



VIDAS E CAMINHOS

em Direitos Humanos e Saúde

EDITORA HUCITEC

O campo dos Direitos Humanos e Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio 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.



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).
Ensaios. “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 Entranhas 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.)
- Cativemos 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 & Santuzza Arreguy Silva Vitorino (orgs.)
- Consórcios públicos de saúde*, Fabiano Tonaco Borges, Brunna Raphaely 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*, Patty 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 Vasconcellos & Marcos Besserman Vianna (orgs.)
- Vidas e caminhos em direitos humanos e saúde*, Maria Helena Barros de Oliveira, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos & Marcos Besserman Vianna

SÉRIE SAÚDE E TRABALHO

- Desse jeito não dá mais! Trabalho doente e sofrimento mental - volume I*, Marcia Bandini, Sergio de Lucca & Agnus Lauriano (orgs.)
- Capitalismo paradoxante: um sistema adoecedor*, Vincent de Gauljac & Fabienne Hanique

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

**VIDAS E CAMINHOS
EM DIREITOS HUMANOS
& SAÚDE**

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

**VIDAS E CAMINHOS
EM DIREITOS HUMANOS
& SAÚDE**

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
Projeto Gráfico da Capa: TATIANA LASSANCE PROENÇA

Esta obra passou por revisão por pares

CIP-Brasil. Catalogação na Publicação

V649 Vidas e caminhos em direitos humanos e saúde / Maria Helena Barros de Oliveira, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, Marcos Besserman Vianna (organizadores). – 1ª ed. – São Paulo : Hucitec , 2024. – 188 p. : il. ; 23 cm. – (Coleção Saúde em Debate, v. 360).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-85-8404-344-6

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

CDD 614

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

Sumário

- 9 **Prefácio**, *Marco Antônio Carneiro Menezes*
- 11 **Apresentação**, *Maria Helena Barros de Oliveira, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos & Marcos Besserman Vianna*
- 13 **Capítulo 1 – Teatro e educação: construindo cidadania e combatendo racismo e violência**, *Marcos Victor Meirelles dos Santos, Karla Santa Cruz Coelho & Maria Helena Barros de Oliveira*
- 28 **Capítulo 2 – Histórias de vida: sentido(s) ou “rés” significações de Pessoas Privadas de Liberdade**, *Weslen Santana Padilha & Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos*
- 41 **Capítulo 3 – Corpos em movimento, corpos que cuidam, corpos que trabalham: migração internacional na perspectiva de gênero**, *Élida Azevedo Hennington & Simone Mainieri Paulon*
- 53 **Capítulo 4 – Violência institucional contra mulheres: uma questão de saúde pública**, *Renata de Lima Machado, Adriana Mello & Maria Helena Barros de Oliveira*
- 68 **Capítulo 5 – Saúde e inclusão: a experiência da transgeneridade na infância e adolescência**, *André Souza Brito, Maria de Fátima Moreira Martins Correa & Maria Helena Barros de Oliveira*

- 85 **Capítulo 6 – Lacunas sanitárias da Atenção Primária à Saúde para as pessoas com deficiência**, *Lais Silveira Costa, Carolina Nascimento, Marcos Besserman & Sônia Regina da Cunha Barreto Gertner*
- 98 **Capítulo 7 – O direito humano à saúde na atenção às urgências e no acesso hospitalar**, *Gisele O’Dwyer, Mariana Konder & Maria Helena Barros de Oliveira*
- 107 **Capítulo 8 – Idiosincrasias surdas: para além das discussões entre sinalizados e oralizados**, *Armando Guimarães Nembri, Lais Silveira Costa & Maria Helena Barros de Oliveira*
- 121 **Capítulo 9 – Pandemia de Covid-19 e impacto diferencial entre gêneros na utilização da assistência ambulatorial no município do Rio de Janeiro**, *Lays da Silva Elias, Vania Reis Girianelli & Angélica Baptista Silva*
- 137 **Capítulo 10 – Governança de Dados sobre a Saúde como direito humano**, *Angélica Baptista Silva & Vanessa de Lima e Souza*
- 148 **Capítulo 11 – Judicialização da saúde no Brasil e a violação dos direitos humanos**, *Alberto Jucelino Pereira Junior & Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos*
- 160 **Capítulo 12 – Tuberculose na população em situação de rua e demais populações brasileiras de 2015 a 2021**, *Hana Yasmim Marques Silva de Souza, Vania Reis Girianelli & Maria Helena Barros de Oliveira*
- 172 **Capítulo 13 – A gestão do conhecimento da produção acadêmica dos egressos do curso de pós-graduação *lato sensu* em Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade**, *Carine dos Santos Lima, Patrícia da Silva Von Der Way, Angélica Baptista Silva & Maria Helena Barros de Oliveira*
- 185 **Sobre as autoras e os autores**

Prefácio

Os caminhos da saúde coletiva e dos direitos humanos são, por natureza, construções coletivas. São percursos marcados por encontros, embates e resistências, nos quais a diversidade e a inclusão se afirmam como princípios fundamentais para a defesa da vida e da dignidade. Este livro, *Vidas e caminhos em direitos humanos e saúde*, nasce desse compromisso: reunir reflexões e experiências que ampliam o debate sobre a saúde como direito humano e sobre a necessidade de enfrentar desigualdades estruturais.

Vivemos um contexto político e social em que a produção do conhecimento não é apenas um exercício acadêmico, mas uma ação estratégica. Os discursos e as práticas excludentes exigem respostas firmes, baseadas na ciência e no compromisso ético com a justiça social. A Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca tem, historicamente, ocupado esse lugar, articulando pesquisa, formação, assistência e atuação política para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS).

Os capítulos que compõem esta obra são expressões desta missão. São análises e narrativas que percorrem diferentes dimensões da luta por direitos: o combate ao racismo e à violência, a inclusão de pessoas com deficiência no SUS, a atenção às urgências hospitalares, os desafios da saúde de populações trans, as idiossincrasias da comunidade surda, o impacto de crises sanitárias na vida das mulheres e os desafios da governança de dados. Cada texto é um testemunho da urgência de avançarmos na construção de políticas públicas que reconheçam e respeitem as diferenças.

A diversidade dos temas reflete a complexidade da realidade brasileira e reafirma a necessidade de um SUS que não apenas acolha, mas que ativamente combata as desigualdades em saúde. Para isso, é preciso compreender que a

garantia dos direitos humanos não se dá somente na formulação de leis e políticas, mas na efetivação cotidiana desses direitos nos serviços de saúde, nos espaços de educação, nos territórios e nas relações sociais.

A todas as pessoas que construíram este livro, meu reconhecimento e agradecimento. Que essa obra sirva como ferramenta de reflexão e ação. Que fortaleça o compromisso de todas as pessoas que atuam na academia, na gestão, na assistência, dos alunos e movimentos sociais com um projeto de sociedade mais justa e democrática. E que, acima de tudo, nos lembre que o melhor do caminho é caminhar juntos, sem deixar ninguém para trás.

— *Marco Antônio Carneiro Menezes*

Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Apresentação

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

Este livro nasce da necessidade urgente de refletir sobre a epidemia de tristeza e solidão que afeta nossa sociedade. Ele nos convoca a olhar para as desigualdades que moldam nossas vidas e, especialmente, como essas disparidades impactam as vidas das pessoas mais vulneráveis.

Em tempos em que o dilema de “adaptar-se ou morrer” parece se apresentar cada vez mais como uma realidade, o livro traz uma abordagem transformadora, refletindo sobre como a humanidade pode, e deve, reinventar suas formas de existir.

Os autores propõem um olhar sobre os direitos humanos como chave para a construção de um futuro possível, onde todas as vidas importam. Partindo de uma base de criatividade teatral, a obra se abre com uma reflexão profunda sobre a privação de liberdade, as migrações forçadas e as violências institucionais, sempre com um foco na perspectiva de gênero.

Aborda, também, a saúde como um direito humano inalienável e explora as falhas do sistema de saúde, particularmente no que diz respeito às pessoas com deficiência, ao acesso à saúde nas urgências e hospitais e às violações de direitos

que acontecem nesse contexto. Mas não se limita a isso: as histórias de vida de pessoas surdas, crianças trans e vítimas da Covid-19 são essenciais para entender a diversidade humana em sua plenitude.

Com o objetivo de gerar um impacto real, a obra também nos convida a olhar mais profundamente para a importância das pesquisas sobre direitos humanos e as condições das pessoas vulnerabilizadas.

Ao reunir dados, interpretar estas informações e trabalhar com uma visão que combina equidade e direitos humanos, o livro se torna um convite a todos para participar dessa jornada de transformação.

Os autores não oferecem respostas fáceis, mas sim um chamado urgente para reconstruirmos nossa sociedade com mais humanidade e respeito às diferenças. Seus propósitos nos impellem para encontrarmos novos caminhos e, finalmente, garantir que todas as vidas importem.

Capítulo 1

Teatro e educação: construindo cidadania e combatendo racismo e violência

Marcos Victor Meirelles dos Santos

Karla Santa Cruz Coelho

Maria Helena Barros de Oliveira

O bom do caminho é caminhar

Boa noite para quem é de boa noite. Boa tarde para aqueles que são de boa tarde. E bom dia para todos que estão, permanecerão, tentarão, são de bom dia e aqui se reunirão por bons-dias. Onde os passos no espaço serão feitos feito dança a produzir felicidade, dignidade e vida por todas as partes, por todos os ares com artes.

Peço licença para aqueles que por aqui passaram, que aqui estão e aqueles que por aqui irão passar, aos mais velhos, à minha, à nossa ancestralidade, aos adultos, aos jovens e às crianças que tão lindamente doces, colorem, correm, vibram o movimento do nosso viver.

Para começar não meço minhas emoções aqui “escrevidas” em um eu que não mede a experiência vivida, a poética transpiração a produzir um bailar de conhecimento e existência do vivido na potência existente nos momentos em cada encontro, um devir de expectativas da promoção da saúde, da produção de

cuidado e vida bem vivida. “Para tanto faz-se necessário pensar, que por ser do humano, esse espaço é um mosaico de dores e intervenções esperançosas, onde se busca olhar para o outro, a partir das lentes da dignidade humana” (Oliveira, 2024, p. 23).

Ponho a esticar meu braço e lhe estender a mão para que juntos possamos caminhar por este capítulo, abrindo o horizonte do nosso olhar, sentindo a brisa de cada tópico, que nos propõem a um balançar reflexivo, neste navegar pelos direitos humanos e saúde.

Perceber em curtos passos e por longo tempo que, na busca de humanos direitos, precisamos na prática dos direitos humanos. Precisamos de fato, do fato gerador, que se fez constituir a Declaração dos Direitos Humanos, que é o caminho que leva à dignidade para o ser humano, que conduz os direitos a esse sujeito, de direitos e não tão somente de deveres, pavimentando a promoção da justiça social, o combate à desigualdade, o bem-estar dos indivíduos e da sociedade como um todo, garantindo acesso aos serviços de saúde e a uma vida saudável, com os objetivos social e público necessários para a obtenção da dignidade da pessoa humana (Oliveira, Teles & Casara, 2021).

E como caminhar sem tropeçar nas pedras do capitalismo, colonialismo, patriarcado, neoliberalismo, necropolítica, eurocentrismo, direitos humanos hegemônicos que se perfazem por vias de linguagem que os hierarquizam, se não promovendo saltos emancipatórios capazes de articularem lutas pela dignidade reivindicando direitos de todos a todos (Sousa, 2019).

E para se fazer desvio, caminho, andança e persistir, resistir e existir no mundo transversal capitalista, colonialista, neoliberal, hegemônico e patriarcal, onde o declarado não é praticado, injustiças, violências, exclusão, opressões, sofrimentos e vulnerabilidades de grande parte da população são naturalizados por uma lente que abstrata abstrai o verdadeiro sentido dos direitos humanos, fazendo o ser sentir cada vez mais ao longe a digna humanidade e ter ao seu lado, no seu passo, vida e carne a violação desses mesmos direitos (Oliveira, Teles & Casara, 2021), que o convidamos para juntos andarilhar em uma perspectiva de possibilidades e reflexões sobre os direitos humanos e saúde, pela vida mais vivida com dignidade e equidade.

Se pôr a caminhar pelos direitos humanos e saúde é transitar por vias, cuja preferencial e a prioridade é do bem-estar dos indivíduos e das sociedades. É sinalizar que a trajetória conceitual da saúde se prolonga além da parada ou da curva da ausência da doença. Ela está nos cruzamentos, nas bifurcações que coincidem com o bem-estar físico, mental e social. E fazer esse caminhar é propor uma viagem que produza por onde passar a promoção da saúde, ampliando o significado de saúde, criando ruas e entradas para bens e serviços de qualidade para todas e todos sem distinção (Oliveira, Teles & Casara, 2021).

É de pé nesta esquina de vidas, encruzilhada de caminhos, neste cruzamento de possibilidades que aponto meu olhar para o teatro e me direciono para juntos percorrermos toda a potência que pode o teatro no encontro de arte em sala de aula, como uma ferramenta prática dos direitos humanos, promoção da saúde e redução da violência e racismo no ambiente educacional. Rota que, na confluência do encontro, pode propor narrativas outras na trajetória da vida da sociedade educacional, propondo histórias que evocam um declamar que viver é a melhor e mais maravilhosa coisa que o ser humano, o vivo, pode experimentar, indescritivelmente. Flecha fala de Ailton Krenak que nos atravessa na andança, a um recalculer reflexivo pelos rios a remar no movimentar da maré para um curso contrário ao discurso dito, possivelmente adiando o fim do humano viver e o início de um viver digno. Antes mesmo que os céus desabem sobre nós. Sons que vêm da terra, do povo e de seus originários saberes, já nos sussurrava pelos ares Davi Kopenawa no meio do caminho (Santos, 2024).

Parar e fincar os pés neste chão da escola como território e campo social de atuação dos direitos humanos e saúde é tentar desterritorializar esse espaço congestionado de violações aos direitos à vida, às integridades física e mental, à saúde, à liberdade de expressão e ao pensamento (Oliveira, Teles & Casara, 2021). Não sinalizados pelas vias onde passam em alta velocidade, atropelando aqueles que por ali tentam atravessar a vida e viver com dignidade, mas o que vivem são as marcas de todas essas violações de seus direitos.

Para garantir estradas que possamos percorrer com dignidade, linhas sociais devem ser traçadas diariamente nos espaços constituídos pelo encontro, onde o outro em nós e nós nos outros nos identificamos, fazendo jus à realidade de viver uma vida cuja dignidade se junta à existência (Oliveira, Teles & Casara, 2021).

Uma dessas linhas a se traçar, cruzar e emendar é o teatro, que como forma de arte milenar e expressão humana universal, possui um potencial transformador, ímpar no contexto educacional. Por meio da encenação, da improvisação e da dramaturgia, o teatro se configura como uma ferramenta poderosa para a promoção de valores como a empatia, a cooperação, o respeito à diversidade e o senso crítico, elementos essenciais para a construção de uma sociedade mais justa e equitativa.

