comprometeu com recomendações, pactos e metas propostas.

O PAISM torna-se um marco na saúde da mulher, com a concepção de que a essa deva ser vista de forma integral. Anteriormente, os programas focavam na saúde materno-infantil. Já o PAISM, mesmo antes do Sistema Único de Saúde (SUS) ser construído pela reforma sanitária, causa uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política da saúde das mulheres, como também rompe com os critérios para a eleição das prioridades nesse campo (Osis, 1998). Propunha o desenvolvimento de uma rede básica de serviços que abrangessem diversas fases da vida da mulher com ações preventivas, diagnóstico e recupe-

ração da saúde ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, além de controle de doenças transmissíveis e da assistência no planejamento familiar. Dessa forma, oferecia a possibilidade de acesso a informações e decisões acerca da concepção, separando a sexualidade, ou seja, sendo considerada muito além da sua função reprodutiva.

Quadro 1. Conferências, convenções e recomendações ratificadas pelo governo brasileiro

Ano	Conferência/Convenção (Local)	Recomendações/Pactos/Metas
1979	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (Nova York/EUA)	Reconhece a “importância da maternidade e a função tanto do pai quanto da mãe na família e na educação dos filhos”, e que o papel da mulher na procriação não deve ser causa de discriminação. O Estado deverá assegurar à mulher os direitos em relação à maternidade.
1987	Conferência Internacional sobre Maternidade Segura (Nairóbi/Quênia)	Alertar para a gravidade da morte de mulheres por complicações da gravidez, parto e puerpério em âmbito mundial. Firmou-se a decisão de reduzir até 2000, em 50% o número de mortes maternas, referente aos dados existentes em 1985.
1989	Convenção sobre os Direitos das Crianças (Nova York/EUA)	Compromisso em relação à maternidade em que obrigam os países a assegurar às mães adequada assistência, pré-natal e pós-natal, os princípios básicos da saúde e nutrição da criança e as vantagens da amamentação.
1990	Cúpula Mundial em Favor da Criança (Nova York/EUA)	Determinou redução das causas da mortalidade materna e infantil e estabeleceu metas para cumprimento pelos Estados.
1994	Conferência Internacional sobre a População (Cairo/Egito)	Adotou o Plano de Ação da Conferência, reafirmando o direito à liberdade e aos direitos humanos no exercício da sexualidade da concepção e anticoncepção.
1994	Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Belém, Pará/Brasil)	Reconhece a violência de gênero, sendo um marco na promoção dos direitos das mulheres nas Américas.

Ano	Conferência/Convenção (Local)	Recomendações/Pactos/Metas
1995	4. ^a Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing/China)	Reconhece o direito no controle sobre a própria vida reprodutiva e sobre a fertilidade compartilhada e a responsabilidade reprodutiva com o homem, promovendo a equidade entre homens e mulheres de todo o mundo.
2000	Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU, criou uma Comissão Especial, para avaliar o andamento das medidas acordadas pela Conferência da Mulher (Nova York/EUA)	Recomendou que fossem mantidas as medidas sobre os direitos reprodutivos, direitos sexuais e sugerindo-se a revisão das leis sobre o aborto e sobre a mortalidade materna. Dentre as suas recomendações, inclui-se a instalação imediata da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) realizada em 2000, para investigar a mortalidade materna, o recurso excessivo da cirurgia cesariana como pretexto para realizar a laqueadura tubária, pois houve denúncia do absurdo uso eleitoral dessa prática e pôr fim ao desrespeito à integridade da mulher.
2007	23. ^a Conferência Sanitária Pan-Americana (Washington/EUA).	Comprometeu-se a reduzir a morte materna em 50% no decorrer da década, conforme Plano Regional para redução da mortalidade materna da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Fonte: Elaboração própria.

Toda a movimentação gerada pelo PSD, foram intituladas como “vanguardas obstétricas” (Tornquist, 2004). Na década de 1980 ocorreram os pós-PSD, com similaridade, e os profissionais seguiam alguns dos preceitos anteriores, como o de buscar o protagonismo da mulher. Um exemplo é o movimento pelo parto natural ou de cócoras, que defende a sua realização sem intervenções medicamentosas. Uma característica desse movimento é agregar ao parto um aspecto sexual e psicológico, havendo aí uma ruptura com as gerações passadas. O movimento prioriza o bem-estar para mãe e o bebê, surgindo a figura do “casal grávido” (Tornquist, 2004). Alguns ativistas desse momento foram: Michel Odent, Sheila Kitzinger, Moysés Paciornik, Frédérick Leboyer, dentre outros.

Esses ativistas permanecem compondo o campo da humanização e defendem o parir como sendo um instinto natural, a liberdade de movimento e a noção de intimidade na qual reconhece que a mulher sabe parir (Tornquist, 2004).

Na década de 1990, surgiu o movimento pelo parto humanizado englobando muitos dos preceitos anteriores “parto em que a mulher tem suas escolhas e seus direitos respeitados, sendo tratada de forma personalizada pela equipe médica” (Hirsch, 2014, p. 34). Posteriormente, foram produzidos dois documentos pela Rede Feminista para que fossem investigadas pela CPI a mortalidade materna (Brasil, 2001) e a violência obstétrica (Ciello et al., 2012). Ambos foram encaminhados para as CPI’s do Senado Federal. A mortalidade materna e a mortalidade infantil no período neonatal e perinatal estão vinculadas. Essas mortes são ocasionadas por afecções originadas durante a gestação ou outros problemas do parto/nascimento (Brasil, 1990).

Apenas em 1996 foi promulgada a lei do Planejamento Familiar (Brasil, 1996) e em 2005 a Lei do Acompanhante, em razão do ativismo dos Movimentos Sociais de Mulheres (Brasil, 2005). O método psicoprofilático apregoado no Movimento PSD, contudo, já sinalizava para a importância de trazer o pai para a cena do parto (Tornquist, 2004).

A persistente violação dos direitos humanos de proteção à vida e à autonomia feminina, mesmo com as legislações ratificadas no quadro 1, resultou em legislações e portarias após a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) (quadro 2). Infelizmente, nem sempre os compromissos são cumpridos, como no Caso da Alyne Pimentel, que teve morte materna evitável em 2002, ferindo os artigos 2.º e 12, c da CEDAW. Esse caso levou o Brasil a ser punido com sanções internacionais em 2008, após denúncias de Movimentos Sociais de Mulheres (Gali, 2018).

Quadro 2. Legislações e Portarias de Proteção à Vida após Constituição Federal de 1988

Data	Legislações e Portarias	Tema
19/09/1990	Lei n.º 8080/90 – SUS	Criação do Sistema Único de Saúde (SUS), lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.
28/12/1990	Lei n.º 8142/90 – SUS	Criação do Controle Social e Participação da Comunidade.
26/08/1993	Portaria MS/GM n.º 1.016 – De acordo do ECA/90	Criação do Alojamento Conjunto.

Data	Legislações e Portarias	Tema
1994	Comissão Nacional de Mortalidade Materna	Investigar a natureza dos óbitos maternos e criar Comitês Estaduais e Municipais.
12/01/1996	Lei n.º 9263/96 – Planejamento familiar	Regulamentação do planejamento foi uma conquista de direitos reprodutivos e sexuais, para regulação da fecundidade para mulheres e homens.
22/09/1998	Portaria n.º 163/98 – artigo 1.º da regulamentação 35.080.019	Regulamenta a realização do parto normal sem distócia pela enfermeira obstétrica.
05/08/1999	Portaria n.º 985	Cria o Centro de Parto Normal no âmbito do SUS.
01/06/2000	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) – Portaria GM n.º 569	Assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.
2001	Projeto de Lei n.º 5.741/2001	Dispõe sobre a criação dos Comitês de Estudos e Prevenção à Mortalidade Materna nos Estados e Municípios e dá outras providências.
05/11/2002	Portaria n.º 2048 – ACCR	Implanta o Acolhimento e a Classificação de Risco (ACCR) que deve ser realizado por profissionais de nível superior.
18/03/2004	Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal	Redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil.
07/04/2005	Lei n.º 11.108, Lei do Acompanhante	Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS.
03/01/2006	Lei n.º 11.265	Sobre alimentação para lactentes.
22/02/2006	Política Nacional de Humanização – Portaria GM/MS n.º 399	Garante as boas práticas de segurança e na Atenção ao Parto e Nascimento.
12/07/2007	Portaria n.º 1.683	Normas para implantação do método canguuru.
27/12/2007	Lei n.º 11.634	Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS.

Data	Legislações e Portarias	Tema
03/06/2008	RDC n.º 36	Regulamento técnico para os serviços de atenção obstétrica e neonatal.
30/12/2010	Portaria GM/MS n.º 4.279	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
24/06/2011	Portaria n.º 1.459 – Rede Cegonha	Institui a Rede Cegonha. Modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e redução da mortalidade materna e neonatal.
24/06/2011	Portaria n.º 1.473	Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde.
29/05/2013	Portaria n.º 904/13 – artigo 3.º	Desenvolver atividades educativas e de humanização visando a preparação da gestante para o plano de parto, nos Centros de Parto Normal (CPN) e da Amamentação, avaliar a viabilidade fetal e realizar o partograma.
21/10/2016	Portaria n.º 2.068	Dispõe sobre atenção à mulher e ao recém-nascido no alojamento conjunto.
14/02/2017	Portaria n.º 353	Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.

Fonte: Elaboração própria.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A psicologia social, que estuda as relações interpessoais, foi uma das áreas que contribuiu para o entendimento do poder que a classe médica possui nas sociedades e o quanto atua nas decisões das grávidas de todas as classes sociais. Os processos de influências são alguns dos principais temas da psicologia social (Maisonneuve, 1988). Cabe também frisar o uso que a mídia faz para o alcance dos seus objetivos, tais como as vendas de medicamentos, tratamentos eletivos, entre outros.

A psicologia social também analisa os fatores sociais da psicologia humana, a saber: motivação, atitudes, opiniões, estereótipos e preconceitos. A incoerência entre a adesão do Brasil a vários tratados internacionais e a maneira como ocorrem na prática os cuidados com a mulher grávida e sua família podem se constituir em um tema a ser incluído na agenda de construção de conhecimento na psicologia social.

O primeiro termo proposto para expressar a violência praticada por profissionais de saúde contra a gestante foi *disrespect and abuse in facility-based childbirth* (Bowser & Hill, 2010). Ele incluía: abuso físico e verbal, cuidado não consentido, atendimento não confidencial, cuidados não dignos, discriminação baseada em atributos específicos do paciente (como raça e condição socioeconômica), e permanência na maternidade. O conceito era restrito, entretanto, situações ocorridas durante o parto e o nascimento contribuíram para dar visibilidade ao tema, sendo posteriormente incorporado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2015). Esse conceito foi ampliado por Bohren et al. (2015) englobando mais maus-tratos (abuso sexual, descumprimento dos protocolos de atendimento, deficiência na prestação da assistência pelos prestadores, condição e custo da assistência, contexto da assistência e intencionalidade do profissional), embora não seja pré-requisito para classificação. O conceito de violência interpessoal proposto pela OMS, entretanto, considera a intencionalidade: “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça” (Krug et al., 2002, p. 5).

Em 2015, a OMS declarou os maus-tratos no ciclo gravídico-puerperal como uma questão de saúde pública e direitos humanos (WHO, 2015), embora não tenha introduzido o conceito de violência obstétrica de forma transparente. Em 2019, a relatoria especial sobre violência contra mulheres e meninas no Conselho de Direitos Humanos da ONU utilizou o termo violência obstétrica referindo-a como: “violência sofrida por mulheres durante a atenção ao parto em instituições de saúde” (Simonovic, 2019, p. 7).

Nos países da América Latina os movimentos sociais e as organizacionais lideraram ações relacionando violência de gênero às más práticas clínicas que culminaram em leis que tipificaram a violência obstétrica como crime. A Venezuela foi o primeiro país a conceituar a violência obstétrica e incluí-la na sua legislação em 2007:

Apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, que se expressa num atendimento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando

negativamente na qualidade de vida das mulheres (VEN, 2007, p. 9, tradução livre pela autora).

Em 2009, a Argentina também aprovou lei que define a violência obstétrica e contra a liberdade dos processos reprodutivos. Posteriormente, outros países como Panamá (2013), Bolívia (2013), México (2014) e Uruguai (2017) aprovaram leis similares à da Venezuela (CMA, 2020).

O Brasil ainda não tem uma lei específica sobre a violência obstétrica, mas a Constituição Federal garante direito à saúde, à integridade física e mental, e a não discriminação (Brasil, 1988). Adicionalmente, várias políticas públicas na área da saúde foram implementadas como o Programa de Humanização do Parto (Brasil, 2002), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004) e a Rede Cegonha para assegurar à mulher e à criança atendimento humanizado em toda rede do SUS (Brasil, 2011).

Em 2011, a notificação de violência passou a integrar a lista de notificação compulsória (Brasil, 2011b), incluída ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em nível nacional. Ainda não existe, contudo, um campo específico para registro de violência obstétrica, nem orientação para incluí-la no campo “outros” (Brasil, 2016), propiciando a sua invisibilidade.

A Pesquisa Nascer no Brasil (Leal et al., 2014) revelou a violação de direitos humanos de mulheres e meninas na assistência ao ciclo gravídico puerperal praticada por profissionais de saúde no país. Dentre elas destacam-se: toques vaginais excessivos e por múltiplos profissionais, episiotomia de rotina, manobra de Kristeller, amniotomia precoce, uso de ocitocina de rotina, cesariana sem indicação clínica e imposição da posição do parto. Todas essas práticas não são recomendadas na atenção ao parto (Brasil, 2017).

PROPOSTAS DA RODA DE CONVERSA COM GESTANTES DE SÃO GONÇALO

A roda de conversa com gestantes do Movimento de Mulheres de São Gonçalo (MMSG) do estado do Rio de Janeiro pleiteou a lei contra a violência obstétrica e garantia dos direitos das gestantes e puérperas, sendo sancionada em 2016. A lei define violência obstétrica como: “todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital público ou privado, por familiar ou acompanhante que ofenda de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de puerpério” (SG, 2016, art. 2.º). Também explicita os tipos de ofensas a serem consideradas como, por exemplo, recusa de atendimento e

aceleração do parto. Posteriormente, o artigo 4.º dessa lei foi alterado para detalhar como garantir a publicidade dos direitos (SG, 2023). Em 2021, o município do Rio de Janeiro também promulgou uma lei similar sobre o tema (RJ, 2021).

É fundamental realizar uma reforma obstétrica no Brasil que priorize uma maternidade segura, com escuta qualificada das grávidas e puérperas, valorização dos seus saberes, e que garanta os seus direitos. As mulheres não querem luxo e nem lixo, mas locais e profissionais de saúde preparados para assistência em todo o período gravídico-puerperal. Também é necessário enfrentar o corporativismo e a omissão de alguns profissionais de saúde, que praticam falta de respeito e ética com os seus pacientes e familiares. Toda a sociedade precisa se mobilizar para que a humanização do parto e do nascimento deixe de ser uma utopia e finalmente se torne realidade no nosso país.

As seguintes propostas podem auxiliar pesquisadores, profissionais de saúde e militantes dos movimentos sociais:

- Criação de espaços de fala e escuta nos quais a palavra circula, provoca descobertas, traz conhecimento e tece sentidos para a vida, onde gestantes e familiares mostram-se confiantes para expressarem suas angústias e sentimentos;
- Inclusão de profissional da área de psicologia e assistência social na equipe de assistência para dar suporte, principalmente, aos problemas mais frequentes: impacto emocional com a realidade da gravidez na família, dificuldade de obter informações nas consultas de pré-natal e sobre o momento do parto, preconceitos em relação a escolha do parto normal, desconhecimento dos seus direitos reprodutivos e sexuais, direito a acompanhante e acesso à cópia com as anotações do seu prontuário de atendimento, bem como com a assistência para a lida com o luto da perda do seu bebê;
- Desenvolvimento de projetos com jovens sobre a paternidade/parentalidade responsável, principalmente nas secretarias de Educação; bem como disponibilização de uniformes adaptados para grávidas;
- Articular a atenção da Estratégia de Saúde da Família com atividades educativas e cuidados de saúde primários com os serviços hospitalares de obstetrícia e pediatria, em uma Rede de Sistema de Garantia de Direitos Reprodutivos e Sexuais em cada município, com o Comitê de Investigação das Mortes Maternas e Neonatais e com fóruns perinatais.
- Capacitação dos profissionais de saúde que acompanham o período da gravidez/parto e os primeiros 24 meses do ciclo de vida das crianças; visando as competências técnicas, boas práticas clínicas, direitos dos(as) pacientes e articulações interinstitucionais;

- Inserção da notificação da violência obstétrica, para propiciar a visibilidade das violações realizadas e subsidiar políticas para o seu enfrentamento.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. 215 f. Doutorado em Ciências. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- ARENDT, H. *Sobre a Violência*. Trad. André Duarte. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.
- BOHREN, M. A. et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med.*, US, vol. 12, n.º 6, pp. 1-32. 2015.
- BOWSER, D. & HILL, K. *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth report of a landscape analysis* [internet]. Harvard School of Public Health University Research Co., LLC; 2010. Disponível em: <https://www.harppnet.org/resource/exploring-evidence-for-disrespect-and-abuse-in-facility-based-childbirth-report-of-a-landscape-analysis>. Acesso em: 10 jan. 2024.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. *Relatório da CPI da Mortalidade Materna*. Brasília (DF), 2001. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimater/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2024.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 9 jan. 2024.
- BRASIL. *Lei n.º 8.069*, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 9 jan. 2024.
- BRASIL. *Lei n.º 9.263*, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7.º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm. Acesso em: 9 jan. 2024.
- BRASIL. *Lei n.º 11.108*, de 7 de abril de 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 9 jan. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa: Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e nascimento*. 2002. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2024.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 1.459*, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 10 jan. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 104*, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. 2011b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 11 jan. 2024.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 11 jan. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida*. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.
- BRENES, A. C. História da Parturição no Brasil, no século XIX. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 7, n.º 2, pp. 135-49, abr.-jun. 1991.
- CIELLO, C. et al. *Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor"*. Parto do Princípio Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2024.
- CMA. Coletivo Margarida Alves. *Violência obstétrica no abortamento*. 2020. Disponível em: https://coletivomargaridaalves.org/wp-content/uploads/2020/07/CARTILHA-VIOL%C3%8ANCIA-OBST%C3%89TRICA-_-WEB.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 10, n.º 3, pp. 627-37. 2005.
- GALI, B. O caso Alyne: uma decisão sobre os direitos humanos das mulheres relacionados à mortalidade materna. *Tribuna do advogado - OAB/RJ*. Rio de Janeiro, 3 ago. 2018. Disponível em: <https://oabrj.org.br/tribuna/anuidade-zero-2012/caso-alyne-uma-decisao-sobre-os-direitos-humanos-das-mulheres>. Acesso em: 11 jan. 2024.
- HIRSCH, O. *O parto "natural" e "humanizado" um estudo comparativo entre mulheres de camadas populares e médias no Rio de Janeiro*. 354 f. Doutorado em Ciências

- Sociais. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade de Católica, Rio de Janeiro, 2014.
- KRUG, E. G. et al. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude>. Acesso em: 10 jan. 2024.
- LEAL, M. C. et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 30, suppl. 1, pp. 1-16. 2014.
- MAISONNEUVE, J. *A Psicologia Social*. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1988.
- MARTIN, E. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 14, supl. 1, pp. 25-32. 1998.
- REZENDE, J. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- RJ. Prefeitura do Município do Rio de Janeiro. *Lei n.º 6.898*, de 18 de maio de 2021. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando à proteção destas contra a violência obstétrica no Município e dá outras providências. Disponível em: <https://aplicnt.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/contlei.nsf/7cb7d306c2b748cb0325796000610ad8/0715bb152c51a168032586d90062f5d0?OpenDocument>. Acesso em: 11 jan. 2024.
- SCAVONE, L. Maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. *Cadernos Pagu*, Campinas, vol. 16, pp. 137-50, 2001.
- SG. Prefeitura Municipal de São Gonçalo. *Lei n.º 667*, de 8 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a proteção das gestantes contra a violência obstétrica no município de São de Gonçalo. Disponível em: https://portal.saogoncalo.rj.gov.br/pmsaogoncalo/websis/siapegov/legislativo/leis/lei_documento_anexo.php?id=%2013115&tipo=32. Acesso em: 11 jan. 2024.
- SG. Prefeitura Municipal de São Gonçalo. *Lei n.º 1519*, de 19 de dezembro de 2023. Altera a Lei n.º 667, de 8 de janeiro de 2016, para garantir a publicidade dos direitos às gestantes e parturientes durante o trabalho de parto, parto, e pós parto imediato no âmbito do município de São Gonçalo. Disponível em: https://sg.processolegislativo.com.br/areapublica/documento/?Lei/775_. Acesso em: 10 jan. 2024.
- SIMONOVIC, D. *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. 2019. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en>. Acesso em: 10 jan. 2024.
- TORNQUIST, C. S. *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. 376 f. Doutorado em Antropologia Social. Programa de Pós-Graduação em

Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

VEN. República Bolivariana de Venezuela (). *Lei n.º 38.668*, de 23 de abril de 2007. Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia. Disponível em: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.