Com base no percurso da disciplina Direitos Humanos e Saúde, permeado pelos atravessamentos do que pode o teatro em um processo de promoção à saúde, redução do *bullying*, racismo e violências em geral, refletimos sobre a prática do conceito dos direitos humanos com o intuito de trazer o tema da metodologia em cruço para os processos educacionais e de cuidado (Pinto, 2021).

Neste capítulo, exploramos o papel do teatro como ferramenta para a aplicação dos direitos humanos, da promoção da saúde e da redução da violência e do racismo em sala de aula. Abordamos como o teatro pode contribuir para a

formação de cidadãos conscientes e engajados na luta por uma sociedade mais humana, justa e diversa.

O teatro e os direitos humanos

Assim começamos o primeiro ato de nossa andança pelo teatro e os direitos humanos, por um pequeno e bom passeio, antes passamos para sentir e reconhecer o território por onde aqui vamos nos deslocar.

Que se abram as cortinas, não espere o terceiro sinal e se ponha ao meu lado a caminhar.

Sim, o teatro, como forma de arte e expressão, desempenha um papel crucial na promoção e na defesa dos direitos humanos. Ele não apenas serve como um espelho da sociedade, refletindo injustiças e desigualdades, mas também como uma plataforma para a conscientização e a educação. E por onde ele passa possivelmente toca, provoca, mexe e remexe a cultura e os modos de agir.

Mediante narrativas que abordam temas como discriminação, opressão e resistência, o teatro pode dar ou gerar a possibilidade do protagonismo de ressonância e reverberação da voz dos marginalizados, fomentar empatia e identificação no público. Peças que exploram experiências de grupos vulneráveis, vítimas das violações de direitos, contribuem para um diálogo crítico sobre questões sociais, ajudando a desestigmatizar e humanizar suas lutas, redirecionando a rota por onde anda os direitos humanos cristalizados pelo capitalismo colonizador.

Além disso, o teatro participativo e as intervenções comunitárias oferecem oportunidades para que os indivíduos se envolvam ativa e interativamente na defesa de seus direitos. Ao se expressarem artisticamente, as comunidades podem desafiar narrativas dominantes e reivindicar espaço nas discussões sobre políticas públicas e justiça social, promovendo o bem-estar individual e coletivo.

Portanto, a interseção entre teatro e direitos humanos não é apenas uma área de estudo, mas uma prática vital que pode catalisar mudanças sociais e promover a dignidade humana. Em uma catarse que efetiva o que realmente é a saúde. A pesquisa nesse campo deve continuar a explorar como as técnicas teatrais podem ser utilizadas para transformar consciências e mobilizar ações em prol dos direitos humanos.

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 (Oliveira, 2024, p. 24).

O teatro, por sua natureza dialógica e reflexiva, pode ser utilizado como ferramenta para promover a educação em direitos humanos e promoção do cuidado e saúde nas escolas. Pela encenação de peças que abordam temas como discriminação, desigualdade social, *bullying* e violência, os alunos podem ser sensibilizados sobre a importância dos direitos humanos e sua aplicação no cotidiano.

O teatro é uma arte específica transmitida ao público por intermédio do ator, é indispensável que o público veja algo (Magaldi, 1986, p. 6). O ator comunica-se e se conecta com o público por meio da palavra, da postura, do olhar e dos movimentos, que compõem a expressão corporal e participam da eficácia do desempenho, o que se convencionou chamar de interpretação, à arte do ator.

O teatro que queremos ver passar, apresentar, é aquele que propõe uma forma de fazer teatro não só de entretenimento, mas comprometida com aqueles que se encontram com seus direitos violados, em situação de vulnerabilidade, oprimidos. O que propomos é um teatralizar que se coloca em cena como estratégias em grupo, companhia ou coletivo, lutando por uma transformação social, buscando não só tocar, mas afetar a vida em dramáticas ações reais e continuadas. Diante disso, o trabalho com os oprimidos é uma opção filosófica, política e social de direitos humanos e saúde (Boal, 2009).

A Organização das Nações Unidas (ONU, 1948) define os direitos humanos como “garantias jurídicas universais que protegem indivíduos e grupos contra ações ou omissões dos governos que atentem contra a dignidade humana”. Os direitos humanos são universais e inalienáveis. Todas as pessoas em todo o mundo têm direito a eles. Ninguém pode voluntariamente desistir deles, nem outros podem tirá-los. Ou seja, os direitos humanos são indivisíveis. Sejam de natureza civil, política, econômica, social ou cultural, eles são todos inerentes à dignidade de toda pessoa humana. Consequentemente, todos eles têm o mesmo valor como direitos. Não existe um direito “menor”. Não há hierarquia de direitos humanos.

Aos Direitos Humanos cabe 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 (Oliveira, 2024, p. 24).

As práticas teatrais influenciam no desenvolvimento de potencialidades e podem ser uma arma de libertação, de transformação social e educativa (Boal, 2009).

Um palco para a reflexão e transformação social

Assim, o teatro vem dando vida a este palco de reflexões para a transformação social, e é contracenando estes passos que se conduz a uma emancipação em esferas, bairros, cidades, sociedades, promovendo o exercício e a capacitação para a reflexão e a ação. É o teatro que abre a cortina para recriar e reviver a realidade que nasce da inspiração das possibilidades para soluções aos problemas sociais (Boal, 2009).

O teatro, como um espaço de reflexão e transformação social, oferece uma plataforma única para explorar e desafiar realidades. Mediante suas narrativas e *performances*, ele se torna um palco onde questões sociais urgentes podem ser discutidas e debatidas em um terreno que se pode pisar e caminhar com certa segurança.

Nesse palco de reflexão, um acolhedor espaço e de encontro, que convida o público a contemplar sua própria realidade e a dos outros. Ao assistir a histórias que refletem desigualdades, injustiças e experiências humanas diversas, os espectadores são levados a questionar suas próprias crenças, certeza, vontades, verdades e comportamentos. Esse processo de reflexão é fundamental para a conscientização e a empatia, elementos essenciais na luta pelos direitos humanos.

Além de servir como um espelho da sociedade, o teatro e seu espaço cênico do encontro também proporciona uma voz a grupos frequentemente silenciados. Ao dar espaço a narrativas de minorias, o teatro contribui para a visibilidade de suas lutas e conquistas. Essa representação não apenas legitima suas experiências, mas também promove um diálogo necessário sobre as condições sociais e políticas que enfrentam. Para que de certa forma se abra uma trilha para que se efetive essa vida, ou melhor, viver, bem-viver.

Este fazer teatral possui o potencial de ser um agente transformador para a sociedade. Peças que têm no coletivo inspiração e protagonismo provocam reflexão e podem inspirar ações concretas, mobilizando o público em torno destas causas sociais. Quando as histórias encenadas ressoam com as experiências do público, podem catalisar um desejo de mudança e engajamento cívico.

Além das produções convencionais, as intervenções teatrais em comunidades, como o teatro interativo de Victor Meirelles (Santos, 2024) e o teatro fórum (Boal, 2009), permitem que os participantes se tornem parte ativa do processo, atores-espectadores-atores. Essa abordagem não somente promove a conscientização, mas também sensibiliza, capacita os indivíduos a explorar soluções para os problemas que enfrentam, criando um espaço de colaboração e inovação social.

Assim, o teatro transcende sua função estética, emergindo como um poderoso instrumento para a reflexão e a transformação social. Ao continuar a explorar e desenvolver essa intersecção, espectadores, artistas e pesquisadores podem contribuir significativamente para a promoção dos direitos humanos e saúde, ajudando a construir um mundo mais justo e equitativo.

A arte, o teatro, o meu teatro, esse teatro, faz o corpo criar forma, aderir e repelir certos passos, interagir e se movimentar. Assim, construindo trincheira, uma muralha que se pode deslocar, desloular e a vida invocar.

O teatro como espaço de diálogo e reflexão crítica

A reflexão crítica parte de uma formação de consciência e o teatro é essa linguagem que pode constituir dialogicamente para formar esse indivíduo consciente, socialmente responsável, presente e vivo (Boal, 2009).

O teatro emerge como um espaço potente para o diálogo e a reflexão crítica sobre os direitos humanos e a saúde. A capacidade mágica de propor uma conversa, se conectar e contar histórias de maneira envolvente, permite que questões complexas sejam abordadas de forma acessível e impactante. Por meio da encenação de peças que retratam violações dos direitos humanos, como o racismo, a homofobia e a xenofobia, o público é convidado a questionar o *status quo* e buscar soluções para os problemas sociais.

Não somente apresenta narrativas, mas também cria um espaço onde uma polifonia dissonante, diferentes vozes, podem ser ouvidas. Essa pluralidade é essencial para discutir direitos humanos, pois cada história representa uma perspectiva única. Por intermédio de debates pós-peça e fóruns, o público é incentivado a compartilhar suas próprias experiências e reflexões, promovendo um diálogo coletivo sobre saúde e direitos.

A saúde é um direito humano fundamental, e o teatro pode iluminar as desigualdades que permeiam o acesso a serviços de saúde. Peças que abordam temas como a desigualdade no acesso, a estigmatização de doenças e as consequências de políticas públicas podem instigar uma análise crítica das estruturas sociais que influenciam a saúde das comunidades. Essa reflexão é vital para mobilizar a opinião pública e fomentar mudanças.

Teatro e saúde podem andar de mãos dadas na educação do público sobre temas como saúde mental, doenças transmissíveis e direitos dos pacientes. Ao dramatizar situações que envolvem esses tópicos, o teatro pode desmistificar medos e preconceitos, ajudando a construir uma compreensão mais profunda e empática das experiências alheias.

Conscientização e empatia: a jornada do espectador

Ao presenciar histórias de sofrimento e injustiça, o espectador é convidado a desenvolver empatia, colocando-se no lugar daqueles que sofrem violações de seus direitos. Essa experiência gera reflexões sobre a importância da ação individual e coletiva na construção de uma sociedade mais justa e equitativa.

Os efeitos da empatia e da conscientização no espectador ao entrar em contato com o teatro que aborda os direitos humanos e a saúde são profundos e multifacetados. Essa forma de arte entretém e também provoca uma transformação interna que pode resultar em mudanças significativas no comportamento e nas percepções sociais.

O teatro tem a capacidade única de colocar o espectador na posição do outro. Quando histórias de injustiça, sofrimento ou resiliência são apresentadas, os espectadores são convidados a vivenciar emoções e realidades que muitas vezes são distantes de suas próprias experiências. Essa imersão emocional promove empatia e identificação, ajudando a construir conexões mais profundas entre os indivíduos e as questões sociais.

Peças que tratam de temas de saúde e direitos humanos não apenas informam, mas também educam o público sobre problemas muitas vezes ignorados. Ao expor realidades complexas, como o acesso desigual a cuidados de saúde ou a violação de direitos, o teatro atua como um veículo de conscientização. Essa informação pode desmistificar preconceitos e estimular uma discussão mais informada sobre as questões abordadas.

A empatia gerada pelo teatro pode resultar em mobilização social. Espectadores que se sentem tocados por uma história podem se tornar defensores ativos de causas sociais. Esse engajamento pode variar de ações cotidianas, como o voluntariado, até a participação em movimentos mais amplos que buscam a mudança estrutural em políticas de saúde e direitos humanos.

Além de estimular emoções, o teatro também provoca uma reflexão crítica sobre a própria história e sociedade. Ele desafia o público a considerar suas próprias percepções, opiniões, posições e preconceitos, incentivando uma análise mais profunda de como as normas sociais e políticas afetam a saúde e os direitos de indivíduos e grupos. Essa reflexão pode ser um passo importante na transformação das atitudes e na promoção da saúde em sua integridade por uma sociedade mais justa.

Quebrando barreiras e construindo pontes: o poder da catarse

A catarse teatral possui um poder singular de construir pontes e quebrar barreiras, promovendo uma vida efetiva e justa. Essa experiência emocional, profundamente enraizada na tradição teatral, serve como um mecanismo de liberação que não somente transforma o espectador, mas também influencia a dinâmica social. A catarse, entendida como a purgação emocional, permite que os indivíduos experimentem e processem sentimentos intensos, como dor, raiva ou alegria.

Ao vivenciar essas emoções em um ambiente seguro, os espectadores podem confrontar suas próprias realidades e preconceitos. Essa experiência compartilhada promove uma compreensão mais profunda das vivências alheias, cultivando empatia e compaixão.

No contexto dos direitos humanos e da saúde, a catarse teatral atua como uma ponte entre diferentes grupos sociais. Ao contar histórias de injustiça, desigualdade ou resiliência, o teatro conecta pessoas de diversas origens e experiências, criando um espaço de diálogo e reflexão. Esse contato emocional ajuda a superar divisões e a construir uma comunidade mais coesa, onde as vozes de todos são ouvidas e valorizadas.

Por meio da catarse, o teatro desafia normas sociais e preconceitos. Ao expor questões difíceis, como as diversas violações dos direitos humanos, como discriminação e opressão, ele permite que os espectadores questionem suas próprias crenças e modos de conduta e vivência. Essa confrontação pode levar a uma reavaliação de atitudes e, eventualmente, a mudanças significativas na forma como a sociedade lida com temas de saúde e direitos humanos.

As experiências catárticas no teatro não se limitam ao público. Artistas e *performers* também passam por processos de liberação emocional, o que os capacita a expressar suas próprias verdades e a representar as vozes de suas comunidades. Essa dinâmica pode ser particularmente poderosa em contextos de opressão, em que o ato de contar histórias torna-se um ato de resistência e afirmação.

A catarse teatral, portanto, é uma ferramenta vital na construção de uma vida efetiva e justa. Ao facilitar a empatia, conectar diferentes grupos e desafiar barreiras sociais, o teatro se estabelece como um agente transformador. Ao explorar e expressar a complexidade das experiências humanas, ele não apenas ajuda a curar feridas individuais, mas também a fomentar uma sociedade mais justa e inclusiva.

Educação em direitos humanos: um palco para a aprendizagem

O teatro se torna sempre um espaço para a educação por ser esse lugar expositivo, interativo, de circulação de ideias, seja em direitos humanos ou qualquer outra área de conhecimento. Utilizando a linguagem da arte para transmitir conceitos e valores de forma lúdica e acessível, o aproveitamento é alcançado de outra forma. Por meio da encenação de peças que abordam temas como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, os alunos podem aprender sobre seus direitos e suas responsabilidades, além de desenvolver habilidades como a comunicação, a resolução de problemas e o trabalho em equipe.

Conscientização sobre os direitos humanos

Peças de teatro que retratam violações dos direitos humanos, como a escrita por Anne Frank (1948) e lida por muitos adolescentes no *O Diário de Anne Frank*, podem promover a reflexão crítica sobre temas como a intolerância, o racismo e a xenofobia. Mediante análise de tais peças, os alunos podem desenvolver uma compreensão mais profunda dos direitos humanos e da necessidade de refletir sobre o respeito às diferenças.

Os direitos humanos na escola são fundamentais para promover um ambiente educacional inclusivo, respeitoso e justo. A educação deve não somente transmitir conhecimentos, mas também ensinar valores como dignidade, respeito e solidariedade. Além disso, a escola deve garantir que todos os alunos, independentemente de gênero, raça, etnia, orientação sexual ou condições socioeconômicas, tenham acesso às mesmas oportunidades. A educação para a cidadania prevê que o currículo deve incluir temas relacionados aos direitos humanos, capacitando os alunos a entenderem seus direitos e deveres e a participarem ativamente da sociedade.

Promoção da empatia e do respeito à diversidade

No teatro, nos colocamos em um lugar de observador, mas que vai no mais que observar: se entrega e se integra a um jogo cênico, que nos coloca a cada instante em uma situação, em um espaço e em um campo de visão. É nesse trânsito, mesmo que inconsciente, que vivemos esse movimento empático e diverso. Essa técnica também pode ser utilizada para promover a empatia e o respeito à

diversidade nas escolas. Por meio da encenação de peças que exploram diferentes culturas e perspectivas, os alunos podem aprender a se colocar no lugar do outro e desenvolver uma atitude mais respeitosa, digna e inclusiva.

O teatro e a promoção da saúde

O teatro se destaca como uma poderosa ferramenta para a promoção da saúde, atuando não apenas na conscientização, mas também na educação e na transformação social, ele conecta e tece relações entre os atores, autores, plateia e assunto, dando algo mais vibrante às palavras escritas e faladas. Ao integrar arte e ciência, o teatro oferece abordagens inovadoras para tratar questões de saúde, tornando-as mais acessíveis e impactantes.

O teatro pode desempenhar um papel crucial na educação sobre saúde. Peças que abordam temas como prevenção de doenças, saúde mental, nutrição e práticas de vida saudáveis ajudam a informar o público de forma envolvente. A dramatização de situações cotidianas permite que os espectadores se identifiquem com os personagens e compreendam a relevância dos cuidados com a saúde em suas próprias vidas.

Ao dar vida e voz às experiências de indivíduos e comunidades, o teatro empodera as pessoas a assumirem o controle sobre sua saúde. Peças que retratam narrativas de superação ou luta contra estigmas, como doenças mentais ou condições crônicas, inspiram os espectadores a buscar informação e a reivindicar seus direitos. Esse empoderamento é essencial para fomentar uma cultura de saúde proativa.

O teatro é uma plataforma eficaz para desmistificar tabus e quebrar estigmas associados a temas de saúde. Ao tratar abertamente questões como HIV/aids, saúde mental e dependência, o teatro promove um espaço seguro para discussões, contribuindo para a aceitação e a compreensão. Essa abordagem pode ajudar a reduzir o medo e a discriminação, facilitando o acesso a serviços de saúde.

Intervenções teatrais em comunidades vulneráveis são particularmente eficazes. Elas não somente educam, mas também incentivam a participação ativa da comunidade na discussão sobre saúde. Por meio de práticas como o teatro-fórum, os participantes são convidados a explorar soluções para desafios de saúde que enfrentam, promovendo um senso de coletividade e ação.

As experiências teatrais informam, provocam reflexão crítica sobre comportamentos e escolhas de vida. Ao vivenciar as consequências de decisões relacionadas à saúde de personagens e histórias, os espectadores podem ser levados a reavaliar suas próprias ações e, potencialmente, a adotar hábitos mais saudáveis.

O teatro, portanto, se estabelece como uma ferramenta multifacetada para a promoção da saúde. Ao educar, empoderar e engajar comunidades, ele

não só contribui para a conscientização sobre temas de saúde, mas também para a transformação de atitudes e comportamentos. Essa interseção entre arte e saúde é fundamental para a construção de uma sociedade mais saudável e consciente, capaz de enfrentar os desafios contemporâneos de forma coletiva e inclusiva.

Prevenção de doenças e promoção de hábitos saudáveis

Elaborar textos e roteiros que de uma forma lúdica, sejam abordados temas como a higiene pessoal, a importância da vacinação e os perigos do tabagismo podem contribuir para a prevenção de doenças e a promoção de hábitos saudáveis entre os alunos, fugindo de uma linha formal de aula e condicionando o participante a estar em contato com o conteúdo de uma forma mais interativa e até divertida.

Promoção do bem-estar mental e emocional

Promover o bem-estar mental e emocional dos alunos é se colocar em uma dramaturgia que possa levar esse participante a lugares outros ao do sofrimento, é ver outros sentidos e sensações na experimentação. Por meio da dramatização de situações relacionadas à ansiedade, ao estresse e à depressão, os alunos podem aprender a identificar e lidar com seus sentimentos de forma mais saudável.

O teatro e a redução da violência, do *bullying* e do racismo

O teatro pode ser utilizado como ferramenta para reduzir a violência e o racismo nas escolas. Por meio da encenação de peças que abordam temas como o *bullying*, a discriminação racial e a violência doméstica, os alunos podem ser sensibilizados sobre as consequências negativas de tais comportamentos e aprender a lidar com conflitos de forma pacífica e respeitosa.

Peças de teatro que retratam situações de *bullying* e violência podem ajudar os alunos a identificarem os sinais de tais comportamentos e desenvolver estratégias para combatê-los.

Quando a encenação tem em seu texto traços que podem se aproximar a realidade do espectador, como uma cena de violência, opressão que se repete na sua realidade, mas ali na ficção produz um novo desenrolar, outra possibilidade de final para a situação vivida, ou o meio para um novo começo, dando uma

solução para aquela relação que não traz bons frutos, pode esse teatro ser um caminho para a redução do sofrimento e a promoção saúde.

Promoção da igualdade racial e da diversidade

Nesta disputa, tanto na apresentação teatral quanto nos jogos e exercícios cênicos, podemos experimentar o encontro e as experiências a partir dele, o que nos coloca em um lugar de constituir relações e trocas consigo, com o outro e com os outros. Isso propõe um viver as múltiplas potencialidades das trocas com a diversidade de existências, promovendo um saborear da realidade plural que é aqueles que habitam esse mundo trazendo a certeza de que reside em nós não só a cultura, mas as culturas e que devem ser vividas em um contexto de igualdade de direitos e deveres e em sua diversidade humana.

O teatro também pode ser utilizado para promover a igualdade racial e a diversidade nas escolas. Por meio da encenação de peças que celebram a cultura afro-brasileira e outras culturas minoritárias, os alunos podem aprender a valorizar a diversidade e combater o racismo.

O teatro como ferramenta para direitos humanos, promoção da saúde e redução da violência e do racismo em sala de aula

O teatro se configura como uma ferramenta poderosa para a aplicação de direitos humanos, promoção da saúde e redução da violência e do racismo em sala de aula. Por meio da encenação, da improvisação e da dramaturgia, o teatro pode contribuir para a formação de cidadãos conscientes, engajados na luta por uma sociedade mais justa, equitativa e tolerante.

Integrar teatro e direitos humanos na educação não só enriquece o aprendizado, mas também forma cidadãos mais conscientes e engajados. Ter uma metodologia que possa ser interativa, que circule o protagonismo e seus lugares de saber, que construa em um instante, uma cartografia de possibilidade que desembocam nas experimentações do viver reviver e atuar em um espaço seguro e acolhedor onde possamos construir estratégias de diz envolvimento, uma possível nanopolítica do existir, resistir viver.

Esse desenho utópico é um espaço complexo de conhecimentos, que adota a premissa da saúde enquanto um direito humano. Ao assumir essa

compreensão legitima-se uma estratégia de que a saúde precisa ser abordada através 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, a partir da diversidade que a recoloca em pertencimentos próprios, políticos e historicamente demarcados (Oliveira, 2024, p. 25).

O teatro no ambiente escolar deve promover a autonomia e a liberdade dos alunos, capacitando-os a entender e questionar o mundo ao seu redor. Além disso, a escola, sendo um espaço essencialmente cultural, precisa considerar as características de cada indivíduo, para que todos aprendam a conviver e a respeitar as diferenças. Só assim avançaremos como uma sociedade mais justa e equânime.

Referências

- BOAL, A. *Teatro do oprimido e outras políticas públicas*. 13.^a ed. Rio de Janeiro: Ed. Civilização, 2009.
- FRANK, A. *O diário de Anne Frank*. Ed. integral. Rio de Janeiro: Record, 2020. (Trabalho original publicado em 1947).
- MAGALDI, S. *Iniciação ao Teatro*. São Paulo: Ática, 1986.
- OLIVEIRA, M. H. B. Dores e esperanças: refletindo sobre direitos humanos e saúde. In: OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELLOS, L. C. F. & VIANNA, M. B. (orgs.). *Direitos humanos e saúde: refletindo sobre as dores e esperanças*. São Paulo: Hucitec, 2024. (Coleção Saúde em Debate, vol. 359).
- OLIVEIRA, M. H. B.; TELES, N. & CASARA, R. R. R. *Direitos Humanos e Saúde: reflexões e possibilidades de intervenção*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Universal Declaration Of Human Rights. United Nations*. 1948 Disponível em: <https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2021/03/udhr.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2024.
- PINTO, M. & MORAES, J. D. M. Metodologias em cruzo: pensando modos e fazer currículo a partir dos encontros. *Revista Espaço do Currículo*, João Pessoa, vol. 14, n. especial, pp. 1-11, 2021.
- ROSA, A.; GOMES, D. M.; CORREIA, D. T. M & CAVALCANTI, M. (orgs.). *Educação inclusiva e especial*. Rio de Janeiro: Pembroke Collins, 2020. Disponível em: https://www.caedjus.com/wp-content/uploads/2020/08/LIVRO_Educacao_inclusiva_e_especial_v.2.pdf#page=15. Acesso em: 12 fev. 2024.

- SANTOS, B. S. & MARTINS, B. S. *O pluriverso dos direitos humanos: a diversidade das lutas pela dignidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.
- SANTOS, M. V. M. *Bullying, quaal é a Graça? A escrevivência das experiências micro e nanopolítica dos (des)encontros - narrativas dos efeitos e potências do (des)cuidado na escola*. Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, Programa de Pós-Graduação Eicos, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Capítulo 2

Histórias de vida: sentido(s) ou “rés” significações de Pessoas Privadas de Liberdade

*Weslen Santana Padilha
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos*

No Brasil, observa-se um aumento na população prisional nos últimos anos, o que tem despertado a atenção tanto na agenda dos Direitos Humanos como da Saúde Pública. De acordo com dados do Departamento Penitenciário Nacional, o país possui uma das maiores populações em cumprimento de pena do mundo, ultrapassando 800 mil pessoas. No entanto, é inquietante perceber que, apesar desse crescimento, os direitos humanos desses indivíduos continuam sendo violados.

A superlotação das unidades prisionais é um dos principais desafios enfrentados pelas Pessoas Privadas de Liberdade (PPL). Muitas unidades operam com capacidade acima do limite, resultando em condições precárias de higiene, saúde e segurança. A falta de estrutura e recursos adequados para a ressocialização contribui para a perpetuação do ciclo de violência e reincidência.

Apesar das diferenças entre os sistemas prisionais, são comuns a opressão e a violação da dignidade humana, ameaçando a garantia dos direitos fundamentais, civis, políticos e sociais. Em muitos casos, esses indivíduos enfrentam

vulnerabilidades e discriminações, dificultando seu acesso aos direitos básicos e universais.

Método

Neste capítulo, optamos por utilizar a licença poética para dar mais vida à escrita, permitindo aos autores representarem de forma mais expressiva a essência do sujeito e apresentarem aos leitores os pontos nevrálgicos do sistema prisional. Ao explorar os sentidos e significados dos discursos, buscou-se aprofundar a história e transmitir as falas dos sujeitos de maneira autêntica, sem idealizações desnecessárias. A licença poética nos permitiu explorar a complexidade da experiência humana de forma mais completa e realista, por meio das vivências das PPL dentro das unidades prisionais, enriquecendo a narrativa e proporcionando uma visão mais profunda e reflexiva sobre os temas abordados. Sobretudo, não apenas lhes proporcionando a oportunidade de se expressarem, mas também validando e reconhecendo a autenticidade de seus conhecimentos e experiências.

Apresentamos discursos exclusivos que não foram abordados na tese original, coletados de forma mais informal e poética durante o “quebra-gelo” da entrevista, momento de aproximação entre entrevistado e pesquisador. Durante as entrevistas, exploramos aspectos da vida antes de serem privados de liberdade, seus sentimentos em relação ao ambiente prisional e seus planos pós-liberdade. Isso permitiu uma compreensão mais profunda das experiências e dos significados do processo de privação de liberdade na vida dos participantes.

Os dados apresentados neste capítulo, fazem parte de uma pesquisa de doutorado em Saúde Pública (Padilha, 2023), realizada por meio de entrevistas em profundidade com 24 PPL que atuam como agentes promotores de saúde (AgPS) em unidades prisionais de Mato Grosso, Brasil. Esses indivíduos, em cumprimento de pena, desempenham um papel semelhante ao dos agentes comunitários de saúde, porém dentro do ambiente prisional. As entrevistas foram gravadas em áudio, seguindo um roteiro semiestruturado para incentivar a livre expressão dos participantes. A análise dos dados, feita por meio da análise temática, revelou categorias que deram origem às temáticas discutidas nesse capítulo.

A pesquisa seguiu os princípios éticos estabelecidos pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 e 510/2016, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, sob o registro CAAE 64231022.6.0000.5240. Para garantir a confidencialidade dos participantes, foram utilizados nomes fictícios escolhidos por eles, mantendo a privacidade e a originalidade dos dados coletados.

Resultados e discussão

Ao longo dos anos, observamos avanços nas políticas públicas direcionadas ao sistema prisional, com o objetivo de superar a precarização das unidades. Além disso, o Estado tem implementado políticas específicas para a população prisional, buscando sempre adaptá-las para garantir a abrangência dos direitos constitucionais. No entanto, apesar dos esforços, ainda há desafios a serem superados.

Embora existam marcos legais que objetivam garantir as condições mínimas para o tratamento das PPL, o sistema de segurança parece uma malha impermeável aos direitos humanos. Nesse cenário, destaca-se o papel central dos serviços e dos trabalhadores das unidades prisionais no enfrentamento a todos os tipos de violência perpetrados às PPL, uma vez que configuram um dispositivo disponível dentro das instituições de privação de liberdade e que pode intervir com práticas de cuidados inclusivas e humanizadas a esse segmento.

Os muros das unidades do sistema prisional são muito mais do que barreiras físicas que separam os indivíduos do mundo exterior. O período de reclusão não só priva os indivíduos de sua liberdade, mas também de sua humanidade, tratando-os como meros números em um sistema considerado desumano por quem vive nele. Eles representam uma violação dos direitos humanos, apagando a identidade e a história de vida das pessoas que estão em cumprimento de pena.

Alguns dos AgPS entrevistados compartilharam suas histórias de vida antes de serem privados de liberdade, destacando o apoio familiar e a presença de emprego, embora também tenham mencionado envolvimento ocasional em atividades ilícitas para complementação das rendas.

A minha vida lá fora eu era bastante caseiro, sempre voltado mesmo para a minha família, trabalho [...] tudo isso aí está fazendo no mínimo muita falta (Leo).