WHO. World Health Organization. *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Geneva: WHO, 2015.

Desenvolvimento sustentável e saúde do trabalhador: “Esperando Godot”

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

“**N**ão existe espera, você tem que agir”. A frase de Zé Celso^{1, 2} se reporta à direção da clássica peça de Samuel Beckett “Esperando Godot”.³

Ao contrário do Godot original, em que os personagens o continuam esperando indefinidamente — talvez Deus (God-ot) —, na versão muito própria de Zé Celso, surpreendentemente Godot morre.

Esperar o desenvolvimento sustentável (DS) sem incluir o mundo do trabalho em suas entranhas políticas, ideológicas, epistemológicas é esperar Godot — o de Zé Celso. Caso não parta do primado da defesa intransigente e inegociável da saúde do trabalhador (ST) — sua dignidade, sua vida, seu direito humano —, a sobrevivência do DS corre perigo.

1 <https://www.youtube.com/watch?v=CJ7BTJN5IOE>. Acesso em: 14-16 ago. 2024.

2 Zé Celso – Wikipédia, a enciclopédia livre (wikipedia.org). Acesso em: 14-16 ago. 2024.

3 Esperando Godot de Samuel Beckett (culturaanimi.com.br). Acesso em: 14-16 ago. 2024.

Uma palavra que deve subir como estrela ao céu de nossas bocas — os que defendemos a ST — é esta: não existirá DS sem que ele passe pelo mundo do trabalho e os que o habitam e o alimentam. Tampouco sem o direito humano em sua plenitude.

A espécie humana existe por duas razões: o trabalho e sua decorrência: o desenvolvimento. Propiciado pelo modo como o trabalho escalou a montanha do tempo, o desenvolvimento da espécie é a sua sentença inexorável.

A fascinante história do trabalho humano, inaugurador da ciência empírica, hoje pouco ou nada reconhecida, não pode ser chamada de fascinante com respeito ao desenvolvimento da espécie. Nem precisa ser dito que o desenvolvimento humano colocou os seus provedores intelectuais, nossos cientistas ancestrais — os trabalhadores braçais, construtores, escravos, serviçais e artesãos — os que criaram o mundo do trabalho —, na escuridão dos porões da servidão. Fez-se o mundo do trabalho com a masmorra da opressão e da exploração sobre os que o construíram. Encarcerados continuam. Os séculos devem estar exaustos de assistir ao mesmo. Até hoje (agora mesmo) existem 50 milhões de seres humanos em condições de escravidão moderna.⁴ Mas, esse dado é uma estimativa e define apenas pessoas contabilizadas em situação de trabalho. Dados que se fossem analisados, com base em um conceito de escravidão moderna, não separariam escravos trabalhadores de trabalhadores escravizados por força dos modelos de desenvolvimento.

Alguma dúvida de que os 50 milhões de escravos ‘oficiais’ chegariam às casas estatísticas dos bilhões de seres humanos? Às vezes a ciência detalha para chocar menos, às vezes detalha para chocar mais. O que vale é saber que o número oficial é um exemplo de modéstia epidemiológica. Basta olhar para o lado.

No Brasil, estatísticas de trabalho escravo só se conhecem depois dos ‘apreendidos’ pela Polícia Federal (alguns “gatos pingados” diante da dimensão desconhecida). Por isso não é epidemiologicamente pertinente falar sobre esses números.⁵ Pertinente (e elegante) é falar sobre DS entre amigos, esperando o entregador de aplicativo trazer a pizza, depois das outras 20 entregas naquele dia, ou defender a sustentabilidade, dentro do Uber, a caminho da roda de samba. Isso na 20.^a corrida do motorista, naquele dia de samba, esperando Godot.

Não seria exagerado dizer que os 50 milhões de escravos modernos (reconhecidos) no mundo, estejam situados no Brasil, já que não há ‘precisão’ científica da pesquisa. Para nós, brasileiros, que andamos pelas ruas, entramos em *shoppings*, ônibus, bancos, farmácias, fábricas, lavouras, carros de aplicativos,

⁴ 50 milhões de pessoas vivem em condição de escravidão moderna no | OIM Brasil (iom.int). Acesso em: 14-16 ago. 2024.

⁵ Brasil registrou maior número de denúncias de trabalho escravo da história em 2023, diz governo | Política | G1 (globo.com). Acesso em: 14-16 ago. 2024.

condomínios e rodas de samba, o número de 50 milhões de escravos brasileiros e brasileiros escravizados é razoável. Pode não ser cientificamente correto, mas a empiria diz que é bem próximo da realidade.

Falar que existe desenvolvimento sustentável, sem que a saúde do trabalhador seja mencionada, será epistemologicamente correto? Os teóricos da sustentabilidade perguntarão: por que não? Perguntarão mesmo que no seu balaio de teorias não se encontre a realidade epistêmica dos 15 segundos.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) assevera, oficialmente, que a cada 15 segundos morre um ser humano de acidente ou doença no (ou do) trabalho no mundo — 6.300 mortes por dia totalizando 2,3 milhões de mortes por ano.⁶ Ainda que sejam números provavelmente subestimados, a OIT deveria vociferar a sentença de que nem existe e nem existirá desenvolvimento sustentável no mundo real, valendo-se desse escândalo algébrico mórbido.

O silêncio da OIT (por razões sabidas) é corroborado pela brandura do enunciado 8.º dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), — que contempla *trabalho decente e crescimento econômico*. A própria expressão que propõe trabalho decente considera, *per deductionem*, que o trabalho é indecente. É uma espécie de afirmação de que, embora seja indecente, em 2030 com os ODS, vamos torná-lo decente. Será?

O próprio objetivo 8.º dos ODS é uma confissão de culpa, ao juntar trabalho decente e crescimento econômico, já que são, ao que vemos, incompatíveis no mundo real.

A Conferência de Alma-Ata, de 1978, que buscava uma saúde para todos no ano 2000, mesmo não alcançando seu objetivo, foi fundamental para estimular novas formas de organização dos modelos de saúde (*vide* o SUS no Brasil).

Já dos ODS (até 2030), em que o trabalho, além de coadjuvante, ‘será decente’, não há o que esperar. Reitero que não há DS sem um profundo reconhecimento do trabalho como direito humano e como o alicerce da sustentabilidade.

Fui motivado a escrever o presente texto, a partir de uma revista científica conceituada do campo da saúde do trabalhador, com a chamada de artigos: “Desenvolvimento Sustentável e Saúde do Trabalhador”. Em virtude de normas de publicação que variam enormemente de revista a revista, baixa capacidade de autonomia da escrita dos autores, limites e formatos, prazos extensos, pareceristas anônimos que interferem em forma e conteúdo, formatos de referências muito próprios a cada revista e o ineditismo exigido por um prazo que impede os autores de divulgarem seus trabalhos no tempo ideal, já que o tempo de

6 <https://brasil.un.org/pt-br/62389-oit-um-trabalhador-morre-cada-15-segundos-por-acidentes-ou-doen%C3%A7as-relacionadas-ao-trabalho>. Acesso em: 14-16 ago. 2024.

espera é imprevisível, com a sempre presente possibilidade da rejeição, abri mão de não enviar esse texto para lá. A graça concedida por esta obra sobre direitos humanos, presente talvez imerecido que recebi dos misteriosos deuses das ciências sociais, oportunizou-me estar por aqui. A liberdade de expressão autoral em matérias cientificamente tangíveis, levou-me a um passado recente. Em minha tese intitulada *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado*, defendida em 2007, observei a “desfocalização da relação saúde-trabalho” nas teorias do DS.

Revisitando a chamada “Desenvolvimento Sustentável e Saúde do Trabalhador” fiz nova garimpagem bibliográfica em alguns bancos de dados. É desolador. Os escassos, demasiadamente escassos artigos, além de exaustivamente repetidos não animam, 17 anos depois, a continuar a pesquisa achando que se pode achar alguma coisa.

O mundo do trabalho é um estranho no ninho do DS. Direitos humanos por ser solidário à ST acompanha-lhe na solidão da periferia epistemológica.

Qual é o significado disso? Que relação existe entre DS e ST? Que teoria aproxima DS e ST? Quem discute a fundo se o DS tem algum elo de ligação, ainda que perdido, com a ST? Se tirarmos as asas de “DS-ST”, encontraremos algumas dessas respostas? Se ampliarmos as palavras-chaves encontraremos caminhos para as responder? Essas poderiam ser algumas das questões norteadoras deste texto ou de qualquer tese acadêmica, como foram na minha tese, pois (ainda) não há respostas.

Esperando Godot, toda a discussão sobre a relação DS-ST, suas epistemes cruzáveis esperam o cruzamento. Por mais que falemos em inter e transdisciplinaridade sobre o tema só temos teorias erráticas e omissas. A inclusão da variável direitos humanos agrava a decepção analítica. Por mais que decepção não seja uma palavra que circule nos debates teóricos do mundo da produção de conhecimentos, ei-la.

As primeiras menções à expressão ‘desenvolvimento sustentável’ remontam a 1987. Portanto, há poucos 37 anos. Curioso que somente depois de dezenas de milhares de anos de um desenvolvimento perpétuo (não sustentável), ele passa a ser desejado (ou despejado?) como sustentável. Simbolicamente é possível inferir que antes de 1987 essa sustentabilidade do desenvolvimento não era desejável (por não ser objeto de desejo da parcela humana — donos do poder — que conduziram o desenvolvimento —, cientistas e filósofos inclusos). E agora que, afortunadamente, passou a ser objeto de alguns, que bases políticas e científicas sustentarão o ideário da sustentabilidade sem considerar o trabalho humano, o mundo do trabalho, as relações de trabalho, os conflitos de classe e as relações saúde-trabalho como o princípio fundador do desenvolvimento e de sua consequente sustentabilidade? Ah! Talvez estejam aí atrás algumas pistas.

Mahatma Gandhi, bem antes de 1987, afirmava “Que Deus jamais permita que a Índia adote a industrialização à maneira do Ocidente. A Inglaterra precisou de metade dos recursos do planeta para alcançar tal prosperidade. De quantos planetas um país grande como a Índia iria precisar?”.⁷

Nada mais desafiador do que desconfiar dessa retórica adjetiva da palavra ‘desenvolvimento’ perante os rumos do desenvolvimento atual, real e desolador. O que se vê não contempla o desejo do que se quer ver. Nada mais contraditório do que assistir aos senhores condutores do desenvolvimento aderindo a diversos projetos atuais de sustentabilidade, logo os mesmos que contribuem para a insustentabilidade que nos desafia e afronta, e nos possibilitou chegar aqui. Um exemplo do cinismo discursivo é o dos barões das indústrias multinacionais e os governos que a eles se subordinam.

Existe alguma sincera perspectiva de desenvolvimento sustentável para as indústrias bélica, química, petróleo, mineração, agro? Uma retórica falsa, fruto de uma espécie de temor subjetivo das elites econômicas e donos do mundo de verem interrompidos, à sua revelia, os elos hereditários da perpetuação do poder.

Além de 1% destes seres deterem dois terços da riqueza mundial, estima-se que as fortunas bilionárias crescem atualmente (2023) 2,7 bilhões de dólares por dia.⁸

Pode não ser recomendável ser repetitivo, mas eu disse 2,7 bilhões de dólares por dia. Para esses, falar de DS é acrescentar um elo entre os elos dos que já dominaram e continuam dominando a cadeia produtiva da acumulação, da opressão e da dominação da classe trabalhadora na história do mundo. E continuarão acumulando, agora, com a retórica do DS, para “fazer jus” à definição do Relatório Brundtland: “O desenvolvimento que procura satisfazer as necessidades da geração atual, sem comprometer a capacidade das gerações futuras de satisfazerem as suas próprias necessidades...”. É muito evidente a ‘satisfação das suas próprias necessidades de continuar acumulando...’

Sem comentários... Uma radicalização da ideologia e da teoria da sustentabilidade, impõe-se. Um “desenvolvimento sustentável” (entre aspas mesmo), cheio de energias limpas, reciclagens de resíduos, pegadas de carbono etc., que torne o planeta mais “limpo”, será sustentável com trabalhadores confinados dentro dos muros inexpugnáveis dos *bunkers* produtivos, escravizados, morrendo, adoecendo, suicidando, sofrendo? E quem produzirá as novas energias limpas e reciclará os materiais reciclados, senão os mesmos trabalhadores escravos ou escravizados? Há, e deve mesmo haver, uma ideologia embutida no conceito da

7 D:\Livros\LIVROS-1\ESTOCO-1\Liv (funag.gov.br). Acesso em: 14-16 ago. 2024.

8 Dois terços da riqueza do mundo são acumulados por 1% da população mundial, diz Oxfam – Mundo – CartaCapital

sustentabilidade. Ela passa por palavras de ordem de vários matizes. Mas, todas elas deveriam ser alicerçadas em uma expressão-chave: direito humano.

Direito humano extensivo e inclusivo do direito à natureza. Mas, primordial e prioritariamente começando sempre pela pessoa humana, seja um sujeito individual, um sujeito coletivo, um sujeito político representativo ou seja um sujeito na solidão de seu abandono à própria sorte. Todos esses nas suas diversas relações com o trabalho e a sua saúde no trabalho — ao trabalhar, ao não poder trabalhar e ao trabalhar sem o direito de usufruir de sua própria saúde e própria vida. Quem acha que o trabalho é a categoria central da vida que sustenta a produção do mundo e que o seu protagonista é a classe trabalhadora acredita nisso. Nenhuma novidade. Basta crer. O direito humano, na perspectiva do desenvolvimento sustentável, é fácil de delimitar: o direito à terra — corpo do planeta — e o direito à saúde — corpo dos humanos. Mas, essa adesão está circunscrita a determinados grupos de idealistas e ideólogos, tais como ‘ambientalistas’ e suas inclusões nos movimentos sociais, nos parlamentos, nas academias, nas comunidades, nas escolas, nas pesquisas e demais.

Contudo, além de serem poucos, não parecem estar sintonizados com a ideia de um planeta sustentável que se sustenta no microcosmo de cada trabalhador, em cada atividade, seja qual for, em cada território, em cada momento, em cada circunstância, em cada subjetividade de sua entrega completa para sustentar a produção, seja qual for, desse mesmo mundo que vai se tornando cada vez menos humano e, portanto, mais insustentável (ou menos sustentável, se preferirem).

ESTADO, MERCADO E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

O DS é uma construção adjetivada. O substantivo desenvolvimento é mandatório. Se é predatório, belo, contido, feio, incontido, viável, sustentável ou insustentável depende da vontade (do dono) do substantivo.

O desenvolvimento é, sempre foi e sempre será econômico. O desenvolvimento, baseado em qualquer modelo, seguido por todos os países, em qualquer cenário sociopolítico, historicamente determinado, é sempre hegemônico na sua dimensão de apropriação econômica de seus resultados, por (poucas) pessoas, empresas, grupos e governantes sócios do poder econômico (e, nunca, pelas populações).

O dono do substantivo é, invariavelmente, o poder econômico.

Na Revolução Industrial, quando os riscos à saúde ameaçavam a própria reprodução da força de trabalho, o capital industrial emergente acendeu o sinal vermelho da barbárie que comprometia a sua própria reprodução. E o que fez,

antes mesmo do surgimento de sindicatos de trabalhadores? Criou com a elite parlamentar britânica, um modelo de desenvolvimento produtivo que sustentasse a sobrevivência da classe trabalhadora. Nascia aí o DS? Não. Timidamente nascia a legislação trabalhista — o famoso contrato de trabalho —, no qual, presumidamente, a classe trabalhadora seria protegida em sua saúde e sua vida. Ou seja, sob a regra do contrato feito pelos capitalistas industriais, o trabalho se tornaria... indecente... indecente regrado. Indecente regrado, como aliás diz a OIT quando propugna o trabalho... decente... 200 anos depois. Ao propor a decência no trabalho nos ODS e os donos do desenvolvimento e teóricos da sustentabilidade se cumpliciem na adjetivação eufemística desenvolvimento sustentável é criada na usina de produção de conhecimentos do mundo da ciência uma nova palavra de ordem: hipocrisia epistemológica ou, dependendo da versão, epistemologia hipócrita.

O Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, nos anos limítrofes da Guerra Fria, entraram na onda moderna de defender o meio ambiente, já sabedores que essa pauta era bem mais palatável e agradável do que continuar deblaterando com a luta de classe. Curioso que, pouco depois da queda do muro de Berlim (1989), já em 1994 havia sinais de um mercado promissor: o *eco-business*. Nesse mesmo ano (1994), nos Estados Unidos, existiam mais de mil laboratórios de análise de poluição muito competitivos entre si (Maimon, 1994). O estranho fato desse insólito ‘novo mercado’ é ainda misterioso. Muito provavelmente pelo fim da Guerra Fria e os novos emergentes verdes, substitutos oportunos (muitos, talvez, oportunistas) da ‘velha’ luta de classes ou... sabe-se lá... sabe-se lá se isso ocorreu por alguma influência do clássico de 1962 *Primavera Silenciosa*, de Rachel Carson;⁹ ou... se pela 1.^a Conferência das Nações Unidas sobre o meio ambiente e desenvolvimento, ocorrido em 1972 (Estocolmo, Suécia);¹⁰ ou... se com o Relatório Brundtland (*Nosso Futuro Comum*), em 1987;¹¹ ou se por tudo isso junto, com um mercado sempre de olho vivo, e cada vez mais vivo para sua sustentação.

Tanto nos documentos assinalados como nos textos que os analisaram posteriormente, faz-se menção à saúde e à segurança do trabalho como espécie de ingrediente opcional no cardápio da sustentabilidade. Todavia, nunca como o ingrediente principal e, sempre, com a visão tradicional conservadora da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, em que os trabalhadores são meros objetos dispensáveis e passivos do desenvolvimento econômico-produtivo. Peças a

9 primavera_silenciosa_-_rachel_carson_-_pt.pdf (wordpress.com). Acesso em: 14-16 ago. 2024.

10 Declaration of the United Nations Conference on the Human Environment - Main Page

11 (Microsoft Word - Disserta\347\343o Carl\343o - Final) (unesp.br). Acesso em: 14-16 ago. 2024.

serem repostas a qualquer momento, sem as respostas do porquê. Bem diferente, portanto, do ideário da saúde do trabalhador.

Fato é que a crescente assimilação da grife DS pelo capital internacional ante sinais de catástrofes iminentes, a “inteligência” do capital criou, rapidamente, novos nichos de mercado que continuam em crescente expansão. São muitos os exemplos: energia limpa — novas fontes energéticas —, veículos e transporte, biocombustíveis; reaproveitamento e reciclagem múltiplos de lixo e resíduo — reuso, obras e construções, artesanato —; tecnologias antidesastres em mineração, barragens, inundações e a face óbvia da hipocrisia mercantil: a financeirização das catástrofes anunciadas pela pegada ecológica predatória do *homo economicus*, como o mercado de seguros, entre muitos outros. As atividades vinculadas à sustentabilidade crescem simultaneamente, no mesmo passo, com as atividades geradas pela reestruturação produtiva neoliberal, ambas calcadas na desregulamentação do trabalho, na desresponsabilização do Estado e no empreendedorismo.