[...] me tarjo como um trabalhador, mas também era envolvido em algumas coisas erradas, por isso que eu estou aqui hoje (Anderson).

Eu morava com a minha avó, e trabalhava na padaria, mas de noite vendia ilícitos, aí eu vim preso (Rick).

[...] essa é a quarta cadeia que eu vim puxando [...] sempre trabalhei de carteira assinada [...] devido a quantidade de filhos e uma esposa menor de idade, sem profissão, na época, eu passei por muita dificuldade e optei pelo crime

[...] aí foi apertando um lado, apertando o outro e resultou que eu acabei tirando a vida de um filho e de um pai de família (Marcos).

Ao adentrar os muros da prisão, as PPL são submetidas a um processo de despersonalização que as transforma em sujeitos genéricos, sem história, sem identidade, sem voz. Suas histórias de vida, suas experiências, suas dores e alegrias são apagadas, substituídas por um estigma que os acompanhará pelo resto de suas vidas (Resende, 2011). A mudança de comportamento, tão necessária para a ressocialização, torna-se uma tarefa árdua em um ambiente que não oferece suporte familiar, emocional e de trabalho. Suas experiências revelam a falta de suporte familiar e a solidão que enfrentam dentro do sistema prisional durante o período de reclusão.

Saí de casa cedo, com 13 anos saí de casa e nunca mais voltei [...] mas eu sempre fui um cara caseiro, quieto, reservado [...] a questão familiar eu sempre fui muito distante e acabei reatando os laços familiares aqui dentro (Daniel).

[...] meu pai era do crime, mas foi morto, saiu da cadeia e morreu [...] não tenho contato com mãe, não tenho contato com nada, tenho uma menina de 15 anos e um moleque de 8 [...] mas lamentavelmente por falta de conhecimento, falta de estudo fui preso por assalto. No caso, tenho quatro assaltos. [...] eu não tenho família nenhuma, ninguém me ajuda e ninguém faz nada. Então no caso eu vou te dizer, sem esposa, sem filho, sem irmão, sem mãe e sem pai para você sobreviver hoje em dia em um mundo desse é tenso (Anthony).

[...] estou aqui abandonada por todos [...] (Yasmin).

A ausência de suporte familiar e de trabalho dentro do sistema prisional perpetua o ciclo de violência e criminalidade, impedindo estes sujeitos de se reintegrarem à sociedade de forma digna e produtiva.

Uma questão relevante a ser abordada é a escassez de visitas familiares e íntimas nas penitenciárias femininas. Foi observado que nas unidades prisionais masculinas as visitas lotavam as entradas, formando filas intermináveis, enquanto nas unidades femininas a realidade era oposta, com a ausência de qualquer tipo de visita. Identificou-se que as PPL do sexo feminino estabelecem novos laços familiares dentro das próprias instalações prisionais.

O capitalismo e o patriarcado contribuem para perpetuar e validar a estrutura conceitual, o conhecimento legitimador e as instituições jurídicas, que desde o início se mostram como mecanismos de controle seletivo baseados em classe e gênero (Colombaroli & Braga, 2014).

A perda de tempo por más escolhas é agravada pela falta de oportunidades, condenando os indivíduos a um futuro incerto e temeroso.

[...] a idade passa, a gente vai na realidade que, na verdade, se você ver que o tempo passou, você não fez nada, e minha vida parou (Eduardo).

Acabo fazendo coisas que não convêm lá fora, mas é por escolhas. Não foi na loucura, foi por más escolhas (Daniel).

[...] comecei a fazer faculdade [...], então conheci as drogas. [...] sou de uma família bem tradicional [...] foi passando um tempo e foi quando eu aprofundei nas drogas, conheci a cocaína através de pessoas que tecnicamente falando seriam pessoas que deveriam me dar exemplo [...] praticamente eu vivi 20 anos na rua, estou 11 anos preso [...] fui condenado a 26 anos [...] quando veio a condenação eu falei: “nem vou recorrer, porque eu acho que mereço essa condenação, porque eu verdadeiramente cometi o crime. Eu sou arrependido do crime, mas eu cometi, eu tenho que pagar por isso” (João).

Esta privação pode ser vista como uma oportunidade para reflexão e transformação, proporcionando um momento de pausa na vida de um indivíduo para ele repensar suas escolhas e ações. Portanto, estar cumprindo pena em regime fechado pode ser encarado como uma chance de mudança e crescimento.

Os discursos se manifestam de diversas maneiras. Muitas vezes, a privação de liberdade pode ser encarada como uma forma de proteção contra o mal, evitando que indivíduos se envolvam em atividades de risco que possam colocar suas vidas em perigo. Em muitas situações, pessoas que se tornam PPL evitam situações que poderiam levá-las à morte, seja por envolvimento em atividades criminosas ou por estarem em locais perigosos.

[...] igual eu falo para a minha mãe, essa prisão veio em uma hora boa, para eu ver realmente o que eu queria da minha vida. Então, não me lamento por estar aqui, só mesmo por causa da família, veio para me ensinar e ver o que eu queria decidir da minha vida, e eu decidi, me ajudou bastante (Bruna).

Uma das coisas que eu costumo dizer e eu guardo para mim é que essa prisão foi um bem para mim, porque eu acredito que se eu não tivesse vindo preso já estava morto. Na rua andava eu e mais quatro pessoas, nós fomos presos quase na mesma época, mas como o crime deles era menor que o meu eles saíram, ficaram um, dois anos e saíram. E todos morreram, a polícia matou (Daniel).

[...] tem certo mal que vem para o bem, e isso para mim está sendo aprendido, e eu vou levar comigo [...] (Gabriel Batista).

O arrependimento de ter cometido um crime é um sentimento comum entre aqueles que estão cumprindo pena. A unidade prisional, muitas vezes vista como um local de punição, pode também ser uma unidade de reflexão, onde os indivíduos têm a oportunidade de repensar suas ações e buscar a redenção (Tavares & Menandro, 2008).

Muitas PPL expressam o arrependimento de ter cometido um crime, admitindo que se arrependem amargamente de ter feito o que fizeram. Esse sentimento de remorso pode ser um ponto de partida para a transformação e a busca por uma vida melhor após o cumprimento da pena.

Então não quero isso para mim mais, cansei, enjoiei. Para mim, não dá [...] eu já paguei, então está pago, não tem mais o que fazer, só assinar certinho quando sair, trabalhar certinho. Não tenho envolvimento com nada, não sou usuário de entorpecente, não trafico, mexo com nada disso. Meu erro foi roubar, assaltar uma empresa [...] aqui dentro não é bom, é péssimo. Um lugar desse é péssimo [...] (Anthony).

[...] hoje eu estou bem maduro, a minha cabeça pensa diferente, naquela época, se eu tivesse a cabeça de hoje, eu juro para você que eu não estava aqui, mas eu tinha a cabeça de moleque. O meu sentimento de estar preso hoje é um sentimento de culpa, me arrependo amargamente de ter feito o que eu fiz, só que para mim é um aprendizado, não deixa de ser um aprendizado [...] (Gabriel Batista).

Tem aqueles que têm a oportunidade de mudar de vida e outros que se arrependem dentro da unidade e transformam suas vidas, mas a realidade é que a maioria não tem oportunidade (Marcos).

Em relatos das PPL, é possível perceber a intensidade do sofrimento causado pela privação de liberdade. O isolamento social, a falta de autonomia e a constante vigilância são aspectos que contribuem para a sensação de opressão e desamparo. Muitos entrevistados relatam a angústia de estar longe de suas famílias, de perder a liberdade de ir e vir e de ser privado de experiências simples do dia a dia (Resende, 2011).

Além disso, a falta de oportunidades de reinserção na sociedade após o cumprimento da pena é outra questão que os preocupa. Muitos deles sentem a

necessidade de uma segunda chance, de poder reconstruir suas vidas e se reintegrar de forma digna à sociedade. No entanto, as barreiras sociais e o estigma da reclusão muitas vezes dificultam esse processo de reintegração.

Sofro demais, perdi tudo. Eu estou seis anos preso, não estou nem na metade do meu regime. Perdi família, perdi pai, perdi esposa, perdi filho. Me sinto isolado e tentando manter minha consciência firme para não enlouquecer, porque não é fácil (Marcos).

É triste, bate uma depressão, bate um trem no coração, vou falar para você, é horrível, eu não desejo isso nem para o meu pior inimigo, porque é ruim (Yasmin).

Me sinto oprimido pelo sistema prisional [...] fica padecendo e nada acontece, nada melhora. Aí nós que estamos nessa situação, nós passamos por essa circunstância e eu creio que precisava de uma oportunidade para nós, de uma mudança. Nós já temos amadurecido por uma circunstância que tem acontecido, já tem valorizado [...] eu creio que todo mundo merece uma chance, merece ser assistido, ter uma atenção. Acredito que seja isso que vai ajudar [...] (Pedro).

Mesmo estando privadas de liberdade, as PPL são seres humanos e, portanto, merecem ter seus direitos respeitados e assegurados. A violação dos direitos humanos no sistema prisional não só vai contra os princípios éticos e morais da sociedade, mas também contribui para o aumento da criminalidade.

Consideramos que os tratamentos ilegal e imoral ocorridos com PPL quando estão sob poder do Estado, dentro das unidades prisionais, são uma afronta aos direitos humanos e à dignidade humana. A violência, a superlotação e a falta de assistência em saúde são apenas algumas das violações cometidas diariamente contra aqueles que estão sob custódia. O sistema prisional, longe de cumprir sua função de ressocialização, torna-se um ambiente de degradação e desesperança, onde a punição substitui a reabilitação.

Desse modo, direitos são para quem? Visto que antes e durante o período de privação do ir e vir, ocorre no sistema prisional uma “seletividade” que dificulta a inserção das PPL ao acesso integral aos direitos básicos, sendo duplamente negado, apesar das garantias constitucionais as violações são constantes, bem como os obstáculos e os conflitos entre aqueles operadores que deveriam ressocializar.

Os entrevistados compartilharam experiências marcadas por violência e sofrimento no sistema prisional, onde foram submetidos à tortura e ao tratamento

desumano. Reconhecendo suas responsabilidades, destacaram a carência de condições adequadas para ressocialização. E com sobras de relatos evidenciam o sentido de um Estado, corporificado em seus agentes oficiais, baseado na vingança e na crueldade contra pessoas que estão sob a sua guarda e “proteção”.

[...] hoje em dia a cadeia está mais tranquila, mas a unidade era bem turbulenta, apanhava, gás, tiro, bomba. Então hoje está bem tranquila e hoje em dia aprendi que do mundo não leva a nada [...] (Anthony).

[...] Nós apanhávamos para dormir, nós apanhávamos para comer, eles invadiam nossa cela trancada de madrugada para zoar, tacar gás, tacar bomba, quatro, cinco horas de procedimento na quadra pelado. Isso não tem como você se ressocializar, não tem estudo, alimentação não é boa [...] (Marcos).

Aqui são tratados todos iguais pelo passado [...] eu vejo muitas pessoas sofrendo aqui dentro, aí como eu já fui uma vítima e sofri muito [...] claro, eu não posso também me fazer de vítima me colocando como inocente. Não, eu fiz por onde estar aqui, mas acredito que muitas coisas nós não merecemos passar, como tortura, essas coisas como eu já passei aqui dentro. Já passei coisa aqui dentro que eu imaginava que não ia sobreviver [...] teve um procedimento aqui que foi desumano, com repercussão em jornal nacional [...] foi muita tortura e coisas que eu sei que são desnecessárias, que não socializam ninguém [...] eu mesmo já sofri muito aqui, já teve vez de a minha avó vir me visitar e eu estar todo listrado de apanhar de cassetete. Já teve vez de eu estar escarrando sangue de tanto apanhar. Não só eu, como vários (Daniel).

Durante as entrevistas, as PPL destacaram a importância de assumir a responsabilidade por suas ações passadas e de buscar uma nova oportunidade para recomeçar de forma positiva. Além disso, expressaram sua determinação em mudar seus comportamentos e em se reintegrar à sociedade de maneira construtiva. Nesse momento, seu direito é negado ou condicionado à discricionariedade da administração prisional.

O direito constitucional é uma política de Estado, enquanto os direitos humanos são uma política de governo, pois esses podem mudar e/ou ser afetados conforme as correntes ideológicas no poder. Logo, tais direitos têm de ser concebidos como unidade indivisível, interdependente e inter-relacionada (Piovesan, 2013).

Os entrevistados reconhecem a importância de dar orgulho às suas famílias e de mostrar que são capazes de se reerguer e seguir em frente após o período de reclusão. Suas palavras refletem um desejo genuíno de transformação e de

superação, evidenciando a força de vontade e o comprometimento em construir um novo caminho para si.

[...] hoje em dia eu coloco na minha cabeça, quando eu sair lá fora eu quero outra vida, quero trabalhar, terminar meu estudo, que se eu não fizer isso por mim ninguém vai fazer, igual está fazendo aqui dentro, ninguém faz por mim, só eu. [...] eu quero voltar com a cabeça diferente lá fora, e eu prometi para a minha mãe que eu vou dar orgulho para ela, o orgulho que eu não dei para ela esses tempos que eu estou presa, desgosto, eu quero fazer diferente [...] antigamente eu não pensava assim não, eu mandava o modo *foda-se* (Radassa).

[...] mudança de vida veio desde quando eu entrei, eu falei: “Meu Deus, isso aqui não veio para me prejudicar, veio para me ajudar”. [...] Então me ajudou bastante, mudei totalmente meus pensamentos (Bruna).

[...] é recomeçar, recomeçar agora da forma correta, nunca tive a intenção de sair daqui e recomeçar da forma certa, sempre eu tive a intenção de sair daqui e permanecer naquilo que eu estava fazendo [...] já perdi muito tempo com o que eu fazia de errado [...] porque se aqui dentro eu consigo trabalhar e me dar bem com todo mundo, lá fora também eu vou conseguir me ingressar novamente na sociedade, quem sabe ser visto de forma diferente, por mais que eu fui reeducando, fui preso, e sair daqui, na rua eu trabalho como marido de aluguel [...] (Eduardo).

A Isadora está sofrendo muitos anos, não é a primeira vez, então a Isadora pretende mudar. Todo mundo fala isso, mas acho que isso vem da gente mesmo, atitude [...] eu acho que tem pessoas que julgam muito, que não sabem o que a gente passa dentro desse lugar [...] você pode falar que vai mudar, mas você pode sair e fazer a mesma coisa. Então, muitas vezes, não julgar, tem pessoas que julgam muito, a gente aprende com os erros e estamos aí, firme e forte, vai dar certo, vou mudar (Isadora).

Na realidade, o sofrimento e o receio de passar por mais dor são os principais impulsionadores da mudança de comportamento das PPL. Esses elementos parecem influenciar a maneira como eles avaliam e tomam decisões, levando-os a enxergar o crime como uma escolha sem sentido. Essa nova forma de pensar molda temporariamente a identidade. É evidente dizer que a pena de privação e o sistema prisional, por si só, não são suficientes para reabilitar alguém.