Cerca de 93 milhões de brasileiros, estão, atualmente, envolvidos de algum modo com o empreendedorismo, sendo 13,2 milhões cadastrados como microempreendedores individuais (MEI).^{12, 13} O DS mostra sua cara (ou suas garras)?

Se, por um lado, grande parte desses MEI são “sustentabilistas”, quantos estarão comprometendo seus futuros sem direitos básicos como aposentadoria, pensões, seguridade social para seus acidentes, mutilações, doenças diversas, sofrimento mental?

E uma palavra não propriamente sanitária: falências? Falências não só de suas vidas, mas também de seus micronegócios (microempreendimentos, para suavizar).

É inesquecível neste debate que a rara exceção dos ‘bem-sucedidos’ é exposta diuturnamente na mídia, entre montanhas de lixões e degradação ambiental. E nas reportagens jamais se observa a condição dos trabalhadores que servem a esses bem-sucedidos que se tornam ‘grandes microempresários’. Não haverá desenvolvimento sustentável com trabalhadores nas novas masmorras com grades recicláveis.

12 Mais de 93 milhões de brasileiros estão envolvidos com o empreendedorismo | ASN Nacional – Agência Sebrae de Notícias (agenciasebrae.com.br). Acesso em: 14-16 ago. 2024.

13 Em 2021, Brasil tinha 13,2 milhões de microempreendedores individuais (MEIs) | Agência de Notícias (ibge.gov.br). Acesso em: 14-16 ago. 2024.

IDEOLOGIA E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Ninguém, em sã consciência, salvo os defensores da Terra plana, pode (ou deve) recusar ideologicamente o desenvolvimento sustentável como bandeira de luta em defesa dos povos, principalmente dos mais desprovidos e injustiçados socialmente, das nações, dos ecossistemas e do planeta. Mas, será ingênuo aquele que, diante das modernidades mercadológicas e trabalhistas, associadas à sustentabilidade montada no ultraneoliberalismo e na necropolítica, não perceber que o discurso do DS esvazia conteúdos ideológicos historicamente consolidados, caso da luta de classes e da relação capital-trabalho. E, ainda, o do papel do Estado Democrático de Direito, na condução soberana das políticas públicas. Ingenuidade que se observa no mito de que a capacidade do desenvolvimento econômico possa se transferir ao mundo subdesenvolvido globalmente (Furtado, 2005[1974]), como se assim pudesse se tornar sustentável.

No início da década de 1970, em um contexto de controvérsias sobre as relações entre crescimento econômico e meio ambiente, o relatório do Clube de Roma pregava crescimento econômico zero, de modo a evitar a catástrofe ambiental. O Relatório Meadows (Meadows, Randers & Behrens, 1972) “Os limites do crescimento” encomendado pelo Clube de Roma

... emerge... como uma proposição conciliadora, onde se reconhece que o progresso técnico efetivamente relativiza os limites ambientais, mas não os elimina e que o crescimento econômico é condição necessária, mas não suficiente para a eliminação da pobreza e disparidades sociais (Romeiro, 2001, pp. 7- 8).

As contradições ideológicas do debate começavam a sobressair, especialmente pelo relatório reviver a teoria malthusiana, com base na escassez de recursos naturais e a degradação ambiental. Amplamente divulgado, o relatório foi muito criticado na época (Corazza, 2005, p. 441). Simultaneamente, ainda no contexto da Guerra Fria, já com a grife do DS e do ecodesenvolvimento na Conferência de Estocolmo (1972), no mesmo ano do Relatório Meadows, o surgimento dos partidos verdes, abandonando a luta de classe como centro da luta política, erigiu uma ideologia que passou a

influenciar políticas públicas locais e globais; gerar novas formas de organização social; criar lógicas próprias de relações econômicas; ... reavaliações na configuração de processos produtivos industriais, agrícolas e extrativos... no nível global, a temática do desenvolvimento sustentável foi rapidamente incorporada ao espaço de ensino, pesquisa e geração de conhecimento das escolas de

nível básico e superior; ganhou relevância na mídia em todos os seus formatos; tornou-se objeto temático das artes, especialmente do cinema e da literatura; além de se tornar pano de fundo para gerar novas modalidades artísticas com material reciclado... (Vasconcellos, 2007, p. 107).

Desde que mantendo algum ingrediente de esquerda, a sustentabilidade do planeta foi capaz de converter marxistas revolucionários a “uma utopia reformista do desenvolvimento mundial, sem continuar confrontando diretamente a burguesia capitalista internacional...” (Idem, p. 108).

A partir desta transição ideológica, que acompanhou o processo de cuidados paliativos da Guerra Fria, cujo fêretro se deu simbolicamente com a queda do muro de Berlim (1989), com o apoio do Banco Mundial e agências robustas de financiamento, houve uma proliferação maciça de Organizações Não Governamentais (ONGs).

A avassaladora participação das ONGs na esfera ambiente/sustentabilidade, com matiz ideológico de centro-esquerda, foi retirando da cena política o conflito capital-trabalho e introduzindo o conflito ambiental. Já nos primeiros anos 2000, o mundo contava com cerca de 300 mil ONGs, corroborando a ideologia de Estado mínimo, como espécie de contrapartida às diretrizes (e financiamentos) do Banco Mundial, FMI, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e outras agências para essas iniciativas (Idem, p. 115).

Tanto o desenvolvimento que conhecemos quanto o desenvolvimento sustentável como hoje está proposto são frutos da apropriação do mundo material por parte de uma minoria que conseguiu impor a sua vontade ao conjunto da humanidade. Ela atrela e subordina a sustentabilidade exclusivamente ao mercado e à ideologia que o sustenta (Leroy et al., 2002, p. 18).

De lá para cá, 50 anos se passaram com numerosas efemérides — conferências, encontros, declarações, compromissos, acordos — com o tema *chic* “Desenvolvimento Sustentável”. Todas elas entremeadas por um número incontavelmente maior de crimes ambientais e correlatos, impropriamente chamados de acidentes, pelo mundo afora.

No Brasil perdemos a conta, desde que o DS irrompeu como espécie de ideologia, embotando o capitalismo predatório que devasta o meio ambiente e consegue despontar como espécie de salvaguarda cínico-midiática do meio ambiente, como temos visto no agronegócio, na mineração, na indústria do petróleo e na da energia, entre outras.

Se considerássemos, somente, o período em que se começou a discutir no mundo o “desenvolvimento sustentável”, este texto se transformaria em uma enciclopédia sem fim dos grandes crimes dos modelos de desenvolvimento a

partir do século XX. Essa é a ideologia que atravessa como punhal a ‘bem-intencionada’ sustentabilidade.

EPISTEMOLOGIA E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Uma episteme do trabalho sustentável pressupõe a ampliação de uma crítica sobre a produção de conhecimentos no campo da sustentabilidade em geral. Considerar que a configuração do espaço planetário inclui o “planeta trabalho” é uma urgência epistemológica que ainda não foi assumida sistematicamente pela pesquisa acadêmica (Bonfatti, Vasconcellos & Ferreira, 2017, p. 263).

Principalmente a partir da Conferência Rio/Eco 92, houve uma proliferação de teorias da sustentabilidade. “A necessidade de uma estratégia epistemológica para a interdisciplinaridade ambiental adquire sentido para enfrentar as ideologias teóricas geradas por uma ecologia generalizada e um pragmatismo funcionalista” (Leff, 2000, p. 25).

As numerosas teorias, a despeito da intensa interdisciplinaridade que sustenta este campo teórico, interpenetram postulados científicos físicos, químicos, matemáticos, biológicos com manifestações baseadas em correntes políticas.

Geografia, saúde, biologia, zoologia, botânica, antropologia, arqueologia mesclam-se com correntes filosóficas e das ciências jurídicas criando muitas vezes zonas de sombra entre ciência, ideologia, utopia e política. Embora sejam sempre bem-vindas as interfaces disciplinares para a construção de conceitos e miscelâneas conceituais acabam criando interpretações confusas. “The many different interpretations of sustainable development are confusing.” (Hopwood, Mellor & O’Brien, 2005, p. 41).

Algumas teorias propostas e/ou sistematizadas por vários autores (Stahel, 1994; Brüseke, 1994; Rohde, 1994; Georgescu-Roegen, 1995; Gallopin, 2003; Hopwood, Mellor, O’Brien, 2005) são apresentadas de forma sintética em Vasconcellos (2007).

A chamada “ciência pós-normal” (Funtowicz & De Marchi, 2000), diante dos dilemas conceituais aplicam em suas análises as categorias: incertezas, controvérsias, apostas (*stakeholders*) e decisões (*decision-making*)...

[...] los análisis científicos no son suficientes para determinar las exigencias de sustentabilidad sin ambigüedades. Esto es en parte porque la mayoría de los problemas ambientales se caracterizan por un estado fluido e incompleto de conocimiento científico, acompañado por impredictibilidades inherentes a los sistemas complejos (Funtowicz & De Marchi, 2000, p. 69).

Joan Martinez-Alier (2005) estabelece relações entre ecologia política/ economia ecológica e justiça ambiental. “Nessa linha, a configuração de um novo paradigma da sustentabilidade vai se conformando, muito mais como *policy-making* do que teoria de base científica propriamente dita” (Vasconcellos, 2007, p. 138).

É desnecessário chamar a atenção que o mundo do trabalho é subsumido pelos modelos de desenvolvimento, em que as teorias da sustentabilidade se debruçam sobre os sistemas produtivos e seus conglomerados como um todo. Cada sistema produtivo de interesse direto na teoria da sustentabilidade, de *per si*, carrega um emaranhado de fios tecidos para sua existência. Como se fossem corpos, sua constituição é feita de células, cada uma com sua vida própria, mas dependente da totalidade delas. E suas totalidades dependem das demais totalidades que compõem as cadeias produtivas que alimentam a humanidade como um todo. Se tomarmos alguns desses sistemas produtivos de interesse mais direto com o DS, temos a mineração, a siderurgia e metalurgia, o petróleo, a agricultura extensiva e todas as demais que compartilham as matérias-primas que suprem o consumo humano. Em todas elas existem centenas de milhares, dezenas de milhões, de pequenas células, que são os estabelecimentos de trabalho, formais ou não, legais ou não, pequenos ou grandes espalhados pelo mundo. Neles existem: trabalho infantil aos milhões, trabalho escravo aos milhões, trabalhadores escravizados aos milhões.

É possível pensar e teorizar sobre desenvolvimento sustentável sabendo disso?

Atualmente se observa que grande parte dos textos científicos, no contexto nacional e internacional, prioriza modelos matemáticos e estatísticos aplicados a projeções sobre mudanças climáticas, esgotamento de reservas, *performance* química, pegada ecológica, reestruturação energética, modalidades poluidoras etc. Muitas teorias da sustentabilidade discorrem sobre petróleo, mineração, modelos econômicos, migrações, geopolítica, mas praticamente nada sobre o crescimento avassalador das indústrias bélicas e farmacêuticas, dissimulando sua relação com o DS. E é desnecessário afirmar que nada se estuda, sequer se fala, sobre o mundo do trabalho e suas relações com a saúde dos trabalhadores. Sobre os porões da opressão.

Como se sem isso pudesse se falar em Desenvolvimento Sustentável.

ESPERANDO GODOT: DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E SAÚDE DO TRABALHADOR

A aproximação de dois campos científicos — DS e ST —, mesmo com fronteiras metodológicas imprecisas, repousa na possibilidade de sua interação, intersecção, atravessamentos. Possibilidade que tem um objetivo principal: o diálogo epistemológico entre eles, cujo resultado esperado é o cruzamento de teorias que possam aprimorá-las, a ponto de contribuir para transformar o mundo das coisas — o mundo em si mesmo.

No livro *Ecologia – Capital, Trabalho e Ambiente*, original italiano de 1977, a autora Laura Conti afirmava sobre o raciocínio ecológico que a primeira ordem de preocupações “diz respeito diretamente à saúde humana e, primordialmente, aos trabalhadores (dado que estes estão expostos, mais do que os outros cidadãos, a uma maior concentração de substâncias nocivas), mas que, progressivamente, compromete toda a humanidade” (Conti, 1986, pp. 11-2).

Publicado em 1986, o prefácio reafirmava a posição contrária de Conti à “... concepção que vê na defesa do ambiente uma postura que escapa dos alinhamentos políticos e aos condicionamentos dos interesses de classe...”. A luta pela saúde do trabalhador, desenvolvida na Itália, nas décadas de 1950 a 1970 estava atenta à espera de Godot. Laura Conti foi contemporânea e alinhada ao Movimento Operário Italiano, cujo modelo foi a inspiração da saúde do trabalhador que adotamos no Brasil, em contraposição teórica e prática à medicina do trabalho e à saúde ocupacional.

Outro mentor italiano da ST, parceiro da Reforma Sanitária Brasileira — Giovanni Berlinguer — em seu clássico *A Saúde nas Fábricas*, original de 1969, publicado pelo CEBES-Hucitec, em 1983, com base na 5.^a edição italiana de 1977, parece-nos premonitório sobre a relação DS-ST...

[...] o Estatuto dos Trabalhadores e alguns contratos coletivos firmados na Itália entre 1969 e 1973 são conquistas de vanguarda, no que diz respeito ao mundo capitalista. Há, entretanto, alguns conceitos, algumas aquisições teóricas, que nasceram da experiência desses anos (e, portanto, radicadas nas massas) cujo valor transcende provavelmente o tema saúde e ultrapassa as fronteiras italianas. Creio que se os nossos filósofos... estivessem mais atentos à evolução da relação entre capital e trabalho, entre ciência e sociedade; poderiam ser retiradas das lutas pela saúde conduzidas na Itália nesses anos, algumas indicações interpretativas de valor internacional para argumentos antigos que hoje suscitam debates apaixonados: a democracia como participação

de massa; a relação ciência-trabalho e ciência-poder; os valores humanos na tecnologia moderna; a relação homem-ambiente (Berlinguer, 1983, pp 23-4).

Fica muito evidente que o DS desfocaliza a relação saúde-trabalho. É curioso observar que os campos do DS e da ST surgem no auge da Guerra Fria (anos 1960/1970). Ambos, com uma postura contra-hegemônica ao *status quo* do capital e seus níveis cada vez mais crescentes de acumulação. Enquanto o DS se preocupava com a degradação da natureza, a ST tinha como foco a degradação da classe trabalhadora. Logo eles iriam se encontrar ampliando a preocupação da primeira e soterrando a preocupação da segunda.

A desfocalização da relação saúde-trabalho pelo campo do DS pode não ter sido proposital, mas não foi ingênuo. No caso do DS, com suas teorias e práxis, a aliança tácita com a burguesia capitalista internacional alçou seus ideólogos, militantes, pensadores, teóricos, formadores, e outros, no nível de comissionados de novos nichos de mercado e mantenedores ideológicos de novas ordens econômicas a serem “reguladas, controladas, compartilhadas”. Desvencilhar-se da luta de classe foi um passaporte necessário para a ordem do DS.

Já, a ST, alijada de ser incluída no amplo espectro da sustentabilidade, foi e continua sendo capturada, em sua subjetividade e capacidade de resistência e luta política, por uma sedução natural, intensiva, ostensiva e camuflada da ordem do capital: tornar-se parte. Tornar-se parte de um capitalismo “moderno”, baseado no DS, seduzindo trabalhadores e suas representações para que se tornem capitalistas de si mesmos, parece ser uma jogada “genial” dos dominadores, com uma estratégia que muitos costumamos chamar de neoliberalismo associado à necropolítica.

Mas é um “tornar-se parte” para continuar sendo escravo trabalhador ou trabalhador escravizado. E todos estamos sujeitos às duas. No caso do DS, a turma é sócia. No caso da ST, a turma continua sendo a sustentação dos sócios.

Daí, a desfocalização da saúde do trabalhador do desenvolvimento sustentável não ser casual. Ela é necessária para a continuidade da dominação. Pelo menos enquanto o campo da saúde do trabalhador não despertar de seu sono, como se estivesse em coma induzido na UTI da relação espúria entre capitalismo e sustentabilidade.

CONCLUSÃO. SE GODOT APARECESSE...

Primeiro, Godot jamais apareceria. Ou ele não chega, ou ele morre na versão zecelsiana. São numerosas as interpretações do misterioso personagem Godot do irlandês Samuel Beckett que morreu em Paris, em 1989, e tem em sua

biografia a participação na resistência francesa contra o nazismo. Godot, o personagem, nasceu em 1948 e foi publicado em 1952. Um nome aparentemente francês para um personagem talvez obviamente inglês: GOD-OT. Mesmo sem o respaldo erudito da crítica literária sobre o nome do personagem, por se tratar de um texto sobre Desenvolvimento Sustentável, assumo a interpretação de Godot. Um dos ícones do Teatro do Absurdo, prêmio Nobel de Literatura de 1969, colocou no seu afrancesado Godot, talvez, talvez, sempre talvez, a sua língua inglesa... GOD o Deus do OT — OLD TESTAMENT — o Velho Testamento que anuncia o que vai chegar... e que nunca chega: Godot.

Não existe DS que não passe pelo mundo do trabalho.

Assim como não existe sociedade próspera, tampouco sustentável, que tenha gente passando fome, sem habitações habitáveis, sem saneamento básico... sem água... Como assim? Falar de DS em um planeta em que bilhões não têm livre e suficiente acesso à água?

Assim como o necessário debate das mudanças climáticas só servem, até agora, para reafirmar que, apesar do que elas causam, nada muda. Assim como provocações acadêmicas bem-intencionadas serão sempre malsucedidas no contexto de uma ciência subordinada aos que ditam as regras do jogo. Assim como a produção de conhecimentos sobre os rumos do mundo partem do topo do mundo, mesmo se sabendo que o mundo — esfera redonda — não tem topo. Assim como os espaços de dizer alguma coisa se dirigem aos espaços que só costumam ouvir o que querem ouvir. Assim como, infelizmente, Zé Celso morreu em 2023, Godot, se continuar dependendo da relação entre desenvolvimento sustentável e saúde do trabalhador, como um direito humano, vai continuar morrendo... muito. Ou, na versão original, não vai chegar... nunca.

REFERÊNCIAS

- BERLINGUER, G. *A saúde nas fábricas*. São Paulo: CEBES-Hucitec, 1983.
- BONFATTI, R.; VASCONCELLOS, L. C. F. & FERREIRA, A. P. Ergonomia, desenvolvimento e trabalho sustentável: um olhar para a saúde do trabalhador. *Rev Bras Med Trab.*, 15(3), pp. 257-66, 2017.
- BRÜSEKE, F.J. O problema do desenvolvimento sustentável. In: CAVALCANTI, C. et al. (orgs.). *Desenvolvimento e Natureza: Estudos para uma sociedade sustentável*. INPSO/FUNDAJ, Instituto de Pesquisas Sociais, Fundação Joaquim Nabuco, Ministério da Educação. Recife, out. 1994. 262 p.
- CONTI, L. *Ecologia – Capital, Trabalho e Ambiente*. Prefácio de David Capistrano e José Dirceu. São Paulo: Hucitec, 1986 [1977].
- CORAZZA, R. I. Tecnologia e Meio Ambiente no debate sobre os Limites do

- Crescimento: notas à luz de contribuições selecionadas de Georgescu-Roegen. *Revista Economia - ANPEC*, Brasília: UNB, 6(2), pp. 435-61, 2005.
- FUNTOWICZ, S. & DE MARCHI, B. Ciencia posnormal, complejidad reflexiva y sustentabilidad. In: LEFF, E. (ed.). *La complejidad ambiental*. México DF: Siglo XXI, 2000, pp. 54-84.
- FUNTOWICZ, S. & RAVETZ, J. Ciência pós-normal e comunidades ampliadas de pares face aos desafios ambientais. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 4(2), pp. 219-30, 1997.
- FURTADO, C. El nuevo capitalismo. *Revista de la CEPAL*, n.º extraordinário, pp.17-20, oct. 1998.
- FURTADO, C. *O Mito do Desenvolvimento Econômico*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005 [1974].
- GALLOPIN, G. Sostenibilidad y desarrollo sostenible: un enfoque sistémico. *Cepal: Serie Medio Ambiente y Desarrollo*, 64, Santiago-Chile, 2003.
- GEORGESCU-ROEGEN, N. *La d'croissance: Entropie-Ecologie-Economie. Édition électronique*. Présentation et traduction de MM. Jacques Grinevald et Ivo Rens. Nouvelle édition, 1995. [Première édition, 1979]. Paris: Éditions Sang de la terre, 1995, 254 p.
- HOPWOOD, B.; MELLOR, M. & O'BRIEN, G. Sustainable Development: Mapping Different Approaches. *Sustainable Development*, 13, pp. 38-52, 2005. Published *on-line* in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). Acesso em: 14-16 ago. 2024.
- LEFF, E. Complexidade, Interdisciplinaridade e Saber Ambiental. In: PHILIPPI JR., A.; TUCCI, C. E. M.; HOGAN, D.J. & NAVEGANTES, R. *Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais*. São Paulo: Signus, 2000.
- LEROY, J-P.; BERTUCCI, A. A.; ACSELRAD, H.; PÁDUA, J. A.; SCHLESINGER, S. & PACHECO, T. *Tudo ao mesmo tempo agora: desenvolvimento, sustentabilidade, democracia: o que isso tem a ver com você?*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- MAIMON, D. Responsabilidade ambiental das empresas brasileiras: realidade ou discurso?. In: CAVALCANTI, C. et al. (orgs.). *Desenvolvimento e Natureza: Estudos para uma sociedade sustentável*. INPSO/FUNDAJ, Instituto de Pesquisas Sociais, Fundação Joaquim Nabuco, Ministério da Educação. Recife, out. 1994. 262 p
- MEADOWS, D.; RANDERS, J. & BEHRENS, W. *Limites do crescimento: um relatório para o Projeto do Clube de Roma sobre o dilema da humanidade*. São Paulo: Perspectiva, 1972.
- MARTINEZ-ALIER, J. *Metabolic profiles of countries and ecological distribution conflicts*. United Nations University, Tokyo, 25 nov., and Inst. of Economic Growth, University Of Delhi, 7 dec. 2004, revised in june 2005.
- ROHDE, G. M. Mudanças de Paradigma e Desenvolvimento Sustentado. In: CAVALCANTI, C. et al. (orgs.). *Desenvolvimento e Natureza: Estudos para uma sociedade sustentável*. INPSO/FUNDAJ, Instituto de Pesquisas Sociais, Fundação

- Joaquim Nabuco, Ministério da Educação. Recife, out. 1994. 262 p.
- ROMEIRO, A. R. Economia ou economia política da sustentabilidade?. Campinas: IE/UNICAMP, set. 2001 (Texto para Discussão, n.º 102).
- STAHEL, A. W. Capitalismo e Entropia: Os aspectos ideológicos de uma contradição e a busca de alternativas sustentáveis. In: CAVALCANTI, C. et al. (orgs.). *Desenvolvimento e Natureza: Estudos para uma sociedade sustentável*. INPSO/FUNDAJ, Instituto de Pesquisas Sociais, Fundação Joaquim Nabuco, Ministério da Educação. Recife, 1994. 262 p.
- VASCONCELLOS, L. C. F. Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado. 421f. Doutorado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

Cuidados paliativos: aliviando as dores e enchendo de esperança os corações nas favelas

Ernani Costa Mendes

Ana Paula Menezes Bragança dos Santos

Cuidados paliativos como uma questão de Direitos Humanos, Saúde e Cidadania, tema de tese defendida em 2017, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, após pensar, pesquisar, analisar e problematizar sobre as lacunas e os verdadeiros vazios assistenciais em relação à oferta de cuidados paliativos no Brasil. A inquietação que mais nos moveu durante o estudo foi pensar como pessoas em extremos sofrimentos após o diagnóstico de uma doença crônica e progressiva não eram acolhidas dentro de suas demandas e necessidades advindas do processo evolutivo das doenças. Partimos do pressuposto de que saúde é um direito fundamental, assim como moradia, renda, trabalho, lazer etc. E que esse direito forma a base principiológica dos direitos humanos, interpretados como um estatuto de proteção à dignidade humana. Os cuidados paliativos são protetores da subjetividade humana, conferindo aos pacientes em suas trajetórias de luta, uma experiência digna e humanizada.

Os princípios que embasam os cuidados paliativos (CP) são: éticos; socio-políticos; humanitários e interprofissionais, e visam oferecer a gestão do sofrimento

mento dos pacientes que enfrentam jornadas de lutas impostas por doenças que lhes ameaçam à vida, com a preocupação de acompanhá-los durante todas as suas trajetórias, independentemente do desfecho da doença.

Os CP são cuidados oferecidos por uma equipe de saúde para pacientes com diagnóstico de doenças que ameaçam potencialmente a continuidade da vida. Geralmente são doenças crônicas, progressivas, que avançam irremediavelmente para a morte. Esse avançar para a morte, para a terminalidade, ou seja, esse percurso transcorrido pelo paciente e suas famílias pode gerar muito sofrimento. Por isso, os cuidados paliativos são importantes para os pacientes, cujo objetivo é amenizar toda a carga de sofrimento, perdas e danos gerados por doenças que insistentemente não se inclinam para a cura.

Hoje em dia, os CP são imprescindíveis na área de saúde. Acresça-se o fato de que vivemos mais e, por isso, envelheceremos mais e, possivelmente, adoeceremos mais. É evidente que a oferta desses cuidados no Brasil não é tão linear assim. Precisa-se evoluir na discussão com toda a sociedade sobre esse tema, principalmente, com as associações de pacientes de doenças crônicas, para que seja garantido esse direito à saúde para todos aqueles que venham a precisar deles. Por isso, defendemos o acesso aos cuidados paliativos como uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania. Mas “também é uma questão de olhar, de respeito ao ser humano, de arte e ciência de cuidar, e uma questão de manto do cuidado!” (Mendes, 2017, p. 200).

Ofertar um manto de cuidado, um manto de dignidade para aqueles que sofrem, para aqueles que choram, para aqueles que estão desaparecendo! Para tanto, precisa-se de uma cobertura de CP na Atenção Primária à Saúde (APS), para o acolhimento e o manejo da dor e de outros sintomas angustiantes onde o paciente estiver.

TOCANDO EM FRENTE — COMO ESTÃO OS CUIDADOS PALIATIVOS BRASILEIROS

Para entendermos melhor a proximidade dos CP na APS, deparamo-nos com o fato histórico e extremamente importante para a constituição do nosso modelo de atenção à saúde que foi a Conferência de Alma-Ata. Por acreditar na indispensabilidade dos CP no território, no qual o paciente é domiciliado, buscamos uma base teórica para justificar a inclusão dos CP na APS.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata que aconteceu em 1978, na República do Cazaquistão, expressou, já naquela época, a necessidade de uma ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade

mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo. A inseparabilidade entre as diretrizes da APS e os princípios dos CP é evidente tanto em Alma-Ata quanto nos documentos internacionais mais recentes sobre APS (WHO, 2009). Isso, nos alerta para a identificação e a introdução desses cuidados na APS, destinados aos pacientes com doenças que lhes ameaçam a vida, indicando-os o quanto antes, tão logo no diagnóstico da doença crônica na APS, respeitando assim a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, princípios pétreos dos cuidados primários à saúde.

Seguindo a trilha da institucionalidade desses cuidados como indispensáveis na APS, na Assembleia Mundial de Saúde de 2014, foi feito um alerta a todos os governos para que planejassem e implementassem programas de CP em todo o sistema de saúde, principalmente, nos Programas de Saúde Pública (PC-PHP/2014). Na ocasião, foi lançada a Resolução WHA 67.19 (WHO, 2009) que asseverou o “Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida”. Essa resolução tem sido um marco no desenvolvimento dos CP no mundo. No corrente ano, a Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA), em sua campanha mundial, dez anos depois da publicação da WHA 67.14, vem cobrando o desenvolvimento dos CP nos programas de saúde pública dos países, algo que evidentemente não avançou segundo o desejo e a diretriz da WHPCA no cenário mundial.

Ainda na trilha da institucionalidade, em outro documento importante da WHO (2018) foram elaboradas oito estratégias para a recomendação de cuidados paliativos na APS: 1- promoção de apoio político; 2- analisar as necessidades e serviços de cuidados paliativos; 3- convocar um comitê diretor nacional e obter um acordo sobre um plano de ação; 4- revisar as políticas existentes sobre cuidados paliativos e alívio da dor e revisá-las conforme necessário ou criar novas; 5- garantir o acesso seguro a medicamentos paliativos essenciais, incluindo morfina oral de ação rápida; 6- iniciar o treinamento necessário em cuidados paliativos para médicos que tratam pessoas com essas necessidades; 7- implementar serviços de cuidados paliativos integrados em todos os sistemas de cuidados de saúde a todos os níveis; e 8- medir os resultados do paciente, como a qualidade de vida, para garantir a alta qualidade dos cuidados paliativos.

Como primeiros passos para a integração dos cuidados paliativos nos sistemas de saúde, a orientação é que se formule uma política nacional de CP que garanta o acesso de todos aos CP e ao controle da dor com medicamentos opiáceos e um plano estratégico que possa incluir os CP em quaisquer políticas nacionais ou planos estratégicos sobre câncer, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), idosos, pediatria, HIV/aids, tuberculose resistente a medicamentos ou APS, como bem apontam Mendes & Vasconcellos (2015, p. 889)

Para uma assistência efetiva em cuidados paliativos, deve-se estabelecer interlocuções das várias áreas de atenção à saúde. Na atenção básica, eixo estruturante do sistema de saúde, onde a formação continuada dos agentes ganha importância fundamental, ainda não se observa contemplada no rol de suas ações uma formação específica em cuidados paliativos.

É de capital importância o alívio do sofrimento de pessoas que cursam com diagnóstico de doenças que ameaçam a continuidade da vida. Para tanto, a inserção dos CP na Rede de Atenção à Saúde (RAS), torna-se indispensável, uma vez que esse é o primeiro contato do doente com o serviço de saúde. Dito de outra forma, o paciente precisa receber essa assistência de saúde em seu território, em sua região de saúde. Uma doença crônica avançada poderá apresentar uma variedade de sintomas angustiantes que limita ou incapacita as funções de vida diária. E um dos sintomas mais prevalentes nas doenças crônicas é a dor.

É preciso inserir os cuidados paliativos em um cenário em que falar de dor e morte é visto ainda como tabu; é preciso viabilizar o uso racional e seguro de opioides, classe de medicamentos eleitos como padrão ouro para alívio da dor moderada/forte; capacitar os profissionais da APS quanto à abordagem paliativa, e ainda considerar a territorialidade em saúde, incrementando o atendimento domiciliar, a equidade em saúde, combatendo ou minimizando as iniquidades que se reverberam também no acesso aos cuidados paliativos.

Infelizmente, a trilha da institucionalidade ainda não teve sua estruturação no mundo da vida em relação à resolutiva implementação dos cuidados paliativos nas RAS. Ainda no Brasil, a cobertura desses cuidados não atende 10% da população, colocando o país, em um lugar cuja qualidade de morte é uma das piores do mundo.

Como, então, pensar em atender a urgência que é controlar e manejar sinais e sintomas de doenças avançadas que geram sofrimentos? Como pensar em saúde como direito fundamental na ausência de assistência digna para tantos pacientes gravemente enfermos? Como fazer para oferecer CP aos enfermos moradores da periferia das cidades, dos territórios atravessados pelas violências urbanas, aos marginalizados e abandonados pelo Estado?

Em 2018, foi publicada a Resolução n.º 41, pactuada durante a 8.ª Reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP à luz dos cuidados continuados integrados no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Embora não tenha força de lei, ela se constituiu em grande passo na construção de uma política nacional.

Em 2022, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos realizou um levantamento dos serviços de CP no Brasil, no qual atestou 234 serviços assistenciais

ofertados em todo país. Verificou-se também que houve um aumento do número de serviços de 22,5% em relação ao levantamento de 2019. Apesar do aumento dos serviços, a cobertura deles no território nacional mostra-se ainda incipiente e desigual, concentrando-se majoritariamente nas regiões Sul e Sudeste (Guirro, 2023).

Recentemente, no Brasil, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 3.681, de 7 de maio de 2024, que instituiu a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS. A aprovação dessa Política muito se deu pela mobilização de diversos atores e, em especial, do movimento social constituído nacionalmente pelo denominado Frente PaliAtivistas, com financiamento próprio e com o desafio de pensar os cuidados paliativos dentro das necessidades da população. A Política considera as diversas perspectivas e peculiaridades da territorialização brasileira.

A Política ainda é muito recente para se pensar em mudanças, de fato, no sistema de saúde. O cenário que se apresenta hoje é de algumas iniciativas para o desenvolvimento dos CP no Brasil. Faz-se necessário, no entanto, expandir esses cuidados para além dos serviços de internação, ambulatório, assistência domiciliar, instituições de longa permanência com a finalidade de alcançar as pessoas que deles necessitam.

IMPORTÂNCIA DAS COMUNIDADES COMPASSIVAS

“Se as pernas não andam, é preciso ter asas para voar”

(Conceição Evaristo, 2016, p. 32)

As Comunidades Compassivas, como resposta da sociedade em relação à saúde das pessoas, tornam-se uma acentuação do capital social e um modelo de como é possível acolher e cuidar bem, dentro do compromisso ético e responsável dos cidadãos. Tendo como base a plataforma da compaixão e a solidariedade humana, essas comunidades proporcionam o alívio das dores e retroalimentam as esperanças nos humanos que sofrem.

O estudo “Estimativas de saúde global: esperança de vida e principais causas de morte e incapacidade”, realizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO/OMS), revela que o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e, apesar de as pessoas estarem vivendo mais, em muitos casos, o avanço da idade é acompanhado de múltiplas cargas de doenças crônicas e dependência funcional (WHO, 2022), aumentando ainda mais a necessidade de apoio e cuidados.

No Brasil, tal condição acarreta preocupações quanto ao bem-estar e à qualidade de vida das pessoas, uma vez que o país ainda não desenvolveu políticas

públicas sustentáveis para atender às demandas progressivas por cuidados, especialmente de idosos dependentes (Brasil, 2017).

Em se tratando de envelhecimento de uma população atingida pela desigualdade social — por meio da pobreza; baixa escolaridade; ausência de saneamento básico; baixa oferta de serviços públicos como, por exemplo, assistência social; educação; saúde; lazer; cultura; entre outros, que intensificam a vulnerabilidade da população das favelas cariocas —, há de se pensar em estratégias que deem conta das necessidades de pessoas que sofrem com doenças crônicas e evolutivas, visando sua qualidade de vida e de morte.

Segundo uma pesquisa realizada pela *The Economist Intelligence Unit*¹ (2015) entre 80 países do mundo, visando averiguar a qualidade de morte das pessoas, o Brasil ocupou a 42.^a colocação. Isso significa dizer que a qualidade e a disponibilidade dos cuidados paliativos no Brasil são baixas e ainda há deficiências/ausências de políticas públicas.

A OMS e a Organização Não Governamental *Worldwide Palliative Care Alliance* (WPCA) realizaram um estudo no qual foram apontadas a existência de três barreiras globais que devem ser superadas para atender à necessidade em cuidados paliativos nos países: 1- políticas públicas; 2- educação em cuidados paliativos; e 3- acesso aos analgésicos opioides (WPCA; WHO, 2020). Tais barreiras seguem persistentes no Brasil, embora várias iniciativas tenham sido implementadas ao longo dos anos em prol da disseminação e da cobertura de CP.

COMUNIDADE COMPASSIVA EM FAVELA

“Será que os pobres de outro País sofrem igual aos pobres do Brasil?”

(Carolina Maria de Jesus, 2014, p. 33)

Quando se trata da população que mora em favelas, sabe-se que o acesso ao sistema de saúde, por vezes, é insuficiente ou inexistente (Dantas & Micheli, 2021). Ainda, segundo os autores, mesmo com dificuldade de acesso a bens

¹ Em 2010, a *The Economist Intelligence Unit* desenvolveu um índice que classificou a disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos cuidados em fim de vida em 40 países. Encomendado pela Lien Foundation, organização filantrópica de Singapura, o índice consistia em 24 indicadores em quatro categorias. O estudo desencadeou uma série de debates políticos sobre a prestação de cuidados paliativos e cuidado de fim de vida em todo o mundo. Uma nova versão do índice foi solicitada para observar a evolução global dos cuidados paliativos. Na versão de 2015, algumas mudanças foram consideradas como: aumento do número de países incluídos de 40 para 80; pontuações em 20 indicadores quantitativos e qualitativos em cinco categorias. Como as versões são diferentes entre si, não é possível a comparação direta das pontuações entre esses anos (Economist Intelligence Unit, 2015, tradução nossa).

básicos, a favela é espaço fecundo, onde há um sentimento de pertencimento, solidariedade e resistência em seus moradores.

O termo Comunidade Compassiva, cunhado por Allan Kellehear, sociólogo e médico sanitário, deriva do conceito de “cidades saudáveis” ou “comunidades saudáveis” estabelecido pela OMS, ancorado no trabalho da Carta de Ottawa, porém com uma nova proposta de entender a saúde pública que transcende a ausência de doença e que coloca a participação social como um dos seus pilares.

Nesse sentido, a proposta de Comunidade Compassiva coaduna perfeitamente com os princípios dos cuidados paliativos (Kellehear, 2013). A Comunidade Compassiva tem no cerne o fortalecimento das relações de ajuda mútua, na capacidade dos cidadãos de participarem ativamente no desenvolvimento de suas comunidades e na criação de conexões sociais.

Trata-se de uma proposta que mobiliza vários atores como pacientes, familiares, vizinhos e cidadãos, indo além do sistema profissional de saúde — serviços locais de educação; organizações comunitárias, grupos espirituais entre outros —, incentivando ainda a criação de parcerias para apoiar o desenvolvimento de capacidades comunitárias e a resiliência em questões relacionadas ao adoecimento, à morte e ao luto, muitas vezes, com foco nas desigualdades na saúde, na diversidade e na inclusão social (Kellehear, 2013).

Como ações fundamentais nas Comunidades Compassivas, Kellehear (2013) propõe a informação e a elaboração de políticas para a saúde incluindo aspectos sobre o morrer e a morte, bem como a efetivação das diretrizes estabelecidas pela Carta de Ottawa: 1- defesa da saúde; 2- capacitação; 3- mediação; 4- políticas públicas saudáveis; 5- ambientes favoráveis; 6- ações comunitárias; 7- desenvolvimento de habilidades pessoais; e 8- reorientação dos serviços de saúde.

Comunidades Compassivas são uma realidade em vários países (Dumont et al., 2022). No Brasil, encontram-se implementadas nas seguintes cidades: Rio de Janeiro (nas favelas da Rocinha e do Vidigal), Belo Horizonte (na favela Cabana do Pai Tomás), Goiânia (na região noroeste, área periférica); São Paulo (na favela de Heliópolis) e há outras iniciativas em fase de implantação no Rio de Janeiro. As ações desencadeadas pela Comunidade Compassiva ampliam o olhar da saúde, impulsionando redes de apoio para assistir pessoas com doenças crônicas progressivas.

A despeito de todo histórico de estigmas, estereótipos e de muitas políticas públicas configuradas num formato clientelístico e/ou tutelador, os moradores das favelas cariocas têm demonstrado, diante dos cenários de supressão de direitos, uma capacidade organizacional importante. A resiliência, tal como apreendida por organismos internacionais, há tempos se configura como

fenômeno presente nesses territórios, manifestada em ações de solidariedade, reivindicação e organização sociopolítica, além de um vasto cabedal de ações de geração de renda (Fernandes & Lima, 2020, n. p.).

Segundo a pesquisa realizada pelo instituto Data Favela (2023), 68% dos moradores de favelas brasileiras não conseguem acessar serviços de saúde ou têm dificuldades para chegar às Unidades Básicas de Saúde (Freire, 2023). Uma solução crucial para lidar com esse problema é o comprometimento com modelos de cuidados integrados que envolvam ativamente a comunidade. Isso significa não apenas fornecer cuidados médicos e de saúde, mas também reconhecer e responder às necessidades sociais, emocionais e práticas dos pacientes. A colaboração entre os setores de saúde, serviços sociais, organizações comunitárias e até mesmo o setor privado é essencial para criar sistemas de cuidados que sejam abrangentes, eficientes e sustentáveis a longo prazo.