O sistema prisional não deve ter apenas ações punitivas, mas também voltada para a ressocialização das PPL. A ressocialização é um processo complexo

que visa preparar os indivíduos para sua reinserção na sociedade, proporcionando-lhes as habilidades e oportunidades necessárias para uma vida produtiva e livre de criminalidade, sem reincidência. Para que a ressocialização funcione de maneira adequada, é necessário que o sistema prisional ofereça programas e projetos voltados, principalmente, para educação e treinamento profissional (Miranda, Goldberg & Bermudez, 2022). A ressocialização bem-sucedida não apenas reduz a reincidência criminal, mas também contribui para a construção de uma sociedade mais justa e segura.

[...] tem projetos aqui dentro da cadeia que ainda acreditam na nossa ressocialização, o agente promotor de saúde é um deles [...] (Daniel).

[...] você se ressocializa se você se arrepender, mas para dizer que o Estado dá uma assistência para esse tipo não tem condição (Marcos).

Corroborando o pensamento de Piovesan (2013), o combate à discriminação é medida emergencial para a implementação do direito à igualdade. Nesse contexto, é necessário combinar a proibição da discriminação com políticas compensatórias que acelerem a igualdade como processo, ao mesmo tempo que se revoguem legislações e/ou medidas repressivas. São necessárias estratégias capazes de estimular a inserção e a inclusão de grupos socialmente vulneráveis nos espaços sociais para que sejam, de fato, ações ressocializadoras e esses sujeitos retornem com dignidade para o convívio social.

Durante a privação de liberdade, é natural que o indivíduo comece a refletir sobre o seu futuro e as mudanças que deseja implementar em sua vida. Nesse momento, buscam traçar metas nítidas e realistas para alcançar seus objetivos. É importante que se mantenham focados em seu desenvolvimento pessoal e profissional, buscando oportunidades de capacitação e reintegração social. Com determinação e perseverança, é possível construir um futuro promissor e construtivo, superando as barreiras e os estigmas que a privação de liberdade possa ter imposto.

Eu falo todo dia, os caras perguntam lá para mim: “o que você pensa quando sair daqui?”. Penso em trabalhar, mudar minha vida [...] pretendo, mas vou falar para você que foram sete anos da minha vida perdida. Cansei das coisas erradas, quero mudança mesmo [...] (Pedro).

[...] terminar meus estudos, já terminei aqui dentro, graças a ele, me ajudou bastante, então eu quero sair, quero fazer um concurso na prefeitura, ou fazer uma faculdade, eu quero trabalhar em um serviço decente, mudar aquele ciclo de convivência que eu tinha antigamente [...] (Bruna).

[...] eu já pensei em fazer psicologia ou fazer advocacia, porque eu já conheço muitas falhas que hoje a lei prejudica [...] porque a lei não tem aceção para aqueles que querem sair e continuar matando na rua e aqueles que estão presos e querem sair e ter uma nova vida, para eles não tem diferença. Se em outros lugares tem eu não tenho conhecimento, mas aqui não tem [...] (Daniel).

Analisar as complexas interações entre a realidade vivida, o conhecimento adquirido e as narrativas imaginárias que influenciam as trajetórias de vida é um desafio constante para os pesquisadores. A veracidade dos relatos e a fidelidade das ações futuras do sujeito permanecem incertas, dada a subjetividade e a multiplicidade de interpretações presentes em cada experiência.

Embora seja destacada a importância de adquirir uma profissão para evitar a reincidência no crime, enfatiza-se também a necessidade de garantir os direitos básicos no ambiente prisional, visando promover a reintegração social e a recuperação dos indivíduos privados de liberdade.

Já venho cumprindo pena desde 2007, eu saí e voltei algumas vezes, tive outras oportunidades de trabalhar aqui no sistema, e agora a gente está meio regrado nessas oportunidades, não sei porque a gente já trabalhou outras vezes e não demos valor, que a gente foi embora e voltamos a delinquir, e voltamos para a cadeia (Eduardo).

[...] começo a pensar porque eu vejo muitas pessoas saindo e voltando e nem sempre são as mesmas histórias, as mesmas coisas, eu tenho medo de chegar lá fora e não ser aceito, não conseguir me ressocializar com as pessoas. Nós temos que ser bem claros, muitas pessoas criticam, taxam a gente como lixo da sociedade, não acreditam mais na ressocialização, são poucos que acreditam (Daniel).

Existe muita gente que sai hoje em dia, e se não me falha a memória, a taxa de reincidência tem sido de mais de 50%. Mas isso é por quê? Porque pessoas saem às vezes daqui com uma intenção, aí saem daqui do portão para fora e eu acredito que a maior ressocialização deveria começar a partir dali, porque ela saiu [...] lá fora é diferente, talvez não tenha uma família que o assista, é uma pessoa que é sozinha, não tem nada, então isso aí geralmente a pessoa acaba voltando. Acho que o sistema devia investir mais nisso, na ressocialização pós-prisão (João).

[...] na hora que eu sair da cadeia, eu não vou ser mais preso, eu não vou ser preso por mim, eu não vou ser preso pela justiça, eu não vou ser preso por ninguém [...] (Gabriel Batista).

No processo de reintegração social, deve ser reconhecido que a privação estabelece uma relação antagônica e excludente entre este indivíduo e a esfera social, mas ambos devem ser preparados para convivência após o período de privação de liberdade. Essa situação evidencia a resistência do Estado em adotar políticas de descriminalização, desencarceramento e alternativas em contraposição ao antigo sistema de controle criminal (Tavares, Adorno & Vechi, 2020).

Os muros do sistema prisional não apenas aprisionam os corpos, mas também as almas daqueles que lá estão privados do Eu. Deve-se pensar urgentemente no modelo atual de encarceramento, buscando alternativas que respeitem a dignidade e os direitos das PPL, promovendo a verdadeira ressocialização e reinserção social. Enquanto isso não acontecer, continuaremos a presenciar a destruição de vidas e a perpetuação da injustiça em nome da segurança pública.

Considerações finais

Os multifacetados sistemas prisionais são amplos, complexos e compõem uma rede inigualável de particularidades e regras. Vale lembrar que o hiperencarceramento e seu caráter (não só atual, mas histórico) seletivo no Brasil não coincidem com a população que comete delitos e crimes, pois para a privação de liberdade operam filtros socioeconômicos, políticos, raciais e culturais importantes e decisivos.

Os sistemas prisionais ameaçam e tantas vezes executam a destruição das PPL. O que se vê na prática em determinados cenários é uma violação e exposição desses sujeitos a vulnerabilidades, pois o julgamento moral sobre o comportamento das PPL define como vivem em sociedade, discriminando e dificultando seu acesso aos direitos básicos, igualitários e universais.

Os aparatos legais da comunidade prisional reiteraram o direito formal constitucional, porém percebe-se um negligenciamento das necessidades básicas, colocando o sujeito à mercê do poder verticalizado. No entanto, questiona-se o quanto as PPL dispõem do acesso às medidas e aos dispositivos protetivos, pois os direitos básicos não vêm se efetivando nos limites dos muros de determinadas unidades prisionais, contrastando a formalidade da redação da lei e os distanciamentos na prática efetiva.

O índice de reincidência no sistema prisional é um reflexo direto das questões discutidas neste capítulo, ilustrado com o dissabor do “rés”. Destaca-se a frustração

do indivíduo. Que ao voltar ao ponto de partida, tornando-se “rés” novamente, por uma nova sentença, veem suas “estórias” de um futuro melhor esfacelar-se.

Conquanto haja divergências quanto à extensão dos sujeitos reincidentes, é incontestável que muitas PPL acabam retornando às unidades prisionais, por falta de oportunidades, quando em liberdade. E, a despeito de tudo que vivenciou e irá vivenciar, eles são desafiados a enfrentar o mesmo ambiente, dando-lhes novos sentidos e significações, sejam semânticos ou pragmáticos.

Referências

- COLOMBAROL, A. C. M. & BRAGA, A. G. M. A cadeia feminina de Franca sob a ótica da visita íntima. *Revista de Estudos Empíricos em Direito*, São Paulo, Brazilian Journal of Empirical Legal Studies, vol. 1, n.º 2, pp. 122-39, 2014. Disponível em: <https://revistareed.emnuvens.com.br/reed/article/view/38/43>. Acessado em: 24 set. 2024.
- PADILHA, W.S. *Entre grades e cuidados: os agentes promotores de saúde no sistema prisional e o desafio da Covid-19*. Doutorado da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 5 set. 2023. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/61800>. Acessado em: 22 set. 2024.
- MIRANDA, R. B.; GOLDBERG, A. & BERMUDEZ, X. P. D. Programas de re-inserção social para egressos do sistema prisional no Brasil: há um olhar para o recorte de gênero?. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 27, n.º 12, pp. 4.599-616, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Kkv6VbqHPPXs5TNDtq-9vkWK/?lang=pt>. Acessado em: 23 set. 2024.
- PIOVESAN, F. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 14.ª ed. São Paulo: Saraiva, 2013.
- RESENDE, S. H. A vida na prisão: histórias de objetivação e sujeição na educação do condenado. In: LOURENÇO, A. S. & ONOFRE, E. M. C. (eds.). *O espaço da prisão e suas práticas educativas: enfoques e perspectivas contemporâneas [on-line]*. São Carlos: EdUFSCar, 2011, pp. 49-80. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/ftg2t/pdf/lourenco-9788576002963-04.pdf>. Acessado em: 23 set. 2024.
- TAVARES, A. P.; ADORNO, E. C. S. & VECHI, F. Reincidência criminal: uma análise sobre suas espécies e efeitos na contemporaneidade. *Revista de Direito*, Viçosa, vol.12, n.º 2, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/revistadir/article/view/10751>. Acessado em: 24 set. 2024.
- TAVARES, G. & MENANDRO, P. R. M. Trajetórias de vida de presidiários e possíveis sentidos para a prisão. *Rev. psicol. polít.*, vol. 8, n.º 15, 2008. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-1519-549X2008000100009. Acessado em: 23 set. 2024.

Capítulo 3

Corpos em movimento, corpos que cuidam, corpos que trabalham: migração internacional na perspectiva de gênero

*Élida Azevedo Hennington
Simone Mainieri Paulon*

Breve panorama da migração internacional na atualidade

O processo de reestruturação produtiva a partir dos anos 1980 ocasionou significativas transformações econômicas, sociais, políticas, culturais com repercussões na mobilidade do capital e das populações em diferentes partes do mundo, marcando a crescente importância das migrações internacionais no contexto da globalização. Estimativa aponta para a existência de cerca de 281 milhões de migrantes internacionais no mundo em 2020, o que equivale a 3,6% da população mundial e, desse total, quase metade são mulheres. Em termos de movimentação econômica, US\$ 647 bilhões em remessas internacionais foram recebidas por países de baixa e média renda no ano de 2022 (McAuliffe & Oucho, 2024).

Como afirma Patarra (2005, p. 24), “os movimentos migratórios internacionais constituem a contrapartida da reestruturação territorial planetária”,

sendo relevante considerar na abordagem dessa temática a luta pela garantia dos direitos humanos das pessoas migrantes e o difícil papel dos Estados nacionais e das políticas sociais na ampliação e na efetivação de direitos em um contexto de desigualdades e exclusão social de muitos países, e no cumprimento dos tratados internacionais que assumem a premissa de afastar a imigração do espectro criminalizante e de sua caracterização como ameaça e assunto de segurança nacional.

Mais recentemente, a migração internacional no Brasil despontou como questão social em dois momentos distintos de grande incremento do fluxo migratório: diante das crises humanitárias que atingiram o Haiti no início da década de 2010 e a Venezuela entre 2016 e 2018, com efeitos estruturantes sobre a sociedade brasileira, impactando especialmente no funcionamento de serviços públicos em geral e o mercado de trabalho.

Segundo relatório do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), entre 2013 e 2022, quase 1,2 milhão de registros de residência de longo termo e temporárias foram assinalados pela Polícia Federal brasileira, dez vezes o observado no início desse período. Venezuelanas, haitianas, argentinas e colombianas se tornaram as principais nacionalidades a solicitarem residência, caracterizando o Sul Global como atual eixo das principais correntes migratórias. Na condição de refugiados, a venezuelana foi a principal nacionalidade a ter o reconhecimento, seguida à distância por sírios, cubanos e congoleses. Observou-se também o continuado aumento da participação das mulheres e crianças nos fluxos migratórios no país (Cavalcanti, Oliveira & Silva, 2023).

Neste mesmo período, o número de trabalhadores imigrantes no mercado formal foi ampliado em mais de duas vezes, passando de 92.011 para 223.411 pessoas em 2022. Por outro lado, o período foi marcado pelo crescimento da participação de trabalhadores oriundos, especialmente do Haiti e, mais recentemente, da Venezuela, e nesse ano, pela primeira vez, os trabalhadores venezuelanos ultrapassaram em volume os haitianos que chegaram a ser o dobro em 2020 (Cavalcanti, Oliveira & Silva, 2023).

Em 2022, essa situação se inverteu e o número de venezuelanos chegou a quase o dobro de haitianos no mercado formal brasileiro, trabalhadores que assumem principalmente ocupações relacionadas à ponta da cadeia produtiva do agronegócio, como alimentadores de linha de produção e magarefes. Entre os principais setores de atividades econômicas constam o abate de aves e frigoríficos de suínos, além da participação nos setores de construção civil e de alimentação. Apesar do crescimento da participação das mulheres nos fluxos migratórios, em 2022 elas constituíam menos de 30% dos trabalhadores imigrantes formais (Cavalcanti, Oliveira & Silva, 2023).

Migração, gênero, saúde e trabalho: políticas, dados e informações

No Brasil, ainda não há dados discriminados para migrantes nos sistemas de informação da saúde ou nas pesquisas populacionais, ou amostrais que englobem trabalhadores do mercado informal da economia e sobre afazeres domésticos e cuidado de pessoas. Assim, é difícil conhecer o perfil das trabalhadoras migrantes internacionais no país. Os dados sobre migração disponíveis são oriundos do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) — Secretaria Nacional de Justiça (SENAJUS) e Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra) — em parceria com Universidade de Brasília (UnB) e demais entidades como a Polícia Federal (PF), o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), o Ministério das Relações Exteriores (MRE) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apresentados na plataforma DataMigra BI, lançada em 2023. A plataforma permite a interação amigável e a visualização dinâmica de gráficos, tabelas e mapas sobre os registros de migrações internacionais, solicitações de refúgio e informações sobre mercado de trabalho formal.

A base de dados compila informações oriundas dos seguintes bancos de dados: Coordenação-Geral de Imigração Laboral (CGIL), do MJSP; Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), do MTE; Sistema de Registro Nacional Migratório (SisMigra), Sistema de Tráfego Internacional (STI), da PF; e Solicitações de Reconhecimento da Condição de Refugiado.

Além disso, há relatórios e publicações regulares do OBMigra que é fruto de um projeto de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação da UnB em parceria com o MJSP. Criado em 2013, o Observatório tem como objetivo ampliar o conhecimento sobre os fluxos migratórios internacionais no Brasil e integra um Acordo de Cooperação Técnica (ACT) que envolve o MJSP, o MRE, o IBGE, a PF e a UnB. O Observatório disponibiliza dados sobre migração e refúgio, assegurando a desidentificação de informações sensíveis de imigrantes e refugiados.