As Comunidades Compassivas representam uma abordagem holística e proativa para lidar com questões relacionadas ao fim da vida. Elas reconhecem que cuidar de pessoas em fim de vida não é apenas uma responsabilidade dos profissionais de saúde, mas de toda a comunidade, envolvendo não apenas os serviços de saúde, mas também grupos comunitários, líderes religiosos, educadores e outros membros da sociedade para fornecer um apoio abrangente e significativo.

Ao elevar a participação da comunidade às esferas tática e estratégica, as Comunidades Compassivas promovem uma abordagem colaborativa e integrada para lidar com questões como apoio emocional e espiritual, planejamento avançado de cuidados e outros aspectos relacionados ao fim da vida. Isso significa que a comunidade não apenas responde às necessidades imediatas das pessoas em fim de vida e suas famílias, mas também trabalha ativamente para criar um ambiente mais compassivo e solidário para todos os seus membros.

Essa mudança de paradigma não só melhora a qualidade de vida das pessoas em fim de vida, como fortalece os laços comunitários, promove a empatia e a compaixão entre os membros da comunidade e contribui para uma sociedade mais inclusiva e resiliente.

Em um país altamente desigual como o Brasil, tanto em dimensões socioeconômicas quanto em questões de gênero e raça, torna-se premente a necessidade de uma rede de apoio que auxilie a população no acesso aos serviços de saúde, sem eximir o Estado de sua responsabilidade em garantir o direito fundamental à saúde.

Ao envolver iniciativas cidadãs e criar redes de acompanhamento, podemos alcançar uma ampla gama de pacientes e suas famílias, proporcionando-lhes o apoio necessário e o cuidado compassivo que precisam. É fundamental reconhecer que complementar os cuidados de saúde com cuidados sociais e comunitários

não é apenas uma opção de excelência, mas sim uma necessidade essencial para garantir que os pacientes recebam cuidados verdadeiramente centrados na pessoa como uma questão de direitos humanos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. *Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece*. Brasília: Câmara dos Deputados, Centro de Estudos e Debates Estratégicos. Edições Câmara, 2017. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudos/pdf/brasil-2050-os-desafios-de-uma-nacao-que-envelhece/view>. Acesso em: 20 jun. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS n.º 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, ed. 98, p. 215. Publicado em: 22 maio 2024.
- BRASIL. Resolução n.º 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Comissão Intergestores Tripartite. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, n.º 225, p. 276, 23 nov. 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710. Acesso em: 12 mar. 2022.
- DANTAS, J. G. T. & MICHELI, D. de. A favela onde moro: o território sob a perspectiva dos jovens. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 26, n.º 7, pp. 2.769-82, 2021.
- DUMONT, K. et al. How compassionate communities are implemented and evaluated in practice: a scoping review. *BMC Palliat Care*, 21, 131, 2022. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01021-3>. Acesso em: 20 jul. 2023.
- ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. *The 2015 Quality of Death index: ranking palliative care across the world*. London: Economist Intelligence Unit, 2015. Disponível em: <https://www.lienfoundation.org/sites/default/files/2015%20Quality%20of%20Death%20Report.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2023.
- EVARISTO, C. *Olhos d'água*. Rio de Janeiro: Pallas, 2016.
- FERNANDES, T. & LIMA, A. Covid-19 em favelas: vulnerabilidades sociais e auto-organização em Mangueiras. *Agência Fiocruz*, 2020. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/covid-19-em-favelas-vulnerabilidades-sociais-e-auto-organizacao-em-mangueiras>. Acesso em: 30 jun. 2023.
- FREIRE, L. Fatores estruturais afetam saúde dos moradores de favelas. Plano Integrado de Saúde nas Favelas RJ inclui ações sociais para promoção da qualidade de

- vida. *Saúde Ig*. Publicado em: 7 set. 2023. Disponível em: <https://saude.ig.com.br/2023-09-07/saude-favela-rio-de-janeiro.html>. Acesso em: 4 jun. 2024.
- GUIRRO, Ú. B. do P. et al. (orgs.). *Atlas do Cuidado Paliativo no Brasil*. 1.^a ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP): São Paulo 2023. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2024/1/Atlas-ANCP.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2023.
- JESUS, C. M. de. *Quarto de despejo diário de uma favelada*. 10.^a ed. São Paulo: Ática, 2014.
- KELLEHEAR, A. Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility. *QJM: An International Journal of Medicine*, vol. 106, n.º 12, pp. 1.071-5, 2013. DOI: 10.1093/qjmed/hct200.
- MENDES, E. C. *Cuidados paliativos e câncer: uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania*. Orientador: Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos. Coorientador: Mauro Serapioni. Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017. 266f. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24828>. Acesso em: 3 jun. 2024.
- MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. de. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde Debate [on-line]*, vol. 39, n.º 106, pp. 881-92, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030026>.
- VALLADARES, L. do P. *A invenção da favela: do mito de origem a favela.com*. Rio de Janeiro: FGV, 2005.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 sep. 1978*. Geneva: WHO, 1978.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá, 1986. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 5 maio 2024.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2.^a ed. Geneva: WHO, 2002.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Sixty-second World Health Assembly WHA62/2009/REC/1*. Geneva: WHO, 18-22 may 2009. Disponível em: <https://iris.who.int/rest/bitstreams/7569/retrieve>. Acesso em: 3 jun. 2024.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Assembly Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care*. 134th session of the World Health Assembly. Geneva: WHO, 2014.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers*. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 3 jun. 2024.

- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators*. Organização Mundial de Saúde, 2021.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. As 10 principais causas de morte. *Estimativas Globais de Saúde*. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/data/global-health-estimates>. Acesso em: 17 jun. 2022.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION & WPCA. WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. WHO, WPCA. 2nd Edition. London, UK, 2020.

**Duração do aleitamento materno exclusivo
entre as trabalhadoras participantes do projeto
diálogos com a enfermagem: vivenciando
a maternidade no trabalho**

Isis Leticia Brasil dos Santos

Vania Reis Girianelli

Renato José Bonfatti (in memoriam)

A Constituição Federal brasileira (Brasil, 1988) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) preveem como dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público a proteção da criança e do adolescente, além da promoção do bem-estar, por meio do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à dignidade, ao respeito etc.

Conceitualmente, há os direitos humanos fundamentais (mais abstratos e gerais) e os direitos humanos operacionais, que os efetivam. O direito de amamentar é considerado operacional do direito à vida e à saúde, pois a ausência do aleitamento pode comprometer a qualidade ou aumentar danos à saúde tanto da mãe, quanto da criança e até mesmo da coletividade tais como redução de mortes infantis e da prevalência de câncer de mama. Sendo assim, ações de

promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno fazem parte dos direitos humanos (Brasil, 2015; Vianna, 2015).

O aleitamento materno é importante para a saúde da criança e da mãe. A menor prevalência de alergias, doenças crônicas não transmissíveis e um melhor desenvolvimento intelectual são vantagens para a saúde infantil. Para as mulheres, a melhor evolução no puerpério, menor risco de hemorragia, proteção contra o câncer de mama e ovário, além da promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho são os principais destaques. A Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde do Brasil (MS) recomendam o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses e complementado com outros alimentos, até os dois anos de idade (Brasil, 2015).

Os benefícios da amamentação são indiscutíveis e conhecidos mundialmente, entretanto, sua prática continua abaixo do esperado em todo o mundo. A recomendação da Assembleia Mundial de Saúde a ser alcançada até 2025 é de 50% de amamentação exclusiva nos seis primeiros meses de vida do bebê (Brasil, 2017). O Brasil ainda não alcançou, mas houve uma melhora importante na prevalência do AME, já que o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) apontou que o AME em crianças de até 4 meses passou de 4,7% em 1986 a 60% em 2019. Além disso, a prevalência desse tipo de aleitamento entre crianças menores de 6 meses teve um aumento absoluto de 42,8% no período, passando de 2,9% para 45,7%. Observa-se, entretanto, uma queda na taxa entre 4 e 6 meses de vida do bebê (UFRJ, 2021).

O retorno ao trabalho pode ser uma das causas, tendo em vista que muitas mulheres não têm proteção legal ou estão amparadas por uma licença maternidade com tempo inferior ao recomendado pela OMS para o AME, que é de 6 meses. Ademais, as que estão inseridas no mercado de trabalho podem ficar sobrecarregadas por acumular a jornada de trabalho com o cuidado com a casa e a família. A ausência da rede de apoio pode aumentar essa sobrecarga e interferir negativamente na qualidade do cuidado com a criança (Rimes, Oliveira & Boccolini, 2019).

Outro fator importante é a forte comercialização de leite de vaca processado e fórmulas artificiais, que são divulgadas amplamente como substitutos do leite materno, induzindo mães a optar pelo desmame (Vianna, 2015).

O aleitamento pode ser classificado em (WHO, 2008):

- Aleitamento materno exclusivo (AME): quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

- Aleitamento materno predominante (AMP): quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.
- Aleitamento materno (AM): quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- Aleitamento materno complementado (AMC): quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.
- Aleitamento materno misto ou parcial (AMM): quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

As trabalhadoras brasileiras com carteira de trabalho têm 120 dias de licença maternidade, período que é inferior ao preconizado pela OMS para aleitamento exclusivo (Brasil, 1943). Para as servidoras públicas, entretanto, a licença maternidade foi prorrogada por 70 dias, totalizando 180 dias (Brasil, 2008a) e o Programa Empresa Cidadã ampliou o mesmo período para empresas que façam a adesão (Brasil, 2008b). Observa-se um importante avanço, mas que ainda não contempla todas as trabalhadoras.

Na Fiocruz existem trabalhadoras com diversos vínculos de trabalho: servidoras, terceirizadas (com carteira de trabalho) e bolsistas. Em 2018, foi criado o projeto Diálogos com a Enfermagem: vivenciando a maternidade no trabalho, nesse estudo intitulado “Diálogos”, com o apoio da coordenação do Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUST/CST) e que faz parte da proposta Fiocruz Saudável, com o objetivo de criar um espaço permanente de informação e discussão de temas relacionados à maternidade e ao trabalho, além da criação de uma rede de apoio entre as mães trabalhadoras da instituição. No projeto as participantes recebem orientações para superar possíveis dificuldades durante o aleitamento, além de estratégias para mantê-lo no retorno ao trabalho.

Este capítulo apresenta o resultado de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, que teve como objetivo analisar a duração do aleitamento materno exclusivo entre as trabalhadoras da Fiocruz que participaram do projeto “Diálogos”. Foram entrevistadas 22 mães trabalhadoras (MT) com 18 anos ou mais, que tinham bebês com mais de 6 meses. Os dados foram tratados por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2016), com codificação das ideias centrais e interpretação com base na literatura. A pesquisa foi aprovada em junho de 2020, pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CAAE: 2 29999720.3.0000.5240).

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E LABORAIS DAS MÃES TRABALHADORAS

A idade das entrevistadas variou de 26 anos a 43 anos, com predomínio de maiores de 35 anos, seguindo a tendência de que a maternidade tem sido postergada (quadro 1). O aumento na qualificação pode ser um dos motivos, já que apenas uma das participantes tinha nível médio (MT20), todas as outras concluíram pelo menos o curso superior com especialização. A maioria das entrevistadas era branca (14) e terceirizada (12). O tempo de licença maternidade (LMT) variou de 120 dias (terceirizadas e bolsistas) a 180 dias (servidoras), e o tempo de afastamento, quando são consideradas além da LMT, licença amamentação, licença médica para tratamento de saúde e férias, variou de 120 dias a 240 dias.

Quadro 1. Características sociais e trabalhistas

Características sociais e de trabalho					
Identificação	Idade	Raça	Vínculo	Tempo de licença maternidade em dias	Tempo total de afastamento em dias (LMT+ LAM + LM + Férias)
MT1	43	Branca	Terceirizada	120	180
MT2	38	Parda	Terceirizada	120	180
MT3	38	Branca	RJU	180	120
MT4	26	Parda	Terceirizada	120	120
MT5	33	Parda	Terceirizada	120	120
MT6	32	Parda	RJU	180	210
MT7	41	Branca	RJU	180	240
MT8	35	Branca	RJU	180	210
MT9	33	Branca	Terceirizada	120	120
MT10	37	Branca	RJU	180	222
MT11	36	Branca	Terceirizada	120	150
MT12	28	Branca	Bolsista	120	135
MT13	36	Parda	Terceirizada	120	135
MT14	34	Branca	Terceirizada	120	120
MT15	37	Branca	RJU	180	180

Características sociais e de trabalho					
Identificação	Idade	Raça	Vínculo	Tempo de licença maternidade em dias	Tempo total de afastamento em dias (LMT+ LAM + LM + Férias)
MT16	37	Branca	RJU	180	200
MT17	33	Branca	Bolsista	120	120
MT18	34	Branca	Terceirizada	120	179
MT19	38	Branca	RJU	180	180
MT20	31	Parda	Terceirizada	120	150
MT21	39	Parda	Terceirizada	180	180
MT22	39	Preta	Terceirizada	120	120

Legenda: MT – Mãe trabalhadora/RJU – Regime Jurídico Único/LMT – licença maternidade/LM – Licença médica/LAM – Licença amamentação.

Fonte: Elaboração própria.

No grupo estudado, três eram solteiras (MT4, MT9 e MT22) e uma não informou o estado civil (MT19), as demais casadas ou com união estável. Todas residiam no estado do Rio de Janeiro, cinco na região Metropolitana II (MT7, MT9, MT10, MT17 e MT18), uma na Baixada Fluminense (MT4) e as demais em bairros do município do Rio de Janeiro.

O tempo de trabalho na Fiocruz variou de 4 anos a 21 anos e apenas 8 participantes realizavam atividade insalubre (MT5, MT7, MT8, MT10, MT11, MT16, MT17 e MT19).

CARACTERÍSTICAS MATERNAS DAS TRABALHADORAS

Apenas um parto foi realizado na rede pública. A minoria foi normal (MT3, MT5, MT9, MT11, MT15, MT18, MT19, MT21 e MT22), dessas, cinco relataram suporte da doula (MT3, MT9, MT15, MT19 e MT21). A busca por um parto humanizado faz que muitas mulheres recorram a essa profissional. Entre as mães que tiveram parto prematuro, isto é, antes de 37 semanas de gestação, todas foram por cesárea (MT1, MT7, MT10, MT14 e MT20).

As intercorrências relacionadas ao parto descritas pelas participantes foram: hipertensão arterial materna e internação da bebê na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal por cinco dias (MT1); bradicardia fetal (MT2); doença

da membrana hialina e baixo peso da bebê (MT7), placenta retida (MT9) com necessidade de realização de Aspiração Manual Intrauterina (AMIU); gemelares internados na UTI neonatal por sete dias em razão da hipóxia e êmese (MT10).

Muitos fatores podem interferir no início e na continuidade do aleitamento, tais como acontecimentos durante o parto e ausência de orientação por profissionais de saúde. O Brasil tem a segunda maior taxa de cesárea no mundo, aproximadamente 55%, sendo que no sistema privado é de 85% (Dias et al., 2022), percentuais muito superiores à recomendação da OMS, que é de 10% a 15% (WHO, 1985). Tal fato, além de proporcionar uma recuperação mais prolongada, está associado a maior mortalidade materna, sequelas para o bebê e dificuldades no aleitamento (Vianna, 2015).

CARACTERÍSTICAS DO ALEITAMENTO MATERNO

A amamentação na primeira hora de vida após o parto não ocorreu com seis mães e foi oferecida fórmula aos bebês (MT7, MT10, MT12, MT14, MT16 e MT18). Nesse grupo, apenas MT18 teve parto normal, seguindo a tendência de que a cesariana está fortemente relacionada ao início tardio da amamentação (Boccolini et al., 2011; Pereira et al., 2013).

Conhecida como *golden hour*, a amamentação na primeira hora de vida é o Passo Quatro da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), além de ser recomendada pela OMS, está associada à maior duração do aleitamento materno e à redução de mortes neonatais (Esteves et al., 2014; Oddy, 2013). Em 2019, no Brasil, a prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida em menores de 2 anos foi de 62,4%, e a região Sudeste (58,5%) apresentou a menor prevalência (UFRJ, 2021).

A adesão pela maioria das participantes pode estar relacionada às orientações recebidas no período gestacional, pois um estudo apontou que as mães que fizeram pré-natal tiveram a amamentação na primeira hora fortemente protegida, o que foi relacionado às informações recebidas sobre a sua importância (Pereira et al., 2013).

Uma lactante informou que amamentou na primeira hora de vida do bebê, mas não conseguiu dar continuidade a amamentação no hospital (MT22) e a outra não respondeu (MT19).

Os profissionais que mais orientaram sobre a amamentação durante a internação foram a(o) enfermeira(o) e/ou técnica(o) de enfermagem (MT1, MT2, MT3, MT4, MT5, MT6, MT7, MT8, MT10, MT11, MT12, MT13, MT14, MT15, MT16, MT17, MT18, MT20 e MT21), pediatra (MT2, MT9, MT11,

MT14 e MT16) e doula (MT3, MT5, MT9, MT15 e MT21). Outros profissionais citados foram a consultora de amamentação (MT2, MT9 e MT14), obstetra (MT2 e MT18) e fonoaudióloga (MT10).

O Passo Dois da IHAC determina que toda a equipe de cuidados de saúde deve ser capacitada para implantar a norma, porém, estudos apontam uma predominância de capacitação em aleitamento materno, no nível hospitalar, voltada para a equipe de enfermagem, o que pode estar relacionado a baixa adesão médica, além de desencadear divergências nas condutas de assistência ao binômio mãe-bebê (Altamimi et al., 2017; Jesus et al., 2017; Brasil, 2008).

ALEITAMENTO

A maioria dos bebês foi amamentado exclusivamente no seio materno ao nascer. Apenas quatro receberam leite materno e fórmula (aleitamento misto), e os motivos descritos foram prematuridade (MT1, MT7 e MT10) e dificuldade no manejo da amamentação (MT8).

Conforme o Passo Cinco da IHAC compete ao profissional de saúde mostrar à mãe como amamentar e manter a lactação em situação de separação do filho (Brasil, 2008). Apenas MT7 relatou que foi orientada a realizar ordenha para oferta a bebê.

Minha bebê, [...] nasceu prematura e ficou na incubadora durante 13 dias e lá a técnica de enfermagem estimulou meu seio pra tirar meu leite e colocar na chucha pra dar a ela. Ela só foi ter contato com meu peito dez dias depois, mas com muita dificuldade, não sabia sugar (MT7).

A introdução de fórmula pode ter sido influenciada pela insegurança na amamentação de gemelares (MT10) e os mamilos desfavoráveis (MT18). Estratégias para essas situações poderiam ter sido orientadas no pré-natal e durante a internação hospitalar.

Nunca foi exclusiva porque eles (gemelares) nasceram e foram logo para UTI, desde então começaram no complemento e aleitamento materno. [...] A UTI foi o primeiro passo, depois eu acho que mesmo que eles não tivessem ido para UTI eu acho que eu não daria conta porque eles sentem muita fome. Por mais que eles mamassem o meu leite, a sensação que eu tive é que eles precisavam de uma complementação (MT10).

Eu tive muita dificuldade, na verdade foi uma dificuldade minha e da minha filha né, porque eu não tinha o bico então ela não conseguia. Eu saí da maternidade com complemento porque ela não conseguia fazer a pega (MT18).

Apenas uma participante informou aleitamento materno predominante (MT16), quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

A maioria manteve o AME por três meses, mas três trabalhadoras informaram o AMM (MT1, MT10 e MT18) e uma não conseguiu dar continuidade, mantendo somente o uso da fórmula (MT7).

Observou-se uma queda importante no aleitamento materno exclusivo por seis meses, sendo praticado por apenas oito participantes, sendo quatro terceirizadas (MT2, MT11, MT14 e MT21) e quatro servidoras (MT3, MT6, MT8 e MT15). Nesse grupo, apenas duas permaneceram menos de 180 dias afastadas do trabalho após o parto, MT11 por 150 dias e MT14 por 120 dias.