Persiste, no entanto, a dificuldade de se obter dados discriminados sobre migração, especialmente informações sobre saúde e trabalho não formal e sobre trabalho não remunerado das mulheres migrantes. Desde a Declaração de Nova York para os Refugiados e os Migrantes de 2016 e o Pacto Global para as Migrações de 2018, tem sido recomendada uma maior desagregação dos dados sobre migração por sexo e idade. A coleta e a utilização de dados desagregados por sexo contribuiria para uma melhor formulação de políticas, destinação de recursos e desenvolvimento de ações com base em um maior conhecimento das

lacunas e desigualdades em termos de capacidade e inserção laboral, bem como detecção de vulnerabilidades ao longo do processo de migração das mulheres, com implicações na divisão sexual do trabalho.

Nesse contexto, vale ressaltar que, embora tenham sido constituídos pelo governo federal em 2023 grupos de trabalho para a construção de propostas de políticas voltadas para migrantes e refugiados, até o momento ainda não foram instituídas no Brasil a Política Nacional de Migrações, Refúgio e Apatridia (PNMRA) e nem a Política Nacional de Saúde das Populações Migrantes, Refugiadas e Apátridas (PNSPMRA).

De acordo com o artigo 120 da Lei n.º 13.445/2017, Lei de Migração, a PNMRA “terá a finalidade de coordenar e articular ações setoriais implementadas pelo Poder Executivo federal em regime de cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, com participação de organizações da sociedade civil, organismos internacionais e entidades privadas, conforme regulamento”. O mesmo artigo enfatiza que deve ser criada uma base de dados com informações quantitativas e qualitativas sobre a migração. Já a PNPMRA deve oferecer princípios e diretrizes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), voltados para a vigilância, a assistência, a promoção e o cuidado integral à saúde das populações migrantes, refugiadas e apátridas. Ambas as políticas são de grande relevância para dar visibilidade e promover a garantia de direitos e o cuidado à saúde dessas populações.

A participação das mulheres nos processos migratórios e no mercado de trabalho brasileiro

Durante muito tempo, a mulher migrante foi invisibilizada nos processos migratórios e tratada como coadjuvante, mera acompanhante do marido, sem agência ou vontade própria na escolha de migrar, ou não (Santos & Fetzner, 2019). Atualmente, muito se tem falado sobre o processo de feminização das migrações em nível mundial. No entanto, essa realidade não é única para todos os países e corredores migratórios. O fenômeno de aumento da migração feminina é multifacetado e complexo e pode ser observado em alguns países e regiões. As mulheres migram por diferentes motivações, nem sempre pautadas somente pela racionalidade, de maneira forçada ou não, a partir de distintos interesses e em condições muito diferentes, provocando muitas vezes rearranjos familiares e de gênero (Assis, 2007). Hoje, no Brasil, elas constituem 46% do total de pessoas migrantes internacionais. Nota-se que cada vez mais mulheres

jovens migram de forma independente para trabalhar, estudar e como chefes de família.

As mulheres migrantes são mais vulneráveis às violências nos países de acolhida, especialmente em sociedades marcadamente patriarcais e racistas como a brasileira. Elas enfrentam frequentemente uma dupla discriminação no país de acolhimento, como migrantes e como mulheres, em comparação com os migrantes do sexo masculino. Violência de gênero, xenofobia, racismo, misoginia e segregação laboral são experiências comuns entre mulheres migrantes, principalmente pessoas refugiadas, negras e de baixa renda (Dutra, 2013; Muassinle, Silva & Guilherme, 2023).

De acordo com Tonhati & Macêdo (2020), o processo de feminização da migração no Brasil teve início nos últimos 11 anos, e o aumento do número de mulheres deveu-se ao aumento da migração de países do Sul Global, especialmente da Venezuela, Haiti, Cuba e Paraguai. Tomando como referência o Registro Nacional Migratório, entre 2010 e 2019, foram registradas no Brasil 268.674 mulheres migrantes.

Desse contingente, somente 22% desses registros foram por reagrupamento familiar; 69% eram de mulheres solteiras; 24% tinham entre 15 anos e 25 anos e 43% tinham entre 26 anos e 40 anos, mulheres jovens em idade produtiva. Em 2016, 46% das mulheres migrantes que obtiveram carteira de trabalho eram haitianas. Já em 2019, 63% das carteiras de trabalho emitidas para mulheres migrantes foram para venezuelanas. Apesar do aumento significativo da presença feminina nas migrações internacionais para o Brasil e da procura por empregos formais, não houve significativa mudança no percentual de mulheres migrantes no mercado de trabalho formal, variando de 30,3% em 2011 para 29,5% em 2019 (Tonhati & Macêdo, 2020). Em 2022, esse percentual era de 34,4% segundo o OBMigra (2024).

As mulheres migrantes no Brasil sofrem as desigualdades de gênero e as consequências da divisão internacional do trabalho que afetam as brasileiras em geral. As desigualdades de gênero contribuem para aumentar os riscos de violações dos direitos humanos e para reduzir o desenvolvimento socioeconômico dos países, afetando particularmente as mulheres, as meninas e as pessoas com diversidade de gênero. Apesar de avanços como maior acesso à informação e maior escolaridade, as trabalhadoras brasileiras enfrentam altas taxas de desemprego, baixos salários, dificuldades de ascensão profissional e de assumir posições de poder, maior precariedade e informalidade laboral, além da invisibilidade do trabalho de reprodução social (Martins & Vedovato, 2017).

Trabalho invisível das mulheres: as tarefas domésticas e o trabalho de cuidados

No Brasil, a população de 14 anos ou mais gasta, em média, 17 horas por semana com afazeres domésticos e/ou cuidados, sendo 21,3 horas por semana para as mulheres e 11,7 horas por semana para os homens (IBGE, 2023). De acordo com vários autores (Feijó, 2023; Foguel & Russo, 2019; DIEESE, 2024), as normas sociais/culturais e as responsabilidades familiares, como o cuidado com os filhos e o trabalho doméstico, continuam a dificultar a entrada e a permanência das mulheres no mercado de trabalho no Brasil. A incapacidade de conciliar as responsabilidades profissionais e familiares aumenta a probabilidade de as mulheres aceitarem salários mais baixos ou empregos fora da sua capacitação, ou profissão em troca de horários mais flexíveis, o que contribui para o aumento da informalidade no mercado de trabalho.

De acompanhantes dos homens que partiam, as mulheres migrantes passaram a migrar sozinhas ou com os seus filhos, tornando-se as provedoras das famílias que muitas vezes deixavam para trás. Nessa trajetória, o trabalho de cuidados, seja ele produtivo, remunerado ou não, formal ou informal, invisibilizado como trabalho de reprodução social, parece central na discussão dos atuais processos migratórios feminizados.

Historicamente, as mulheres têm sido associadas à prestação de cuidados, e a migração internacional intensificou essa associação, tornando o trabalho de prestação de cuidados um dos setores de absorção da força de trabalho mais importantes para as mulheres migrantes em todo o mundo. A crescente procura de cuidados nos países, em razão da maior participação das mulheres no mercado de trabalho e do envelhecimento da população, criou um mercado que absorveu muitas mulheres migrantes. As trabalhadoras migrantes têm frequentemente dificuldade em entrar no mercado de trabalho e acabam por aceitar empregos precários com horários longos, salários baixos, falta de direitos laborais e risco de exploração (Hirata, 2016; Torralbo, 2016).

Arlie Hochschild (2004), socióloga americana, desenvolveu o conceito de Cadeias Globais de Cuidados (CGC) para analisar as transferências locais, nacionais e internacionais de trabalho de cuidados remunerados e não remunerados no contexto da migração. As CGC são circuitos marcados por desigualdades de gênero, raça, classe e, nacionalidade, nos quais a permanência de uma mulher no mercado de trabalho remunerado é possibilitada pela externalização do trabalho doméstico e de cuidados à outra mulher, mais pobre e, muitas vezes, migrante, que, por sua vez, mobiliza redes ainda mais precárias para a reprodução social da sua família. Hochschild analisou a forma como as cadeias de cuidados tendem a

produzir sofrimento para as mães que deixam os seus filhos ao cuidado de outras mulheres para poderem migrar e trabalhar. Torralbo (2016, p. 43) destaca “as múltiplas desigualdades que operam na gestão do cuidado nas cadeias globais do cuidado, bem como o lugar que as mulheres migrantes ocupam nesse contexto, que está gerando novas lógicas de dominação”.

Cuidar e ser cuidado ao longo do ciclo vital faz parte da vida social e da própria condição humana (Tronto, 2018). O trabalho de cuidados envolve a dinâmica de um trabalho naturalizado e realizado principalmente por mulheres. Em suma, o cuidado não é apenas uma condição ética, mas também um tipo de trabalho geralmente invisível, não remunerado ou mal pago, desvalorizado e historicamente atribuído à natureza, à essência e à afetividade das mulheres (Molinier, 2014, Kergoat, 2016).

O trabalho de cuidado é exemplar das desigualdades imbricadas de gênero, de classe e de raça, pois os cuidadores são majoritariamente mulheres, pobres, negras, muitas vezes migrantes (provenientes de migração interna ou externa). Por ser “um conjunto de práticas materiais e psicológicas que consiste em trazer respostas concretas às necessidades dos outros”, o trabalho de cuidado de idosos, crianças, doentes, deficientes físicos e mentais foi exercido durante muito tempo por mulheres, no interior do espaço doméstico, na esfera dita “privada”, de forma gratuita e realizado por amor. O desenvolvimento das profissões relacionadas ao cuidado, a mercantilização e a externalização desse trabalho foram consequências, de um lado, do envelhecimento da população e, de outro, da inserção em massa das mulheres no mercado de trabalho (Hirata, 2016, p. 54).

Quando se trata de compreender o trabalho de prestação de cuidados, deve-se privilegiar uma perspectiva interseccional, considerando a decolonialidade, o cisheteropatriarcado e as relações de poder no capitalismo. Ou seja, no contexto da exploração capitalista, é preciso ter em conta os sistemas de opressão e dominação — especialmente as categorias raça, gênero e classe — como distintas, mas entrelaçadas. Isso implica que essas categorias estruturam as relações sociais e, ao mesmo tempo, que suas interrelações potencializam e produzem situações complexas cujos efeitos são mais bem compreendidos de forma contextualizada (Collins, 2015, 2022; Araujo, 2018).

Embora o cuidado como parte do trabalho das mulheres esteja gradualmente ganhando visibilidade social por meio da constante denúncia dos movimentos feministas, essa visibilidade é ainda embrionária, uma vez que a maior parte desse trabalho, especialmente o trabalho doméstico, ainda não é considerado trabalho de verdade (Kergoat, 2016). Silvia Federici (2017) observa que

o trabalho doméstico e de cuidados desempenha um papel relevante no capitalismo, pois representa um pilar fundamental da produção, possibilitando a reprodução da força de trabalho. Em outras palavras, o trabalho doméstico e de cuidados produz os meios necessários para a existência e manutenção da classe trabalhadora. É precisamente esta invisibilidade que permite a produção capitalista, ao libertar o gênero masculino para a produção visível de valor.

Corpos femininos em movimento: mulheres migrantes, saúde e trabalho de cuidados

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma questão importante relacionada à inserção no mercado de trabalho e às condições de trabalho de mulheres migrantes é a regularização no processo migratório e o acesso à documentação, incluindo a validação de diplomas. Muitas mulheres indocumentadas — aquelas que não conseguem regularizar sua documentação para entrar e permanecer nos países de destino ou validar diploma para atuar na sua profissão — acabam assumindo trabalhos informais, sem direitos trabalhistas ou proteção social. Muitas são exploradas e assediadas, e mesmo o acesso ao sistema de saúde pode ser dificultado conforme o *status* migratório. Os problemas de saúde mais comuns entre essas trabalhadoras migrantes são distúrbios musculoesqueléticos, doenças sexuais e reprodutivas, além de violência física, sexual e o assédio moral (WHO, 2017).

A entrada do cuidado na agenda de investigação científica foi dada a partir de sua vinculação com as desigualdades de gênero. Voltou-se o olhar para a divisão sexual do trabalho e o papel da família e, por conseguinte, o papel de cuidadoras assumido notadamente pelas mulheres. Do ponto de vista histórico-cultural, a estrutura social promoveu a participação masculina na vida pública e desencorajou as mulheres a assumirem atividades fora do ambiente doméstico ou carreiras fora das tradicionais ocupações femininas. Essas são as bases subjetivas da divisão sexual do trabalho que se traduzem em elementos fundamentais nos sistemas de gênero (Batthyány, 2015). Hoje, as mulheres precisam dar conta das atividades profissionais e das demandas domésticas e de cuidados.

No caso das mulheres migrantes, elas são histórica e socialmente associadas ao trabalho de cuidados, tradicionalmente destinado às mulheres: cuidado como profissão, como trabalhadoras domésticas, babás ou cuidadoras assalariadas; cuidado como obrigação na esfera privada ou familiar, naturalizado como feminino e não remunerado; cuidado como ajuda nas comunidades onde vivem, cuidando de crianças ou pessoas incapacitadas, de forma remunerada ou não, e no cuidado voltado para reprodução e manutenção da força de trabalho sem privilegiar vínculo,

afeto ou atenção, em atividades que conferem bem-estar aos cidadãos e permitem que as cidades e os serviços funcionem adequadamente, em atividades de limpeza ou preparo de refeições, por exemplo (Guimarães & Hirata, 2020; Vergès, 2020).

Bilhões de mulheres se ocupam incansavelmente da tarefa de limpar o mundo. Sem o trabalho delas, milhões de empregados, de agentes do capital, do Estado, do Exército, das instituições culturais, artísticas e científicas não poderiam ocupar seus escritórios, comer em refeitórios, realizar reuniões, tomar decisões em espaços asseados onde lixeiras, mesas, cadeiras, poltronas, pisos, banheiros, restaurantes foram limpos e postos à sua disposição. Esse trabalho indispensável ao funcionamento de qualquer sociedade deve permanecer invisível. Não devemos nos dar conta de que o mundo onde circulamos foi limpo por mulheres racializadas. Por um lado, esse trabalho é considerado parte daquilo que as mulheres devem fazer (sem reclamar) há séculos — o trabalho feminino de cuidar e limpar constitui um trabalho gratuito. Por outro lado, o capitalismo produz inevitavelmente trabalhos invisíveis e vidas descartáveis (Vergès, 2020, pp. 24-5).

A teoria da reprodução social revisitada de maneira crítica permite que se compreenda que o trabalho de reprodução social se refere à totalidade das atividades requeridas para criar, manter e restaurar cotidianamente a força de trabalho, sendo as esferas da produção e da reprodução partes do processo de acumulação capitalista. Evidencia que as opressões de gênero, raça e outras são moldadas pela produção capitalista em um profundo e vital processo econômico e explica por que as mulheres permanecem em ocupações precárias, desvalorizadas, mal pagas e vistas como desqualificadas, mesmo quando exigem esforço físico, formação específica e desgaste emocional, como ocorre com o trabalho de cuidados (Bhattacharya, 2023; Leite, 2023).