No Brasil em 2019, a prevalência de AME aos seis meses foi de 45,8%, a região Sudeste, onde foi realizada a pesquisa, foi a segunda maior prevalência com 49,1% (UFRJ, 2021).

A rede de apoio familiar, as informações recebidas durante a participação nos encontros e o suporte da equipe do projeto “Diálogos” foram apontados por MT11 como colaboradores para a manutenção do seu aleitamento exclusivo. Foi destacada a importância da consulta de retorno ao trabalho, que é oferecida às participantes do projeto para orientar sobre a adequada ordenha e o armazenamento do leite, para ser oferecido durante a ausência materna, e o espaço no trabalho disponível para essa prática. Já MT14 destacou a informação, o apoio no trabalho para realizar a ordenha e a decisão materna de amamentar.

As demais participantes informaram que os fatores que contribuíram para a manutenção do AME foram: “Boa produção de leite”, “Informação”, “Rede de apoio”, “Apoio no trabalho”, “Decisão materna de amamentar”, “Apoio dos profissionais”, “Bom estado de saúde do bebê” e “Licença maternidade”.

O receio de uma produção insuficiente de leite assombra muitas mães e para MT2 e MT21, a boa produção facilitou a manutenção do aleitamento.

Eu acho que tem a coisa do meu próprio corpo, porque de fato eu produzia muito leite, acho que toda a orientação, porque facilitou pra que o processo fluísse entre eu e o bebê (MT2).

Receber informações adequadas sobre o processo de amamentação e esclarecer dúvidas durante a gestação foi apontado como um fator importante por MT2, MT3, MT11, MT14, MT15 e MT21.

[...] todas essas orientações de que a amamentação exclusiva é fundamental, tanto pra mãe quanto pra o bebê. Eu tinha muita certeza disso, eu sabia que estava no caminho certo (MT2).

[...] a informação de saber que eu teria leite suficiente, que meu leite era suficiente para nutrir a minha filha durante esse tempo [...]. Eu sabia que ela se beneficiaria muito no futuro por ter sido amamentada exclusivamente por esse tempo. Quando a gente sabe que é importante para os filhos a gente segue (MT3).

A rede de apoio familiar e virtual, das colegas que participaram do projeto, foi mencionada como uma importante contribuição por MT2, MT3, MT6, MT11, MT15 e MT21. Muitas trabalhadoras relataram que o suporte com as tarefas de casa permitiu que elas se dedicassem exclusivamente à maternidade no período inicial após o nascimento do bebê, que é uma fase mais cansativa e de adaptação.

[...] o apoio da família, eu tive muita ajuda aqui da minha mãe, da minha sogra e do meu marido. Porque assim, até os 2 meses, por exemplo, eu não lavei roupa, nem fiz comida, isso foi um privilégio né, de ter o cansaço das coisas da maternidade e não das coisas de casa (MT6).

O apoio no trabalho citado por MT11 e MT14 se referia ao espaço para realizar a ordenha e o incentivo da chefia.

[...] Depois foi o apoio no trabalho, pra tirar leite suficiente pra criança ficar 12h na creche, naquela uma horinha que eles dão não seria suficiente, tinha que fazer mais pausas, mesmo aproveitando o horário de almoço. Era assim, meu peito enchia, eu conseguia tirar. Eu tinha autorização pra parar tudo que eu estava fazendo e tirar (MT14).

A decisão materna de amamentar foi apontada por MT8 e MT14 a uma vontade de continuar amamentando apesar das dificuldades enfrentadas, opiniões e julgamentos vindo de pessoas próximas.

[...] vontade mesmo, porque dá trabalho, cansa, principalmente de madrugada (MT8).

Tem uma decisão da mãe também que acho que não é só vontade, acho que é como a mãe se comporta ali no meio (dos familiares). E aí eu bati o pé e até hoje todo mundo fala que eu tenho que parar de amamentar e eu falo pra cuidarem da vida deles, o peito é meu, o problema é meu, o filho é meu (MT14).

O bom estado de saúde do bebê foi motivador para a continuidade do aleitamento materno exclusivo de MT21. Doula, consultora em amamentação, pediatra, odontopediatra e enfermeiras do projeto foram profissionais citados como incentivadores da continuidade da amamentação por MT3, MT11, MT15 e MT21.

O período de afastamento após o parto, incluindo licença maternidade, férias e licença médica, favoreceu a manutenção do aleitamento exclusivo por seis meses para MT2, MT6, MT8 e MT21.

Foi a licença né. Eu sou servidora e a minha licença foi de seis meses, mais férias. Então eu fiquei de licença mesmo sete meses, aí isso facilita muito, porque tem gente que tem que voltar antes dos seis meses (MT6).

A licença durar seis meses, acho que é a principal, porque quando a pessoa tem que retornar ao trabalho antes, a logística toda de ter que tirar leite antes pra manter a amamentação exclusiva é uma coisa muito pesada (MT8).

O aleitamento materno parcial foi mantido por MT1 e o aleitamento complementado em virtude da introdução alimentar já estava implementado aos seis meses por MT4, MT5, MT9, MT12, MT13, MT16, MT19 e MT20.

O aleitamento materno, quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos, estava sendo praticado aos seis meses por MT10, MT17, MT18 e MT22. Todas ofereciam leite materno, fórmula e alimentos sólidos.

No momento da entrevista seis trabalhadoras informaram que já haviam realizado o desmame de seus bebês (MT4, MT5, MT7, MT18, MT20 e MT22). Dessas, três pararam de amamentar antes de um ano, MT7 (3 meses), MT18 (7 meses) e MT22 (9 meses), optando por oferecer complemento por meio da mamadeira. Observa-se que, no grupo estudado, a maioria manteve o aleitamento por 12 meses.

INTERCORRÊNCIAS NA AMAMENTAÇÃO

As principais intercorrências relacionadas a causas maternas foram dor, fissura, ducto entupido, ingurgitamento mamário e mastite. Problemas com a mama puerperal podem ocorrer, cabe ao profissional de saúde detectá-los precocemente e solucioná-los adequadamente para que a mãe não desista de amamentar (Carvalho & Gomes, 2017; Oliveira, 2015).

Apenas cinco não sentiram dor nas primeiras mamadas (MT4, MT7, MT12, MT21 e MT22). Essa intercorrência pode estar relacionada a diversas patologias, sendo importante identificá-la precocemente, pois é uma das principais causas de desistência da amamentação (Frigo et al., 2012).

Oito entrevistadas relataram ter tido fissuras (MT1, MT3, MT6, MT9, MT13, MT15, MT16 e MT18), que é um tipo de trauma mamilar caracterizado por uma solução de continuidade linear, podendo ser superficial ou profunda. Ocorrem em decorrência de pega incorreta ou falha na técnica de amamentação, causando desconforto e dor (Carvalho & Gomes, 2017).

A MT2 informou ter tido ingurgitamento mamário e obstrução de ductos, duas condições que são dolorosas, mas conseguiram ser solucionadas. O ingurgitamento mamário caracteriza-se por congestão vascular e linfática, edema e retenção de leite nos alvéolos, o que pode provocar hiperemia e dor. A obstrução de ductos lactíferos decorre da estase de leite em determinada área, produzindo um nódulo que é acompanhado de dor local, hiperemia e até febre. As principais causas são excesso na produção de leite, compressão de uma região da mama por sutiã muito apertado ou uso de concha e de cremes nos mamilos, intervalos muito longos entre as mamadas, esvaziamento inadequado da mama por causa da pega incorreta ou sucção inadequada etc. (Carvalho & Gomes, 2017).

MT20 relatou a ocorrência de mastite após o retorno ao trabalho, o que pode estar relacionado ao manejo incorreto da lactação nesse período. A mastite é um processo inflamatório da mama que pode ou não estar acompanhado de infecção. Em casos mais graves pode haver um abscesso mamário. Geralmente é decorrente de ingurgitamento mamário, traumas mamilares e obstrução de ductos que não foram tratados adequadamente. Seus principais sintomas são dor, hiperemia, calor, endurecimento e edema da região afetada, que podem estar associados à febre na ocorrência de infecção (Carvalho & Gomes, 2017).

Apesar das intercorrências maternas, não houve relato de interrupção da amamentação, pois todas foram resolvidas. Algumas mulheres buscaram apoio profissional da consultora de amamentação (MT18, MT22) e no banco de leite humano (MT18).

[...] pra mim foi uma tortura a amamentação até os dois primeiros meses, porque eu sentia muita dor. Então eu chamei uma consultora. Quando ela tinha 10 dias eu fui no banco de leite da UFF. Elas me deram uma orientação, foi maravilhoso o atendimento (MT18).

Além das intercorrências maternas, algumas condições podem interferir na amamentação como o tipo de mamilo e a presença de prótese de silicone. A MT13 relatou possuir mamilo plano e encontrou dificuldade no início da amamentação, recebeu ajuda de uma enfermeira e conseguiu amamentar exclusivamente ao seio, sua bebê por quatro meses. Já a MT3 apesar de possuir prótese não teve qualquer prejuízo, tendo em vista que conseguiu amamentar exclusivo por seis meses.

Apenas duas mães relataram intercorrência relacionada ao bebê, sendo a anquiloglossia (MT15) e a dificuldade na sucção em razão da prematuridade (MT7). A anquiloglossia é uma anomalia congênita que se caracteriza pela presença de um frênulo lingual, curto e espesso (Carvalho & Gomes, 2017). Esse fator pode dificultar a amamentação uma vez que o bebê tem dificuldade para esvaziar adequadamente a mama. MT15 relatou que a anquiloglossia de seu bebê prejudicou o início da amamentação e só foi identificada pela doula e quando trocou de pediatra.

A coordenação de sucção, respiração e deglutição, necessária para a amamentação, pode estar pouco desenvolvida ou até ausente em bebês prematuros (Carvalho & Gomes, 2017). MT7 relatou que sua bebê nasceu prematura, permaneceu 13 dias na UTI e só teve contato com o seio 10 dias após o nascimento. Ela realizava ordenha e seu leite era oferecido na chucha, o que continuou fazendo após a alta. Ela buscou atendimento com uma consultora em amamentação, mas como não foi suficiente, ela optou pelo desmame e oferta apenas de fórmula. Os prematuros apresentam grandes chances de dificuldades alimentares e desmame precoce, em função da redução da qualidade de suas habilidades motoras orais (Carvalho & Gomes, 2017).

Os principais fatores que dificultaram o aleitamento foram a ausência de apoio familiar e ansiedade (MT7), mamilo plano e lesão mamilar (MT18), inexperiência (MT18 e MT22), dificuldade no manejo da lactação (MT18 e MT20) e falta de orientação profissional.

Tem uma pressão grande e como eu não tive apoio familiar acho que foi pior [...] e minha ansiedade por querer que ela tomasse o meu leite, pegasse o meu peito. Eu sonhei tanto com isso, treinei tanto, participei de tantas reuniões, tantas palestras (MT7).

O aleitamento de MT18 foi parcial (leite materno + complemento) desde o nascimento da sua bebê, o que pode ser consequência da presença de mamilo plano, dificuldade no manejo da amamentação e lesão mamilar. Ela relatou que as orientações recebidas no banco de leite ajudaram a superar as dificuldades.

Apesar de ter sido oferecido complemento no hospital após o nascimento, MT22 conseguiu amamentar exclusivamente ao seio materno após orientação de uma consultora. Ela relatou grande dificuldade inicial, que foi relacionada à sua inexperiência e falta de orientação profissional no hospital.

Achei que colocava a criança no peito e a criança mamava [...] eu não tive uma boa orientação sobre a amamentação da parte da enfermagem do hospital. Ela dormia, não pegava o peito e inclusive fez glicose baixa, teve que tomar complemento no hospital (MT22).

USO DE DISPOSITIVOS NA AMAMENTAÇÃO

Alguns dispositivos usados na amamentação tais como conchas, pomadas cicatrizantes e bicos artificiais podem interferir e até prejudicá-la. No grupo estudado apenas seis participantes não fizeram uso de nenhum desses itens (MT2, MT3, MT6, MT9, MT11 e MT15).

As MT5 e MT12 fizeram uso de concha sem intercorrências, que é um dispositivo plástico rígido usado sobre o mamilo, dentro do sutiã, utilizada para impedir vazamento de leite e proteger a mama do contato com as roupas. A ausência de orifícios de ventilação, em alguns modelos, pode causar retenção de umidade e calor, favorecendo lesões nos mamilos e predispondo o surgimento de candidíase (Carvalho & Gomes, 2017).

As MT12 e MT16 fizeram uso de pomadas cicatrizantes, mas não relataram nenhum prejuízo ao aleitamento. Elas podem ser utilizadas em caso de traumas mamilares, entretanto podem prejudicar a amamentação por dificultar a pega do bebê ao seio (que se torna escorregadio) e estão associadas a ocorrência de obstrução de ductos lactíferos (Carvalho & Gomes, 2017).

Vários estudos apontam que o uso de chupetas e/ou mamadeiras podem favorecer o desmame precoce, alterar funções de mastigação e deglutição da criança, aumentar o risco de cárie, má oclusão e otite média, apesar da recomendação de uso de bicos artificiais em bebês amamentados ainda ser controversa mundialmente (Bezerra et al., 2019; Perilo, 2019; SBP, 2017).

Em razão da possibilidade de “confusão de bicos”, resultante de padrões de sucção diferenciados, a OMS recomenda, por meio do Passo Nove da IHAC, não oferecer bicos artificiais como chupetas e mamadeiras a crianças

amamentadas ao seio (Brasil, 2008). No Brasil, em 2019, foi comprovada uma alta prevalência no uso de chupinhas ou mamadeiras (52,1%) em menores de 6 meses e de chupetas (43,9%) em menores de 2 anos (UFRJ, 2021).

A introdução de bicos artificiais tais como chupeta e mamadeira, ainda é muito forte na nossa cultura e a opção de não os usar pode favorecer a duração do aleitamento materno por mais tempo (SBP, 2017). Por vezes, a mulher que decide não os oferecer ao seu bebê pode enfrentar questões familiares.

Minha mãe me surpreendeu muito porque ela não me amamentou muito tempo né, ainda rolou muita história da chupeta e da mamadeira que eu fazia questão de não dar. Até hoje é uma questão, principalmente a chupeta, ainda é uma questão muito forte pra ela, mas ela soube respeitar, sem ser inconveniente (MT3).

O uso da mamadeira foi relatado por seis participantes (MT1, MT4, MT7, MT10, MT13 e MT22) e todas já haviam introduzido complemento aos 6 meses de vida do bebê. A chupeta era utilizada por cinco mães (MT4, MT13, MT14, MT16 e MT20) e apenas uma manteve aleitamento exclusivo por seis meses (MT14).

O bico de silicone, que foi usado pela MT6 e MT14, também é considerado um fator de risco para a amamentação por ser artificial e pode causar “confusão de bicos”, mas isso não ocorreu com essas participantes.

Eu tive que botar o bico de silicone, porque o bico já estava todo rachado e com muito leite pra sair, sem o bico ele não estava dando conta, eu não estava conseguindo colocar o bico na boca da criança (MT6).

CONCLUSÃO

No grupo estudado, o aleitamento ao nascer foi praticado pela maioria e aos 3 meses de vida, e 18 bebês estavam em aleitamento materno exclusivo. Houve, entretanto, uma queda importante aos 6 meses, e apenas oito trabalhadoras o mantiveram, correspondendo a um terço das terceirizadas e metade das servidoras. Dessas, apenas duas tiveram tempo de afastamento inferior a 180 dias, apontando que esse pode ter sido um fator que contribuiu para a duração do aleitamento materno exclusivo.

Entre as intercorrências na amamentação relatadas, apenas uma teve como desfecho o desmame antes dos 6 meses, e quatro conseguiram manter AME aos

6 meses. Observou-se que o uso de dispositivos na amamentação, especialmente os bicos artificiais, estavam fortemente relacionados à introdução de fórmula. Somente duas participantes que usaram chupeta e bico de silicone conseguiram manter AME.

Sendo assim, conclui-se que a orientação às gestantes sobre a importância do aleitamento ao nascer e manutenção do aleitamento materno exclusivo, com enfoque nos fatores de risco e estratégias para superar as dificuldades que possam ocorrer, pode contribuir na proteção e no prolongamento da amamentação.

É importante ressaltar que quando o Estado reconhece a amamentação como um direito fundamental, se obriga a promovê-la e combater qualquer ato que a impeça ou dificulte. Para que esse direito seja garantido no ambiente de trabalho, é importante realizar ações de promoção ao aleitamento, orientando não só as trabalhadoras, mas todos os trabalhadores sobre os direitos e importância da amamentação.

REFERÊNCIAS

- ALTAMIMI, E. et al. Knowledge, Attitude, and Practice of Breastfeeding Among Working Mothers in South Jordan. *Workplace Health & Safety*, 65(5), pp. 210-8, 2017.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BEZERRA, V. M. et al. Prevalência e fatores determinantes do uso de chupetas e mamadeiras: um estudo no sudoeste baiano. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 19(2), pp. 311-21, 2019.
- BOCCOLINI, C. S. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), pp. 69-78, 2011.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988.
- BRASIL. Decreto-lei n.º 5.452, de 1.º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. *Diário Oficial da União*, Seção 1, de 9/8/1943, p. 11.937, 1943.
- BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Seção 1, de 27/9/1990, p. 18.551, 1990.
- BRASIL. Lei n.º 11.770, de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei n.º 8.212, de 24 de julho de 1991. *Diário Oficial da União*, Seção 1, de 10/9/2008, p. 1, 2008a.
- BRASIL. Decreto n.º 6690, de 11 de dezembro de 2008. Institui o Programa de Prorrogação da Licença à Gestante e à Adotante, estabelece os critérios de adesão

- ao Programa e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Seção 1, de 12/12/2008, p. 7, 2008b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação*. Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. 78p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de atenção básica: saúde da criança, aleitamento materno e alimentação complementar*. 2.^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- CARVALHO, M. R. & GOMES, C. F. *Amamentação: bases científicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, vol. 4.
- DIAS, B. A. S. et al. Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. *Cad. Saúde Pública*, 38(6), p. e00073621, 2022.
- ESTEVES, T. M. B. et al. Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: systematic review. *Revista de Saúde Pública*, 48(4), pp. 697-708, 2014.
- FRIGO, L. F. et al. A importância dos grupos de gestante na atenção primária: um relato de experiência. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 2(3), p. 113, 2012.
- JESUS, P. C. et al. Capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno e sua associação com conhecimentos, habilidades e práticas. *Ciênc. saúde colet.*, 22(1), pp. 311-20, 2017.
- ODDY, W. H. Breastfeeding in the first hour of life protects against neonatal mortality. *Jornal de Pediatria*, 89(2), pp. 109-11, 2013.
- OLIVEIRA, C. S. et al. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(esp), pp. 16-23, 2015.
- PEREIRA, C. R. V. R. et al. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(2), pp. 525-34, 2013.
- PERILO, T. V. C. Tratado do especialista em cuidado materno-infantil com enfoque em amamentação. Belo Horizonte: [s.n.], 2019.
- RIMES, K. A.; OLIVEIRA, M. I. C. & BOCCOLINI, C. S. Licença-maternidade e aleitamento materno exclusivo. *Revista de Saúde Pública*, 53(10), pp. 1-12, 2019.
- SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Aleitamento Materno. *Guia prático de atualização. Uso de chupeta em crianças amamentadas: prós e contras*, 2017.

- UFRJ. Universidade Federal do Rio de Janeiro. *Aleitamento materno: Aleitamento materno: prevalência e práticas entre crianças brasileiras menores de 2 anos. 4: ENANI – 2019*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2021.
- VIANNA, M. B. *Aleitamento materno: por uma crítica aos seus substitutos, que podem colocar em risco as crianças, as mães, a comunidade, a sociedade e o planeta*. Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 2015.
- WHO. World Health Organisation. Appropriate technology for birth. *Lancet*, 326(8.452), pp. 436-7, 1985.
- WHO. World Health Organisation. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA*. Washington, D.C.: WHO, 2008.

AS AUTORAS E OS AUTORES

Aldilene Abreu de Azevedo, advogada, enfermeira, doutoranda em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

Ana Míria dos Santos Carvalho Carinhanha, doutora em sociologia e direito pela Universidade Federal Fluminense; pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Criminologia (GPCRIM – UNEB/UEFS).