Considerado trabalho de reprodução social, assalariado ou não, o cuidado é necessário para fazer girar a roda da vida. Durante a vida, as pessoas necessitam de cuidado desde que nascem e provavelmente irão necessitar de cuidado na incapacidade, enfermidade ou na velhice, e nem todas têm redes de cuidado, família cuidadora ou com mulheres que possam ou queiram cuidar ou mesmo condições econômicas para pagar pelo cuidado. Nesse sentido, como uma dimensão do bem-estar, o cuidado deve ser encarado como um direito universal, para todos e para todas, observando-se as circunstâncias que cercam quem é cuidado e quem cuida, e incluindo o autocuidado.

Assim, o cuidado, como questão social, se torna uma responsabilidade coletiva e não individual; um direito de todos, assim como o direito ao trabalho, à seguridade social e à saúde. A sociedade deve garantir resposta coletiva

às demandas de cuidado, independentemente da posição social da pessoa que dele necessita (Batthyány, 2021). É o cuidado como “direito de cidadania — o direito de ser cuidado e de cuidar —, integrante das dimensões social, econômica, política, jurídica e cultural do sistema de proteção social” (Camarano & Pinheiro, 2023, p. 11). E as cuidadoras (em geral, mulheres) devem poder decidir se querem assumir ou não essa tarefa, devem ter a opção de cuidar ou não das pessoas que precisam. Por isso, o cuidado se coloca como uma questão de bem-estar social em diálogo com a divisão sexual do trabalho — e as mulheres não deveriam ser a única alternativa a provê-lo.

Referências

- ARAÚJO, A. B. Da ética do cuidado à interseccionalidade: caminhos e desafios para a compreensão do trabalho de cuidado. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, Londrina, vol. 23, n.º 3, pp. 43-69, 2018.
- ASSIS, G. de O. Mulheres migrantes no passado e no presente: gênero, redes sociais e migração internacional. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, vol. 15, n.º 3, pp. 745-72, 2007.
- BATTHYÁNY, K. *Las políticas y el cuidado en América Latina: Una mirada a las experiencias regionales*. Serie Asuntos de Género, n.º 124, CEPAL. Santiago, 2015.
- BATTHYÁNY, K. *Miradas latinoamericanas a los cuidados*. 1.ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México DF: Siglo XXI, 2020..
- BHATTACHARYA, T. *Teoria da reprodução social: Remapear a classe, recentralizar a opressão*. São Paulo: Editora Elefante, 2023.
- CAMARANO, A. A. & PINHEIRO, L. (org.). *Cuidar, verbo transitivo: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA, 2023.
- CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T. & SILVA, S. L. *Relatório Anual OBMigra 2023 - OBMigra 10 anos: Pesquisa, Dados e Contribuições para Políticas*. 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, 2023.
- COLLINS, P. H. Em direção a uma nova visão: raça, classe e gênero como categorias de análise e conexão. In: MORENO, R. (org.). *Reflexões e práticas de transformação feminista*. São Paulo: SOF, 2015, pp. 13-42.
- COLLINS, P. H. *Bem Mais que Ideias: a interseccionalidade como teoria social crítica*. São Paulo: Boitempo, 2022.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). *Mulheres no mercado de trabalho: desafios e desigualdades constantes*. Boletim Especial, 8 de março de 2024. Disponível em:

- <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2024/mulheres2024.html>. Acesso em: 8 abr. 2024.
- DUTRA, D. Mulheres, migrantes, trabalhadoras: a segregação no mercado de trabalho. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, Brasília-DF, vol. 21, n.º 40, pp. 177-93, 2013.
- FEDERICI S. *Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Elefante, 2017, 406p.
- FEIJÓ, J. *Diferenças de gênero no mercado de trabalho*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2023. Disponível em: <https://portal.fgv.br/artigos/diferencas-genero-mercado-trabalho>. Acesso em: 12 abr. 2024.
- FOGUEL, M. N. & RUSSO, F. N. *Decomposição e projeção da taxa de participação do Brasil utilizando o modelo idade-período-coorte (1992 a 2030)*. Mercado de Trabalho: conjuntura e análise. Brasília, DF: IPEA, 2019.
- GUIMARÃES, N. A. & HIRATA, H. S. *O Gênero do Cuidado: desigualdades, significações e identidades*. São Paulo: Ateliê Editorial, 2020.
- HIRATA, H. O trabalho de cuidado. *SUR*, São Paulo, vol.13, n.º 24, pp. 53-64, 2016.
- HOCHSCHILD, A. R. As cadeias globais de assistência e a mais-valia emocional. In: HUTTON, W. & GIDDENS, A. *No limite da racionalidade – convivendo com o capitalismo global*. Rio de Janeiro: Record, 2004, pp. 187-209.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua): outras formas de trabalho - 2022*. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102020>. Acesso em: 18 abr. 2024.
- KERGOAT, D. O cuidado e a imbricação das relações sociais. In: Abreu, A.; Hirata, H. & Lombardi, M. (orgs.). *Gênero e trabalho na França e no Brasil: perspectivas interseccionais*. São Paulo: Boitempo, 2016, pp. 193-202.
- LEITE, M. O trabalho de cuidado e a reprodução social: entre o amor, o abuso e a precariedade. *Contemporânea - Revista de Sociologia da UFSCar*, São Carlos,13(1), pp. 11-32, 2023.
- MARTINS, E. G. & VEDOVATO, L. R. Migração internacional de mulheres e o trabalho doméstico remunerado: opressão e cidadania na era da globalização. *Revista Direito e Práxis*, Rio de Janeiro, vol. 8, n.º 3, pp. 1.975-2.009, 2017.
- MCAULIFFE, M. & OUCHO, L. A. (eds.). *World Migration Report 2024*. International Organization for Migration (IOM). Geneva, 2024.
- MOLINIER, P. Cuidado, interseccionalidade e feminismo. *Tempo Social*, São Paulo, vol. 26, n.º 1, pp. 17-33, 2014.
- MUASSINLE, I. D. R.; SILVA, L. R. da & GUILHERME, A. A. Violência contra mulheres imigrantes no Brasil na perspectiva de um estado do conhecimento. *Psico*, [s.l.], vol. 54, n.º 1, p. e38048, 2023.
- OBSERVATÓRIO DAS MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS (OBMigra). *RAIS -*

- Relação Anual de Informações Sociais*, 2024. Disponível em: DATAMIGRA BI: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOTA0NWl5MTA0ZDY1OC00MzY0LTg2N2QtNTVmOGIzMmI1ZDk5IiwidCI6ImVjMzU5YmExLTYz-MGI0NGQyYi1iODMzLWM4ZTZkNDhmODAxOSJ9&pageName=c47451134a39e637d708>. Acesso em: 8 out. 2024.
- PATARRA, N. L. Migrações internacionais de e para o Brasil contemporâneo: volumes, fluxos, significados e políticas. *São Paulo Em Perspectiva*, São Paulo, 19(3), pp. 23-33, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0102-88392005000300002>. Acesso em: 15 jan. 2024.
- SANTOS, M. F. & FETZNER, A. P. Mulheres migrantes: invisibilidade no processo migratório e dificuldade de inserção no mercado de trabalho decente brasileiro. *XVI Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea*. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), 2019. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/19583>. Acesso em: 20 jan. 2024.
- TONHATI, T. & MACÊDO, M. Imigração de mulheres no Brasil: movimentações, registros e inserção no mercado de trabalho formal (2010-2019). *PÉRIPLoS, Revista de Pesquisa sobre Migrações*, Brasília-DF, vol. 4, n.º 2. pp.125-55, 2020.
- TORRALBO, H. G. Os cuidados na migração transnacional: Uma categoria de análise social e política. *SUR*, São Paulo, vol.13, n.º 24pp. 43-52, , 2016.
- TRONTO, J. Economía, ética y democracia: tres lenguajes en torno al cuidado. In: GAVIRIA, L.; URQUIJO, A.; PÉREZ-BUSTOS, T. & DUQUE, J. (eds.). *Género y cuidado: teorías, escenarios y políticas*. Universidad Nacional de Colombia, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad de los Andes, 2018, pp. 22-36.
- VERGÈS, F. *Um feminismo decolonial*. São Paulo: Ubu, 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Women on the move: migration, care work and health. *Policy brief* [internet]. Geneva, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259495/WHO-FWC-GER-17.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 fev. 2024.

Capítulo 4

Violência institucional contra mulheres: uma questão de saúde pública

Renata de Lima Machado

Adriana Mello

Maria Helena Barros de Oliveira

Este capítulo advém de estudos que visam colaborar com o debate acerca da violência institucional contra as mulheres em decisões proferidas pelo Poder Judiciário, relacionando-a como tema de saúde pública.

A idealização deste estudo nasceu com base em dois episódios noticiados no ano de 2020, extraídos do cotidiano forense, e que ganharam grande repercussão pública. No primeiro deles, em uma audiência de instrução e julgamento para apuração de crime sexual contra mulher, o advogado do réu teria questionado veementemente a moralidade sexual da denunciante, utilizando expressões preconceituosas e estereotipadas em relação ao gênero, ao classificar como «ginecológicas» as fotografias da vítima existentes em perfis de redes sociais, vaticinando que «jamais teria uma filha» do seu «nível», entre outros comentários de igual estirpe.¹

¹ “Veja a íntegra da audiência de Mariana Ferrer em julgamento sobre estupro”. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-nov-05/veja-integra-audiencia-mariana-ferrer-estupro>. Acesso em: 12 jun. 2021.

Na segunda ocorrência, um magistrado que presidia uma audiência em matéria familiar teria mencionado que não costuma levar em consideração na sua atuação laboral a Lei n.º 11.340 de 1995, que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher: “Se tem lei Maria da Penha contra a mãe, eu não tô nem aí. Uma coisa eu aprendi na vida de juiz: ninguém agride ninguém de graça”. Teria, ainda, desdenhado de medidas assecuratórias outorgadas em favor da mulher: “Não tô nem aí para medida protetiva e tô com raiva já de quem sabe dela. Eu não tô cuidando de medida protetiva”.²

Ao refletir sobre os sentimentos das mulheres expostas às violências institucionais, logrei concluir que o tema se relaciona profundamente com o âmbito da saúde pública.

Nesse sentido, relaciono a violência institucional contra as mulheres com a saúde pública, com abordagem acerca do conceito de violência institucional e seu posicionamento na teoria formulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) acerca da violência, valendo-se de breve revisão bibliográfica teórica.

Violência institucional contra as mulheres no Poder Judiciário e sua interface com a saúde pública

O fenômeno da violência institucional contra mulheres no âmbito do Poder Judiciário não é novo. Todavia, tem ganhado visibilidade somente nos últimos anos, havendo muita escassez de dados acerca do assunto, especialmente dados oficiais. Um dos fatores que contribuem para tal estado de coisas parece decorrer do fato de que as violências podem estar habilmente disfarçadas em discursos misóginos sutis.

Em linhas gerais, a violência institucional contra a mulher há de ser compreendida como aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos e praticadas por seus agentes, os quais deveriam proteger as mulheres, seja em hospitais, postos de saúde, escolas, no sistema de justiça, entre outros: Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições do Estado.

Segundo Santos (1979), a violência institucional é praticada por instituições políticas e jurídicas do Estado contra a sociedade, apresentando diversas formas de manifestação, dentre as quais a partir do abuso do poder político, que atinge os direitos e o *status* social do indivíduo, compreendendo violações

2 “Em audiência, juiz diz que não está ‘nem aí para Lei Maria da Penha’”. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-dez-18/audiencia-juiz-nao-nem-ai-lei-maria-penha>. Acesso em: 12 jun. 2021.

peçoais ou patrimoniais, com o fim de proteger interesses políticos, resultando na manutenção do *status quo*.

Sua dicção permite entrever a gravidade da conduta dos agentes públicos diante da violência institucional, por se confundir com a voz do próprio Estado e por, não obstante, aparentarem estar acima da lei e do poder policial e judicial, especialmente quando se trata de integrante do sistema de justiça criminal.

A violência institucional contra as mulheres é tratada em diversos atos normativos internacionais e nacionais. Um dos primeiros atos daquela natureza é a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), celebrada em 1979, na Organização das Nações Unidas.

A Recomendação n.º 19 da CEDAW reconheceu expressamente, no seu item 8, que suas normas incidem sobre a violência perpetrada pelas autoridades públicas contra as mulheres, podendo constituir violação das obrigações do Estado segundo o Direito Internacional dos Direitos Humanos, além de violar a própria Convenção. A Recomendação n.º 35 da mesma CEDAW, em seu ponto 19, indicou que a violência contra as mulheres está enraizada em fatores relacionados ao gênero, como a ideologia do direito e o privilégio dos homens sobre as mulheres, as normas sociais em relação à masculinidade, a necessidade de afirmar o controle ou o poder masculino, o reforço dos papéis de gênero ou a prevenção, o desencorajamento ou a punição daquilo que seja considerado comportamento inaceitável para as mulheres e que todos esses fatores contribuem para a aceitação social explícita ou implícita da violência de gênero contra as mulheres, dando ensejo à impunidade generalizada quanto a ela.

A luta contra a violência de gênero inscreve-se na perspectiva dos direitos humanos, que reivindica, por exemplo, outra compreensão de poder, como destaca hooks (2019, p. 131) “... estava se referindo a uma concepção radicalmente diferente de poder — o exercício do poder para acabar com a dominação, ...”.

As Recomendações preveem responsabilização pela violência institucional resultante das ações ou das omissões: a) do Estado-Parte ou de seus atores, sejam eles do Poder Executivo, do Legislativo e do Judiciário; e b) de atores não estatais em prática de atos sob autoridade do Estado.

O artigo 2, “d”, da Convenção proíbe que os Estados-Partes, assim como seus órgãos e agentes, envolvam-se em qualquer ato ou prática de discriminação direta, ou indireta contra as mulheres e determina que as autoridades e instituições públicas atuem em conformidade com essa obrigação. Além disso, cabe aos Estados-Partes prevenir as condutas de seus órgãos ou agentes, por meio de treinamento e adoção, implementação e monitoramento de disposições legais, regulamentos administrativos e códigos de conduta, além de investigar, processar e aplicar sanções legais ou disciplinares e reparar danos em todos os casos de

violência de gênero contra as mulheres, bem como nos casos de falha, negligência ou omissão das autoridades públicas.

De outro giro, a Recomendação Geral n.º 33 do Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres das Organizações das Nações Unidas destaca os diversos obstáculos para o acesso das mulheres à justiça, a constituírem persistentes violações dos direitos humanos das mulheres, em razão do contexto estrutural de discriminação e desigualdade, tendo em vista estereótipos de gênero, leis discriminatórias, discriminação interseccional ou composta, requisitos, procedimentos e práticas em matéria probatória e falha em, sistematicamente, assegurar que os mecanismos judiciais sejam física, econômica, social e culturalmente acessíveis a todas as mulheres.