Ana Paula Menezes Bragança dos Santos, assistente social, doutoranda em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); pesquisadora colaboradora do Departamento de Direitos Humanos e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (DIHS/ENSP/Fiocruz).

Angélica Baptista Silva, jornalista, doutora em ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); pesquisadora do Departamento de Direitos Humanos e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (DIHS/ENSP/Fiocruz).

Annibal Coelho de Amorim, médico, psicólogo, pós-doutorado em direitos humanos em diversidade existencial/DIHS/ENSP – UFG; pesquisador do Ideia – SUS/Fiocruz.

Armando Guimarães Nembri, administrador, doutor em história das ciências e das técnicas e epistemologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (HCTE/UFRJ); pesquisador do Departamento de Direitos Humanos e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (DIHS/ENSP/Fiocruz).

Carolina Aguilar da Costa Nascimento, fonoaudióloga, mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); fonoaudióloga da Secretaria Municipal da Pessoal com Deficiência (SMPD Rio).

Diádiney Helena de Almeida, historiadora, doutora pela Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz) e pela Faculdade de Economia (Universidade de Coimbra); professora do Departamento de Filosofia e Ciências Humanas (DFCH) da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).

Ernani Costa Mendes, fisioterapeuta, doutor em ciências da saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); pesquisador colaborador do Departamento de Direitos Humanos e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (DIHS/ENSP/Fiocruz).

Filipe Leonel Vargas, jornalista, especialista em comunicação e saúde pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz; coordenador de Comunicação Institucional (CCI) da ENSP/Fiocruz.

Gabriel Eduardo Schtüz, bioquímico, doutor em ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); docente do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ).

Hellosman de Oliveira Silva, administrador, mestre em ciência da informação pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); assessor de políticas públicas na

Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência (FUNAD/Governo da Paraíba).

Henrique Rabello de Carvalho, advogado, doutorado em bioética, ética aplicada e saúde coletiva (PPGBIOS/UFF); professor da Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro

Isis Leticia Brasil dos Santos, enfermeira, doutoranda em saúde pública (ENSP/Fiocruz). Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUST/CST) da Fiocruz e Serviço de Apoio à Amamentação do Hospital Federal de Bonsucesso.

Jaqueline Gomes de Jesus, psicóloga, doutora em psicologia social do trabalho e das organizações pela Universidade de Brasília (UnB); professora do Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ) e pesquisadora do Departamento de Direitos Humanos e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (DIHS/ENSP/Fiocruz).

Laís Silveira Costa, administradora, doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS) da ENSP/Fiocruz.

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, médico, sanitarista, doutor em ciências (saúde pública), coordenador do Núcleo Saúde-Trabalho-Direito/CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde).

Marcos Besserman Vianna, médico, doutor em história das ciências, técnicas e epistemologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), pesquisador do Departamento de Direitos Humanos e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (DIHS/ENSP/Fiocruz).

Maria Helena Barros de Oliveira, advogada, doutora em ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); pesquisadora do Departamento de Direitos Humanos e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (DIHS/ENSP/Fiocruz).

Nair Monteiro Teles Costa Santos, socióloga; doutora em sociologia pela Universidade de Bordeaux, França; pesquisadora do Departamento de Direitos

Humanos e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (DIHS/ENSP/Fiocruz).

Patrícia da Silva Von Der Way, administradora, Mestre em Administração Pública pela Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas (EBAPE/FGV); pesquisadora do Departamento de Direitos Humanos e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (DIHS/ENSP/Fiocruz).

Renato José Bonfatti (*in memoriam*), médico, filósofo, doutor em engenharia de produção e pesquisador do CESTE/ENSP/Fiocruz.

Rita de Cássia Vasconcelos da Costa, enfermeira sanitária, doutora em psicologia social pela Universidade Argentina John F. Kennedy, pesquisadora do Departamento de Direitos Humanos e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (DIHS/ENSP/Fiocruz).

Rubens Roberto Rebello Casara, juiz de direito do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ), pós-doutor em ciência política pela Universidade Paris-Nanterre, professor convidado do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* do Departamento de Direitos Humanos e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (DIHS/ENSP/Fiocruz).

Sergio Meresman, psicólogo e psicanalista, mestre em saúde comunitária pela Escola de Medicina Tropical da Universidade de Liverpool, Inglaterra. Membro do Instituto Interamericano sobre Deficiência e Desenvolvimento Inclusivo (iiDi).

Sônia Regina da Cunha Barreto Gertner, psicóloga, pedagoga, doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); pesquisadora do Departamento de Direitos Humanos e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (DIHS/ENSP/Fiocruz).

Vania Reis Girianelli, psicóloga, pós-doutorado em epidemiologia pelo Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ); pesquisadora do Departamento de Direitos Humanos e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (DIHS/ENSP/Fiocruz).

TÍTULOS PUBLICADOS NA COLEÇÃO “SAÚDE EM DEBATE” ATÉ DEZEMBRO DE 2020

- Saúde e Assistência Médica no Brasil*, Carlos Gentile de Mello
- Ensaio Médico-Sociais*, Samuel Pessoa
- Medicina e Política*, Giovanni Berlinguer
- O Sistema de Saúde em Crise*, Carlos Gentile de Mello
- Saúde e Previdência: Estudos de Política Social*, José Carlos de Souza Braga & Sérgio Góes de Paula
- Saúde nas Fábricas*, Giovanni Berlinguer
- Ecologia: Capital, Trabalho e Ambiente*, Laura Conti
- Ambiente de Trabalho: a Luta dos Trabalhadores Pela Saúde*, Ivar Oddone et al
- Saúde Para Todos: um Desafio ao Município — a Resposta de Bauru*, David Capistrano Filho (org.)
- Os Médicos e a Política de Saúde*, Gastão Wagner de Sousa Campos
- Epidemiologia da Desigualdade*, César G. Victora, Fernando C. de Barros & Patrick Vaughan
- Saúde e Nutrição das Crianças de São Paulo*, Carlos Augusto Monteiro
- Saúde do Trabalhador*, Aparecida Linhares Pimenta & David Capistrano Filho
- A Doença*, Giovanni Berlinguer
- Reforma Sanitária: Itália e Brasil*, Giovanni Berlinguer, Sônia M. Fleury Teixeira & Gastão Wagner de Sousa Campos
- Educação Popular nos Serviços de Saúde*, Eymard Mourão Vasconcelos
- Processo de Produção e Saúde*, Asa Cristina Laurell & Mariano Noriega
- Trabalho em Turnos e Noturno*, Joseph Rutenfranz, Peter Knauth & Frida Marina Fischer
- Programa de Saúde dos Trabalhadores (a Experiência da Zona Norte: Uma Alternativa em Saúde Pública)*, Danilo Fernandes Costa, José Carlos do Carmo, Maria Maeno Settimi & Ubiratan de Paula Santos
- A Saúde das Cidades*, Rita Esmanhoto & Nizan Pereira Almeida
- Saúde e Trabalho. A Crise da Previdência Social*, Cristina Possas
- Saúde Não se Dá, Conquista-se*, Demócrito Moura
- Planejamento sem Normas*, Gastão Wagner de Sousa Campos, Emerson Elias Merhy & Everardo Duarte Nunes
- Epidemiologia e Sociedade. Heterogeneidade Estrutural e Saúde no Brasil*, Cristina Possas
- Tópicos de Saúde do Trabalhador*, Frida Marina Fischer, Jorge da Rocha Gomes & Sérgio Colocioppo
- Epidemiologia do Medicamento. Princípios Gerais*, Joan-Ramon Laporte et al.
- Educação Médica e Capitalismo*, Lília Blima Schraiber
- SaúdeLoucura 1*, Antonio Lancetti et al.
- Desinstitucionalização*, Franco Rotelli et al.
- Programação em Saúde Hoje*, Lília Blima Schraiber (org.)
- SaúdeLoucura 2*, Félix Guatarrí, Gilles Deleuze et al.
- Epidemiologia: Teoria e Objeto*, Dina Czeresnia Costa (org.)
- Sobre a Maneira de Transmissão do Cólera*, John Snow
- Hospital, Dor e Morte Como Ofício*, Ana Pitta
- A Multiplicação Dramática*, Hernán Kesselman & Eduardo Pavlovsky
- Cinco Lições Sobre a Transferência*, Gregorio Baremlitt
- A Saúde Pública e a Defesa da Vida*, Gastão Wagner de Sousa Campos
- Epidemiologia da Saúde Infantil*, Fernando C. Barros & Cesar G. Victora
- Juqueri, o Espinho Adornecido*, Evelin Naked de Castro Sá & Cid Roberto Bertozzo Pimentel
- O Marketing da Fertilidade*, Yvan Wolffers et al.
- Lacranças*, Gregorio Baremlitt
- Terapia Ocupacional: Lógica do Trabalho ou do Capital?* Lea Beatriz Teixeira Soares
- Minhas Pulgas*, Giovanni Berlinguer
- Mulheres: Sanitaristas de Pés Descalços*, Nelsina Mello de Oliveira Dias
- Epidemiologia — Economia, Política e Saúde*, Jaime Breilh
- O Desafio do Conhecimento*, Maria Cecília de Souza Minayo
- SaúdeLoucura 3*, Herbert Daniel et al.
- Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*, Maria do Carmo Leal et al.
- Promovendo a Equidade: um Novo Enfoque com Base no Setor da Saúde*, Emanuel de Kadit & Renato Tascia
- A Saúde Pública Como Política*, Emerson Elias Merhy
- Sistema Único de Saúde*, Guido Ivan de Carvalho & Lenir Santos
- Reforma da Reforma*, Gastão Wagner S. Campos
- O Município e a Saúde*, Luiza S. Heimann et al.
- Epidemiologia Para Municípios*, J. P. Vaughan
- Distrito Sanitário*, Eugênio Vilaça Mendes
- Psicologia e Saúde*, Florianita Braga Campos (org.)
- Questões de Vida: Ética, Ciência, Saúde*, Giovanni Berlinguer
- Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde*, Maria E. X. Kalil (org.)
- Mario Tommasini: Vida e Feitos de um Democrata Radical*, Franca Ongaro Basaglia
- Saúde Mental no Hospital Geral: Espaço Para o Psíquico*, Neury J. Botega & Paulo Dalgallarrondo
- O Médico e seu Trabalho: Limites da Liberdade*, Lília Blima Schraiber
- O Limite da Exclusão Social. Meninos e Meninas de Rua no Brasil*, Maria Cecília de Souza Minayo
- Saúde e Trabalho no Sistema Único do Sus*, Neiry Primo Alessi et al.
- Ruído: Riscos e Prevenção*, Ubiratan de Paula Santos (org.)
- Informações em Saúde: da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania*, Ilara Hammerty Sozzi de Moraes
- Saúde Loucura 4*, Gregorio Baremlitt et al
- Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*, Paulo Capel Narvai
- Manual de Saúde Mental*, Benedetto Saraceno et al.
- Assistência Pré-Natal: Prática de Saúde a Serviço da Vida*, Maria Inês Nogueira
- Saber Preparar Uma Pesquisa*, André-Pierre Contandriopoulos et al.
- Pensamento Estratégico e Lógica da Programação*, Mario Testa

Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde, Sueli G. Dallari
Inventando a Mudança na Saúde, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio et al.
Uma História da Saúde Pública, George Rosen
Drogas e Aids, Fábio Mesquita & Francisco Inácio Bastos
Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves
Epidemiologia e Emancipação, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
Raça e Planejamento, Edmundo Gallo, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves & Emerson Elias Merhy
Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80, Maria Cecília de Souza Minayo (org.)
Da Saúde e das Cidades, David Capistrano Filho
Sistemas de Saúde: Continuidades e Mudanças, Paulo Marchiori Buss & Maria Eliana Labra
Aids: Ética, Medicina e Tecnologia, Dina Czeresnia et al.
Aids: Pesquisa Social e Educação, Dina Czeresnia et al.
Maternidade: Dilema entre Nascimento e Morte, Ana Cristina d'Andretta Tanaka
Construindo Distritos Sanitários. A Experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo, Carmen Fontes Teixeira & Cristina Melo (orgs.)
Memórias da Saúde Pública: a Fotografia como Testemunha, Maria da Penha C. Vasconcellos (coord.)
Medicamentos, Drogas e Saúde, E. A. Carlini
Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade, Jorge Antonio Zepeda Bermudez
Propaganda de Medicamentos: Atentado à Saúde? José Augusto Cabral de Barros
Relação Ensino/Serviços: Dez Anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil, Regina Giffoni Marsiglia
Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil, Carlos Augusto Monteiro (org.)
Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva, Ana Maria Canesqui
O "Mito" da Atividade Física e Saúde, Yara Maria de Carvalho
Saúde & Comunicação: Visibilidades e Silêncios, Aurea M. da Rocha Pitta
Profissionalização e Conhecimento: a Nutrição em Questão, Maria Lúcia Magalhães Bosi
Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica, Lília Blima Schraiber, Maria Ines Baptista Nemes & Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (orgs.)
Nutrição, Trabalho e Sociedade, Solange Veloso Viana
Uma Agenda para a Saúde, Eugênio Vilaça Mendes
A Construção da Política Nacional de Medicamentos, José Ruben de Alcântara Bonfim & Vera Lúcia Mercucci (orgs.)
Ética da Saúde, Giovanni Berlinguer
A Construção do SUS a Partir do Município: Etapas para a Municipalização Plena da Saúde, Silvio Fernandes da Silva
Reabilitação Psicossocial no Brasil, Ana Pitta (org.)
SaúdeLoucura 5, Gregorio Barendblitt (org.)
SaúdeLoucura 6, Eduardo Passos Guimarães (org.)
Assistência Social e Cidadania, Antonio Lancetti (org.)
Sobre o Risco: Para Compreender a Epidemiologia, José Ricardo de Mesquita Aires
Ciências Sociais e Saúde, Ana Maria Canesqui (org.)
Agir em Saúde, Emerson Elias Merhy & Rosana Onocko (orgs.)
Contra a Maré à Beira-Mar, Florianita Braga Campos & Cláudio Maierovitch
Princípios Para Uma Clínica Antimanicomial, Ana Marta Lobosque
Modelos Tecnossistêmicos em Saúde: o Debate no Campo da Saúde Coletiva, Aluísio G. da Silva Junior
Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: Saúde e Saneamento na Agenda Social, Nilson do Rosário Costa
A Era do Saneamento: as Bases da Política de Saúde Pública no Brasil, Gilberto Hochman
O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade: Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, Ines Lessa (org.)
Malária e Seu Controle, Rita Barradas Barata
O Dengue no Espaço Habitado, Maria Rita de Camargo Donalísio
A Organização da Saúde no Nível Local, Eugênio Vilaça Mendes (org.)
Trabalho e Saúde na Aviação: a Experiência entre o Invisível e o Risco, Alice Itani
Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil, Laura Feuerwerker
A Evolução da Doença de Chagas no Estado de São Paulo, Luis Jacintho da Silva
Malária em São Paulo: Epidemiologia e História, Marina Ruiz de Matos
Civilização e Doença, Henry Sigerist
Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde, Jorge Antonio Zepeda Bermudez & José Ruben de Alcântara Bonfim (orgs.)
A Mulher, a Sexualidade e o Trabalho, Eleonora Menicucci de Oliveira
Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil, Loren Galvão & Juan Díaz (orgs.)
A Educação dos Profissionais de Saúde da América Latina (Teoria e Prática de um Movimento de Mudança) — Tomo 1 "Um Olhar Analítico" — Tomo 2 "As Vozes dos Protagonistas", Marcio Almeida, Laura Feuerwerker & Manuel Llanos C. (orgs.)
Vigilância Sanitária: Proteção e Defesa da Saúde, Ediná Alves Costa
Sobre a Sociologia da Saúde. Origens e Desenvolvimento, Everardo Duarte Nunes
Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico, Ana Maria Canesqui (org.)
Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família, Eymard Mourão Vasconcelos
Um Método Para Análise e Co-Gestão de Coletivos, Gastão Wagner de Sousa Campos
A Ciência da Saúde, Naomar de Almeida Filho
A Voz do Dono e o Dono da Voz: Saúde e Cidadania no Cotidiano Fabril, José Carlos "Cacau" Lopes
Da Arte Dentária, Carlos Botazzo
Saúde e Humanização: a Experiência de Chapecó, Aparecida Linhares Pimenta (org.)
Consumo de Drogas: Desafios e Perspectivas, Fábio Mesquita & Sérgio Seibel
SaúdeLoucura 7, Antonio Lancetti (org.)
Ampliar o Possível: a Política de Saúde do Brasil, José Serra
SUS Passo a Passo: Normas, Gestão e Financiamento, Luiz Odorico Monteiro de Andrade
A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde, Eymard Mourão Vasconcelos (org.)
Municipalização da Saúde e Poder Local: Sujeitos, Atores e Políticas, Silvio Fernandes da Silva
A Cor-Agem do PSF, Maria Fátima de Souza
Agentes Comunitários de Saúde: Choque de Povo, Maria Fátima de Souza
A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano, Angelina Harari & Williams Valentini (orgs.)

Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo, Emerson Elias Merhy
Além do Discurso de Mudança na Educação Médica: Processos e Resultados, Laura Feuerwerker
Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: Tipologia das Escolas, Jadete Barbosa Lampert
Os Sinais Vermelhos do PSF, Maria Fátima de Sousa (org.)
O Planejamento no Labirinto: Uma Viagem Hermenêutica, Rosana Onocko Campos
Saúde Páideia, Gastão Wagner de Sousa Campos
Biomedicina, Saber & Ciência: Uma Abordagem Crítica, Kenneth R. de Camargo Jr.
Epidemiologia nos Municípios: Muito Além das Normas, Marcos Drumond Júnior
A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes, Arthur Hyppólito de Moura
Epidemiologia Social: Compreensão e Crítica, Djalma Agripino de Melo Filho
O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano, Emerson Elias Merhy et al.
Natural, Racional Social: Razão Médica e Racionalidade Científica, Madel T. Luz
Acolher Chapeçó: Uma Experiência de Mudança do Modelo Assistencial, com Base no Processo de Trabalho, Túlio Batista Franco et al.
Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades, João José Neves Marins
Proteção Social. Dilemas e Desafios, Ana Luíza d'Ávila Viana, Paulo Eduardo M. Elias & Nelson Ibañez (orgs.)
O Público e o Privado na Saúde, Luíza Sterman Heilmann, Lauro Cesar Ibanhes & Renato Barbosa (orgs.)
O Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do Sonho à Realidade, Maria Solange Gomes Dellarzo & Marli Terezinha Oliveira Vanuchci (orgs.)
A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica, Gustavo Tenório Cunha
Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudança, Sérgio Resende Carvalho
Saúde e Desenvolvimento Local, Marco Akerman
Saúde do Trabalhador no SUS: Aprender com o Passado, Trabalhar o Presente e Construir o Futuro, Maria Maeno & José Carlos do Carmo
A Espiritualidade do Trabalho em Saúde, Eymard Mourão Vasconcelos (org.)
Saúde Todo Dia: Uma Construção Coletiva, Rogério Carvalho Santos
As Duas Faces da Montanha: Estudos sobre Medicina Chinesa e Acupuntura, Marilene Cabral do Nascimento
Perplexidade na Universidade: Vivências nos Cursos de Saúde, Eymard Mourão Vasconcelos, Lia Haikal Frota & Eduardo Simon
Tratado de Saúde Coletiva, Gastão Wagner de Sousa Campos, Maria Cecília de Souza Minayo, Marco Akerman, Marcos Drumond Jr. & Yara Maria de Carvalho (orgs.)
Entre Arte e Ciência: Fundamentos Hermenêuticos da Medicina Homeopática, Paulo Rosenbaum
A Saúde e o Dilema da Intersectorialidade, Luiz Odórico Monteiro de Andrade
Olhares Socioantropológicos Sobre os Adoecidos Crônicos, Ana Maria Canesqui (org.)
Na Boca do Rádio: o Radialista e as Políticas Públicas, Ana Luíza Zaniboni Gomes
SUS: Ressignificando a Promoção da Saúde, Adriana Castro & Miguel Malo (orgs.)
SUS: Pacto Federativo e Gestão Pública, Vânia Barbosa do Nascimento
Memórias de um Médico Sanitarista que Virou Professor Enquanto Escrevia Sobre..., Gastão Wagner de Sousa Campos
Saúde da Família, Saúde da Criança: a Resposta de Sobral, Anamaria Cavalcante Silva
A Construção da Medicina Integrativa: um Desafio para o Campo da Saúde, Nelson Filice de Barros
O Projeto Terapêutico e a Mudança nos Modos de Produzir Saúde, Gustavo Nunes de Oliveira
As Dimensões da Saúde: Inquérito Populacional em Campinas, SP, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Chester Luiz Galvão César, Luana Carandina & Moisés Goldbaum (orgs.)
Avaliar para Compreender: Uma Experiência na Gestão de Programa Social com Jovens em Osasco, SP, Juan Carlos Aneiros Fernandez, Marisa Campos & Dulce Helena Cazzuni (orgs.)
O Médico e Suas Interações: Confiância em Crise, Lília Blima Schraiber
Ética nas Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde, Iara Coelho Zito Guerriero, Maria Luísa Sandoval Schmidt & Fabio Zicker (orgs.)
Homeopatia, Universidade e SUS: Resistências e Aproximações, Sandra Abrahão Chaim Salles
Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada, Gastão Wagner de Sousa Campos & André Vinícius Pires Guerrero (orgs.)
Saúde Comunitária: Pensar e Fazer, Cezar Wagner de Lima Góis
Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade, Rosana Onocko Campos, Juarez Pereira Furtado, Eduardo Passos & Regina Benevides
Saúde, Desenvolvimento e Território, Ana Luíza d'Ávila Viana, Nelson Ibañez & Paulo Eduardo Mangeon Elias (orgs.)
Educação e Saúde, Ana Luíza d'Ávila Viana & Célia Regina Pierantoni (orgs.)
Direito à Saúde: Discursos e Práticas na Construção do SUS, Solange L'Abbate
Infância e Saúde: Perspectivas Históricas, André Mota & Lília Blima Schraiber (orgs.)
Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade, Sérgio Resende Carvalho, Sabrina Ferigato, Maria Elisabeth Barros (orgs.)
Medicina e Sociedade, Cecília Donnangelo
Sujeitos, Saberes e Estruturas: uma Introdução ao Enfoque Relacional no Estudo da Saúde Coletiva, Eduardo L. Menéndez
Saúde e Sociedade: o Médico e seu Mercado de Trabalho, Cecília Donnangelo & Luiz Pereira
A Produção Subjetiva do Cuidado: Cartografias da Estratégia Saúde da Família, Túlio Batista Franco, Cristina Setenta Andrade & Vitória Solange Coelho Ferreira (orgs.)
Medicalização Social e Atenção à Saúde no SUS, Charles D. Tesser (org.)
Saúde e História, Luiz Antonio de Castro Santos & Lina Faria
Violência e Juventude, Marcia Faria Westphal & Cynthia Rachid Bydlowski
Walter Sidney Pereira Leser: das Análises Clínicas à Medicina Preventiva e à Saúde Pública, José Ruben de Alcântara Bonfim & Sílvia Bastos (orgs.)
Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS, Edith Lauridsen-Ribeiro & Oswaldo Yoshimi Tanaka (orgs.)
Dilemas e Desafios da Gestão Municipal do SUS: Avaliação da Implantação do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista (Bahia) 1997-2008, Jorge José Santos Pereira Solla
Semiótica, Afecção e o Trabalho em Saúde, Túlio Batista Franco & Valéria do Carmo Ramos
Adoecimento Crônico Infantil: um estudo das narrativas familiares, Marcelo Castellanos
Poder, Autonomia e Responsabilização: Promoção da Saúde em Espaços Sociais da Vida Cotidiana, Kênia Lara Silva & Roseli Rosângela de Sena
Política e Gestão Pública em Saúde, Nelson Ibañez, Paulo Eduardo Mangeon Elias & Paulo Henrique D'Angelo Seixas (orgs.)
Educação Popular na Formação Universitária: Reflexões com Base em uma Experiência, Eymard Mourão Vasconcelos & Pedro José Santos Carneiro Cruz (orgs.)
O Ensino das Práticas Integrativas e Complementares: Experiências e Percepções, Nelson Filice de Barros, Pamela Siegel & Márcia Aparecida Padovan Otani (orgs.)
Saúde Suplementar, Biopolítica e Promoção da Saúde, Carlos Dimas Martins Ribeiro, Túlio Batista Franco, Aluisio Gomes da Silva Júnior, Rita de Cássia Duarte Lima, Cristina Setenta Andrade (orgs.)

Promoção da Saúde: Práticas Grupais na Estratégia Saúde da Família, João Leite Ferreira Neto & Luciana Kind
Capitalismo e Saúde no Brasil nos anos 90: as Propostas do Banco Mundial e o Desmonte do SUS, Maria Lucia Frizon Rizzotto
Masculino e Feminino: a Primeira Vez. A Análise de Gênero sobre a Sexualidade na Adolescência, Silmara Conchão
Educação Médica: Gestão, Cuidado, Avaliação, João José Neves Marins & Sergio Rego (orgs.)
Retratos da Formação Médica nos Novos Cenários de Prática, Maria Inês Nogueira
Saúde da Mulher na Diversidade do Cuidado na Atenção Básica, Raimunda Magalhães da Silva, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Patrícia Moreira Costa Collares (orgs.)
Cuidados da Doença Crônica na Atenção Primária de Saúde, Nelson Filice de Barros (org.)
Tempos Turbulentos na Saúde Pública Brasileira: Impasses do Financiamento no Capitalismo Financeirizado, Áquilas Mendes
A Melhoría Rápida da Qualidade nas Organizações de Saúde, Georges Maguerez
Saúde, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação, Ana Luiza d'Ávila Viana, Aylene Bousquat & Nelson Ibañez
Teendo Redes: os Planos de Educação, Cuidado e Gestão na Construção do SUS. A Experiência de Volta Redonda (RJ), Suely Pinto, Túlio Batista Franco, Marta Gama de Magalhães, Paulo Eduardo Xavier Mendonça, Angela Guidoreni, Kathleen Tereza da Cruz & Emerson Elias Merhy (orgs.)
Coquetel. A Incrível História dos Antirretrovirais e do Tratamento da Aids no Brasil, Mário Scheffer
Piscanálise e Saúde Coletiva: Interfaces, Rosana Onocko Campos
A Medicina da Alma: Artes do Viver e Discursos Terapêuticos, Paulo Henrique Fernandes Silveira
Clínica Comum: Itinerários de uma Formação em Saúde (orgs.), Angela Aparecida Capozzolo, Sidnei José Casetto & Alexandre de Oliveira Henz
Práxis e Formação Paideia: apoio e cogestão em saúde, Gastão Wagner de Sousa Campos, Gustavo Tenório Cunha & Mariana Dorsa Figueiredo (orgs.)
Intercâmbio Solidário de Saberes e Práticas de Saúde: Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares, Marilene Cabral do Nascimento & Maria Inês Nogueira (orgs.)
Depois da Reforma: Contribuição para a Crítica da Saúde Coletiva, Giovanni Gurgel Acirole
Diálogos sobre a Boca, Carlos Botazzo
Violência e Saúde na diversidade dos escritos acadêmicos, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Raimunda Magalhães da Silva & Samira Valentim Gama Lira
Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde: Textos Reunidos, Túlio Batista Franco & Emerson Elias Merhy
Adoecimentos e Sofrimentos de Longa Duração, Ana Maria Canesqui (org.)
Os Hospitais no Brasil, Ivan Coelho
As Bases do Raciocínio Médico, Fernando Queiroz Monte
A Saúde entre os Negócios e a Questão Social: Privatização, Modernização e Segregação na Ditadura Civil—Militar (1964-1985), Felipe Monte Cardoso
Descentralização e Política de Saúde: Origens, Contexto e Alcance da Descentralização, Ana Luiza d'Ávila Viana *Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil*, Solange L'Abbate, Lucia Cardoso Mourão & Luciane Maria Pezzato (orgs.)
Por uma Crítica da Promoção da Saúde: Contradições e Potencialidades no Contexto do SUS, Kathleen Elane Leal Vasconcelos & Maria Dalva Horácio da Costa (orgs.)
Fisioterapia e Saúde Coletiva: Reflexões, Fundamentos e Desafios, José Patrício Bispo Júnior (org.)
Educação Popular na Universidade: Reflexões e Vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop), Pedro José Santos Carneiro Cruz, Marcos Oliveira Dias Vasconcelos, Fernanda Isabela Gondim Sarmento, Murilo Leandro Marcos & Eymard Mourão Vasconcelos (orgs.)
Regiões de Saúde: Diversidade e Processo de Regionalização em Mato Grosso, João Henrique Scatena, Ruth Terezinha Kehrig & Maria Angélica dos Santos Spinelli (orgs.)
Avaliação de Projetos na Lógica da Promoção da Saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Juan Carlos Aneiros Fernandez & Marco Antonio de Moraes (orgs.)
As Ciências Sociais na Educação Médica, Nelson Filice de Barros
Os Mapas do Cuidado: o Agir Leigo na Saúde, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Graça Carapinheiros & Rosemarie Andreazza (orgs.)
Saúde que Funciona: a Estratégia Saúde da Família no Extremo Sul do Município de São Paulo, Davi Rumel & Adélia Aparecida Marçal dos Santos (eds.)
A reformulação da clínica e a gestão na saúde: subjetividade, política e invenção de práticas, Bernadete Peréz Coelho
Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde: Cuidado à População em Situação de Rua e Usuários de Alcool, Crack e Outras Drogas, Mirna Teixeira & Zílma Fonseca (orgs.)
Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: de Geisel a Dilma, Carlos Augusto Monteiro & Renata Bertazzi Levy (orgs.)
Saúde e Utopia: o Cebes e a Reforma Sanitária Brasileira (1976-1986), Daniela Carvalho Sophia
Lutas Sociais e Construção do SUS: o Movimento de Saúde da Zona Leste e a Conquista da Participação Popular, João Palma
Uma ou Várias? IdentidadeS para o Sanitarista!, Allan Gomes de Lorena & Marco Akerman
O CAPSI e o desafio da Gestão em Rede, Edith Lauridsen-Ribeiro & Cristiana Beatrice Lykourpoulos (orgs.)
Rede de pesquisa em Manguiños: sociedade, gestores e pesquisadores em conexão com o SUS, Isabela Soares Santos & Roberta Argento Goldstein (orgs.)
Saúde e Atenção Psicossocial nas Prisons: um olhar sobre o Sistema Prisional Brasileiro com base em um estudo em Santa Catarina, Walter Ferreira de Oliveira & Fernando Balvedi Damas
Reconhecer o Patrimônio da Reforma Psiquiátrica: o que queremos reformar hoje? I Mostra de Práticas em Saúde Mental, Gastão Wagner de Sousa Campos & Juliana Azevedo Fernandes (orgs.)
Envelhecimento: um Olhar Interdisciplinar, Lina Faria, Luciana Karen Calábria & Wanessa Alexandra Alves (orgs.)
Caminhos da Vigilância Sanitária Brasileira: Proteger, Viaggiar, Regular, Ana Figueiredo
Formação e Educação Permanente em Saúde: Processos e Produtos no Âmbito do Mestrado Profissional, Mônica Villela Gouvêa, Ândrea Carosso de Souza, Gisella de Carvalho Queluci, Cláudia Mara de Melo Tavares (orgs.)
Políticas, Tecnologias e Práticas em Promoção da Saúde, Glória Lúcia Alves Figueiredo & Carlos Henrique Gomes Martins (orgs.)
Políticas e Riscos Sociais no Brasil e na Europa: Convergências e Divergências, Isabela Soares Santos & Paulo Henrique de Almeida Rodrigues (orgs.)
Investigação sobre Cogestão, Apoio Institucional e Apoio Matricial no SUS, Gastão Wagner de Sousa Campos, Juliana Azevedo Fernandes, Cristiane Pereira de Castro & Tatiana de Vasconcelos Anés (orgs.)
O Apoio Paideia e Suas Rodas: Reflexões sobre Práticas em Saúde, Gastão Wagner de Sousa Campos, Mariana Dorsa Figueiredo & Mônica Martins de Oliveira (orgs.)
Trabalhar no SUS: gestão do trabalho, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde, Francisco Antonio de Castro Lacaz, Patrícia Martins Goulart, Virginia Junqueira
Práticas e saberes no hospital contemporâneo: o novo normal, Daniel Gomes Monteiro Beltrammi & Viviane Moreira de Camargo (orgs.)
Corpo e pensamento: espaços e tempos de afirmação da vida na sua potência criadora, Valéria do Carmos Ramos, Maximus Taveira Santiago & Paula Cristiana Pereira (orgs.)
História da saúde no Brasil, Luiz Antonio Teixeira, Tânia Salgado Pimenta & Gilberto Hochman (orgs.)
Exploração sexual de crianças e adolescentes: interpretações plurais e modos de enfrentamento, Suely Ferreira Deslandes & Patrícia Constantino (orgs.)
Educação popular em saúde: desafios atuais, Pedro José Santos Carneiro Cruz (org.)
Educação popular no Sistema Único de Saúde, Bruno Oliveira de Botelho, Eymard Mourão Vasconcelos, Daniela Gomes de Brito Carneiro, Ernande Valentin do Prado & Pedro José Santos Carneiro Cruz (orgs.)
Formação e educação permanente em saúde: processos e produtos no âmbito do Mestrado Profissional, volume 2, Lucia Cardoso Mourão, Ana Clementina

Vieira de Almeida, Marcos Paulo Fonseca Corvino, Elaine Antunes Cortez & Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva (orgs.)
História, saúde coletiva e medicina: questões teórico-metodológicas, André Mota e Maria Cristina da Costa Marques (orgs.)
O médico alienado: reflexões sobre a alienação do trabalho na atenção primária à saúde, Lilian Terra
Estudos sobre teoria social e saúde pública no Brasil, Aurea Maria Zöllner Ianni
O Apoio Institucional no SUS: os dilemas da integração interfederativa e da cogestão, Nilton Pereira Júnior
Estado e sujeito: a saúde entre a micro e a macropolítica... de drogas, Tadeu de Paula Souza
Organizações sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde, Francis Sodré, Elda Coelho de Azevedo Bussinger & Ligia Bahia (orgs.)
Privados de la salud: las políticas de privatización de los sistemas de salud en Argentina, Brasil, Chile y Colombia, María José Luzuriaga
Dicionário de empresas, grupos econômicos e financeirização na saúde, Júlio César França Lima (org.)
Vulnerabilidades e saúde: grupos em cena por visibilidade no espaço urbano, Glória Lúcia Alves Figueiredo, Carlos Henrique Gomes Martins & Marco Akerman (orgs.)
Escola para todos e as pessoas com deficiência: contribuições da terapia ocupacional, Eucenir Fredini Rocha, Maria Inês Brito Brunello & Camila Cristina Bortolozzo Ximenes de Souza (orgs.)
A Ampliação do processo de privatização da saúde pública no Brasil, Jilia Amorim Santos
Escola para todos e as pessoas com deficiência: contribuições da terapia ocupacional, Eucenir Fredini Rocha, Maria Inês Brito Brunello, Camila Cristina Bortolozzo Ximenes de Souza
Bases teóricas dos processos de medicalização: um olhar sobre as forças motrizes, Paulo Frazão e Marcia Michie Minakawa
Corpo com deficiência em busca de reabilitação? A ótica das pessoas com deficiência física, Eucenir Fredini Rocha
Crianças e adolescentes com doenças raras: narrativas e trajetórias de cuidado, Martha Cristina Nunes Moreira, Marcos Antonio Ferreira do Nascimento, Daniel de Souza Campos & Lidiane Vianna Albernaz (orgs.)
Bases da toxicologia ambiental e clínica para atenção à saúde: exposição e intoxicação por agrotóxicos, Herling Gregorio Aguiar Alonzo & Aline de Oliveira Costa
Pesquisar com os pés: deslocamentos no cuidado e na saúde, Rosilda Mendes, Adriana Barin de Azevedo & Maria Fernanda Petrolí Frutuoso (orgs.)
Percepções amorosas sobre o cuidado em saúde: estórias da rua Balsa das 10, Julio Alberto Wong Un, Maria Amélia Medeiros Mano, Eymard Mourão Vasconcelos, Ernande Valentin do Prado & Mayara Floss
Atividades humanas e Terapia Ocupacional: saber-fazer, cultura, política e outras resistências, Carla Regina Silva (org.)
A experiência do PET-UFF: composições de formação na cidade, Ana Lúcia Abrahão & Andrea Cardoso Souza (orgs.)
Olhares para a saúde de mulheres e crianças: reflexões na perspectiva das boas práticas de cuidado e de gestão, Maria Auxiliadora Mendes Gomes, Cynthia Magluta & Andrea Rodrigues Nakano (orgs.)
Técnicas que fazem olhar e da empatia pesquisa qualitativa em ação, Maria Cecília de Souza Minayo & Antônio Pedro Costa
Tempos cruzados: a saúde coletiva no estado de São Paulo 1920-1980, André Mota
Unidade Básica: a saúde pública brasileira na TV, Helena Lemos Petta
Decisões políticas e mudanças limitadas na saúde, Carmem E. Leitão Araújo
Ambulatório de especialidades: subsídios conceituais e organização de serviços a partir das experiências da enfermagem, Carla Aparecida Spagnol & Isabela Silva Cândia Velloso (orgs.)
Clínica comum: fragmentos de formação e cuidado, Angela Aparecida Capozzolo, Sidnei José Casetto, Viviane Maximino & Virgínia Junqueira (orgs.)
Contribuições do Mestrado Profissional para o ensino da enfermagem: experiências inovadoras no âmbito do SUS, Cláudia Mara de Melo Tavares, Lucía Cardoso Mourão, Ana Clementina Vieira de Almeida & Elaine Antunes Cortez (orgs.)
O método apoio como ferramenta de prevenção e enfrentamento da judicialização da saúde no SUS, Tarsila Costa do Amaral
Violências e suas configurações. Vulnerabilidades, injustiças e desigualdades sociais, Lina Faria (org.)
Quando a história encontra a saúde, Ricardo dos Santos Batista, Christiane Maria Cruz de Souza & Maria Elisa Lemos Nunes da Silva (orgs.)
Atenção Básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos: contribuições das universidades brasileiras para avaliação e pesquisa na APS. A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária à Saúde, Marco Akerman, Patricia Rodrigues Sanine, Maria do Carmo Guimarães Caccia-Bava, Felipe Alvarenga Marim, Marília Louvison, Lucila Brandão Hirooka, Cecília Kayano Moraes & Maria Cristina da Costa Marques (orgs.)
Atenção Básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos: contribuições das universidades brasileiras para avaliação e pesquisa na APS. Perspectivas: Avaliação, Pesquisa e Cuidado em Atenção Primária à Saúde, Marco Akerman, Patricia Rodrigues Sanine, Maria do Carmo Guimarães Caccia-Bava, Felipe Alvarenga Marim, Marília Louvison, Lucila Brandão Hirooka, Cecília Kayano Moraes & Maria Cristina da Costa Marques (orgs.)
Entre o Público e o Privado: Hospital São Paulo e Escola Paulista de Medicina (1933 a 1988), Ana Nemi
Sobre a pandemia: experiências, tempos e reflexões, André Mota (org.)

SÉRIE "LINHA DE FRENTE"

Ciências Sociais e Saúde no Brasil, Ana Maria Canesqui
Avaliação Econômica em Saúde, Leila Sancho
Promoção da Saúde e Gestão Local, Juan Carlos Aneiros Fernandez & Rosilda Mendes (orgs.)
Ciências Sociais e Saúde: Crônicas do Desconhecimento, Everardo Duarte Nunes & Nelson Filice de Barros
História da Clínica e a Atenção Básica: o Desafio da Ampliação, Rubens Bedrikow & Gastão Wagner de Sousa Campos
O apoio institucional no SUS: os dilemas da integração interfederativa e da cogestão, Nilton Pereira Júnior



70 Anos
Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca
ENSP

 FIOCRUZ



HUCITEC EDITORA
PARA VOCE LER E RELER



ISBN: 978-85-8404-476-4