A Recomendação destaca que os estereótipos de gênero distorcem percepções e resultam em decisões baseadas em crenças e mitos preconcebidos e que, com frequência, juízes e outros operadores do direito adotam rígidos *standards* sobre comportamentos que consideram apropriados ou não para as mulheres. Penalizam, desse modo, aquelas que não agem conforme esses conceitos, com reflexos na credibilidade dada a elas perante o sistema de justiça, a comprometer a imparcialidade e a integridade das investigações e os julgamentos, com possibilidade de provocar denegação da justiça e revitimização das denunciadas.

Como se vê, o combate à violência institucional é alcançado pelas disposições da CEDAW ao prever que os Estados-Partes, seus agentes e os atores não estatais agindo em nome do Estado estão obrigados a respeitar os Direitos Humanos das Mulheres, afastando-se dos estereótipos de gênero, permitindo o devido acesso à justiça das mulheres e em condições que impeçam sua revitimização.

A título exemplificativo, traz-se à colação exemplar de jurisprudência com explicitação de julgamento moral em torno da conduta sexual de uma mulher, em evidente violência institucional:

APELAÇÃO CÍVEL – CORPO FEMININO – FOTOS DE PARTES ÍNTIMAS – DIVULGAÇÃO PELA INTERNET – AUTORIA INCERTA – DANOS MORAIS - DEVER DE INDENIZAR – PARTICIPAÇÃO EFETIVA DA VÍTIMA – INDENIZAÇÃO DIMINUÍDA.

- As fotos em posições ginecológicas que exibem a mais absoluta intimidade da mulher não são sensuais. Têm definição mais amarga.

- A postura de quem fragiliza o conceito de moral pode autorizar avaliação condizente com essa postura.

- Havendo dúvidas quanto à origem da divulgação de fotos tiradas por webcam não se pode fixar um culpado.

- Vítima que participa de forma efetiva e preponderante para a consumação do fato tem de ser levado em consideração na fixação da condenação. BRASIL

Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. 16.^a Câmara Cível. Apelação Cível n.º 1.0701.09.250262-7/001. Julgado em 23/07/2015 (Julgado proferido em 23 de julho de 2015 do Tribunal de Justiça de Minas Gerais apud Silva & Pinheiro, 2017, p. 254).

Nesse caso, a juíza de primeiro grau entendeu que houve comprovação de que o réu capturara imagens da vítima que lhe foram transmitidas por ela em aplicativo de troca de mensagens instantâneas. Reputou demonstrado que o criminoso deu início à divulgação do material, e ensejou danos imateriais, cuja indenização arbitrou em de R\$ 100 mil.

Todavia, após recurso de apelação pelo condenado, o desembargador revisor assim fundamentou seu voto:

[...] Moral é postura absoluta. É regra de postura de conduta – Não se admite sua relativização. Quem tem moral a tem por inteiro. As fotos em momento algum foram sensuais. As fotos em posições ginecológicas que exibem a mais absoluta intimidade da mulher não são sensuais. Fotos sensuais são exibíveis, não agridem e não assustam. Fotos sensuais são aquelas que provocam a imaginação de como são as formas femininas. Em avaliação menos amarga, mais branda podem ser eróticas. São poses que não se tiram fotos. São poses voláteis para consideradas imediata evaporação. São poses para um quarto fechado, no escuro, ainda que para um namorado, mas verdadeiro. Não para um ex-namorado por um curto período de um ano. Não para ex-namorado de um namoro de ano. Não foram fotos tiradas em momento íntimo de um casal ainda que namorados. E não vale afirmar quebra de confiança. O namoro foi curto e a distância. Passageiro. Nada sério. A autora ao se exibir daquela forma sabia de possibilidade da divulgação porque estava ela em Uberaba e ele em Uberlândia. Não estavam juntos. As fotos viajaram de forma vulnerável na internet em cabos ópticos. E foi a autora quem ligou sua webcam que é postada em lugar estratégico no monitor do seu computador para o melhor ângulo fotográfico. Quem ousa posar daquela forma e naquelas circunstâncias tem um conceito moral diferenciado, liberal. Dela não cuida. Irrelevantes para avaliação moral as ofertas modernas, virtuais, de exibição do corpo nu. A exposição do nu em frente a uma webcam é o mesmo que estar em público. Mas, de qualquer forma, e apesar de tudo isso, essas fotos talvez não fossem para divulgação. A imagem da autora na sua forma grosseira demonstra não ter ela amor-próprio e autoestima. Sexo é fisiológico, é do ser humano e do animal. [*sic*] É prazeroso. Mas ainda assim temos lugar para exercitá-lo. A postura da autora, entretanto, fragiliza o conceito genérico de moral, o que pôde ter sido, nesse sentido, avaliado pelo

réu. Concorreu ela de forma positiva e preponderante. O pudor é relevante e esteve longe.³

Não obstante a decisão judicial tenha mantido a condenação no pagamento de indenização por danos extrapatrimoniais à vítima, diminuiu o *quantum* indenizatório para a quantia de R\$ 5 mil, invocando uma noção de moralidade ao comportamento da mulher, por haver, supostamente, contribuído de forma efetiva e preponderante para a ocorrência do episódio.

O voto do desembargador é eivado de noções relacionadas à moralidade e aos comportamentos sexuais, pois utiliza expressões como “posições ginecológicas” das fotografias, as quais entende deveriam ser reservadas para um “quarto fechado, no escuro, ainda que para um namorado”. Registrou igualmente que não se tratava de um relacionamento afetivo há muito já estabelecido entre os envolvidos, pois “o namoro foi curto e a distância. Passageiro. Nada sério”. Por fim, concluiu que “quem ousa posar daquela forma e naquelas circunstâncias tem um conceito moral diferenciado, liberal. Dela não cuida”.

Neste discurso jurídico, evidencia-se com nitidez, a prática de *victim blaming* ou culpabilização da vítima, em suposta atitude de consentimento da mulher ou de autocolocação em risco, pois a vítima teria concorrido, “de forma positiva e preponderante” para o episódio, ao admitir posar para fotos.

A existência do fenômeno da culpabilização da vítima ou *victim blaming* foi pensada por William Ryan pela primeira vez em 1971 em seu livro *Blaming the Victim*, sendo o termo inicialmente empregado para referir-se aos negros nos Estados Unidos, vítimas do preconceito racial e que foram responsabilizados pela frágil estrutura familiar e pela estagnação socioeconômica em que viviam. Posteriormente, o uso do termo se expandiu para outros fins e se consolidou no tocante aos estudos de gênero (Cardoso & Vieira, 2014, p. 70).

Citando Susan Brownmiller (*in Against our will*, 1975), Campos et al., (2017, p. 983) afirmam a existência de uma cultura que apoia o estupro (*rape-supportive culture*), baseada na definição de que a sexualidade masculina é naturalmente agressiva, enquanto a feminina é passiva, a exigir da mulher um comportamento polido, delicado e de não confronto.

A cultura do estupro ensina as mulheres a se comportarem de forma supostamente adequada, a não andarem sozinhas, a não vestirem roupas provocantes, a fim de evitarem o ato de violência sexual masculino, como se o comportamento feminino lhe desse causa. Assim, a sociedade não apenas tolera a violência sexual contra a mulher, como também a incentiva e legitima.

³ Disponível em: http://www.puc-rio.br/pibic/relatorio_resumo2017/relatorios_pdf/ccs/DIR/DIR-Gabriel%20Santos;Carolina%20Bouchardet.pdf. Acesso em: 19 fev. 2019.

Na fala de Sydow & Castro (2017, p. 76):

Dentre os estereótipos mais comuns estão as preconcepções de que as mulheres gostam menos de sexo, sentem pouco desejo e são guardiãs da virtude, da família e da moral. Em consequência, se cederem à tentação ou se provocarem os homens, são responsáveis pelas consequências das violências que vierem a sofrer. Daí o apelo popular tão intenso da chamada ‘cultura da vagabunda’ e a mais recente da ‘cultura do estupro’ (ou *slut shaming*). Vale dizer, trata-se da depreciação e da hostilização da mulher que viole as normas socioculturais tradicionais e as expectativas acerca da conduta sexual adequada ao seu gênero.

Sob a perspectiva assemelhada, mas afastando inteiramente a existência dos danos imateriais, o acordão da lavra do Tribunal de Justiça de Mato Grosso, publicado no Diário da Justiça Eletrônico do Poder Judiciário em 19 de abril de 2016, assim resumido:

RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – PROPAGAÇÃO DE FOTOS ÍNTIMAS – LESÃO A HONRA, IMAGEM, INTIMIDADE E VIDA PRIVADA – INEXISTENTE – AUTORIZAÇÃO EXPRESSA DA PARTE PARA DIVULGAÇÃO – DANOS MORAIS AFASTADOS – CONFECÇÃO PELA PRÓPRIA VÍTIMA E ENVIO PARA TERCEIRA PESSOA – CULPA EXCLUSIVA DESTA – RECURSOS CONHECIDOS, PROVIDO O PRIMEIRO APELO E PREJUDICADO O SEGUNDO APELO.

O artigo 5.º, X da Constituição Federal assegura a inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação. A propagação de imagens que violam a intimidade da parte é capaz de ensejar indenização por danos morais, quando não há autorização para tanto, nos termos do artigo 20 do CC. O fato de a parte ter produzido e remetido a foto íntima para outrem caracteriza sua culpa exclusiva pela propagação das imagens acostadas nos autos (Apelação 105148/2015 - Classe: CNJ-198 COMARCA DE BARRA DO GARÇAS. Protocolo Número/Ano: 105148/2015. Julgamento: 13/04/2016, em que são apelantes e apelados J. M. M. V. e B. B. R. (DJMT, 2016, p. 99).

Em outro caso, citado por Buzzi (2015, pp. 62-7), ocorrido na cidade interiorana de Encantado/RS em 2014, algumas mulheres remeteram, inicialmente de forma consensual, fotos de natureza erótica a destinatários específicos

de um grupo de WhatsApp. Todavia, posteriormente, as imagens extrapolaram aqueles limites.

Além disso, passaram a circular também imagens compartilhadas por mulheres somente com seus namorados ou ex-companheiros, sem que as vítimas tivessem autorizado a reprodução. Uma das jovens afirmou ter tido suas fotografias extraídas de disco rígido de seu computador particular, que houvera encaminhado para reparo.

O promotor de justiça que cuidava do caso se manifestou em entrevista a periódico local, *Jornal Opinião Regional*: “[...] seria mais fácil evitar tal situação com um pouco mais de prudência e respeito por si próprio por parte das vítimas [...]. Gostaria de deixar consignado que o celular não filma ou fotografa o que acontece” (Fernando, 2015, p. 5).

Transparece, na fala do promotor, uma associação da figura das vítimas à ausência de valor moral ou sua menor proteção em razão de ter produzido o material íntimo objeto de divulgação.

Em todos os discursos examinados, estabelece-se uma diferenciação no intuito de que um determinado comportamento que atenderia à moral merece a proteção jurídica, enquanto outro que supostamente não o atenda, não merece a tutela do ordenamento jurídico.

De forma muito comum há, também, a concepção de que a mulher que posa para as imagens íntimas ou que permite a sua gravação, ou as divulga a destinatários específicos concorre para a divulgação desse material, o que, total ou parcialmente, importa na diminuição da responsabilidade daquele que grava, fotografa ou divulga as imagens.

Demonstram que as concepções de moralidade estabelecidas pelas distinções de gênero imiscuem-se profundamente na prática jurídica, em reflexo do que a própria sociedade concebe a respeito das posturas que homens e mulheres devam ter.

Observa-se que o direito e a forma como aplicado pela jurisprudência atuam como elementos legitimadores do patriarcado, contribuindo para a dominação masculina e para o controle social em relação à sexualidade da mulher.

Diante de fatos como estes que vêm ganhando destaque ao longo do tempo, até mesmo midiaticamente, no ano de 2018, o Conselho Nacional de Justiça, órgão que fiscaliza a atuação do Poder Judiciário e de seus agentes, emitiu a Resolução n.º 254 que instituiu a Política Judiciária Nacional de Enfrentamento da Violência Contra as Mulheres pelo Poder Judiciário, e em seu artigo 9.º: configura violência institucional contra as mulheres no exercício de funções públicas a ação ou omissão de qualquer órgão ou agente público que fragilize, de qualquer forma, o compromisso de proteção e preservação dos direitos de mulheres.

Acerca do tema, duas leis foram promulgadas nos anos seguintes: a) a Lei n.º 14.245/2021, visando coibir a prática de atos atentatórios à dignidade da ví-

tima e de testemunhas e para estabelecer causa de aumento de pena no crime de coação no curso do processo e que foi denominada Lei Mariana Ferrer; b) a Lei n.º 14.321/2022, que tipificou o crime de violência institucional no ordenamento jurídico, inserindo-o na Lei de Abuso de Autoridade (Lei n.º 13.869/2019), a qual passou a ter o artigo 15-A.

A mencionada Lei Mariana Ferrer acrescentou ao crime de coação no curso do processo — artigo 344 do Código Penal (do Decreto-Lei n.º 2.848/1940) — a causa de aumento de pena se o ilícito ocorrer em relação a crime contra a dignidade sexual.

Além disso, determinou alterações ao Código de Processo Penal (Decreto-Lei n.º 3.689/1941) e à Lei dos Juizados Especiais (Lei n.º 9.099/95) para estabelecer que em audiências de instrução e julgamento e na instrução em plenário do Tribunal do Juri todas as partes e demais sujeitos processuais deverão zelar pela integridade física e psicológica da vítima, sob a pena de responsabilização civil, penal e administrativa, em especial quando se trate de crimes contra a dignidade sexual, cabendo ao juiz garantir o cumprimento da determinação legal.

Por outro lado, a Lei n.º 14.321/2022 tipificou como crime a violência institucional, inserindo-o na Lei de Abuso de Autoridade (Lei n.º 13.869/2019), acrescentando-lhe o artigo 15-A e estabelecendo que o delito consiste em submeter a vítima de infração penal ou a testemunha de crimes violentos a procedimentos desnecessários, repetitivos ou invasivos, que a leve a reviver, sem estrita necessidade, a situação de violência ou outras situações potencialmente geradoras de sofrimento ou estigmatização.

Todavia, a redação desse tipo penal não alcançou a integridade do que pode abranger a violência institucional, pois somente aborda situações que alcancem vítima de crime ou testemunha atingidas por procedimentos desnecessários, repetitivos ou invasivos que as levem a reviver, desnecessariamente, a situação de violência ou outras situações potencialmente geradoras de sofrimento ou estigmatização, sobre a qual estão depondo.

Nesse sentido, uma mulher pode sofrer tal espécie de *vis* mesmo quando não se insere na condição de “vítima” ou de testemunha. Pode, exemplificativamente, sofrer discriminações decorrentes de estereótipos de gênero ainda quando ocupe o polo ativo de uma relação jurídica processual, isto é, na qualidade de autora que pleiteia em juízo. A *vis* institucional também pode dar-se por escrito e não durante um ato processual oral, quais as audiências. Igualmente pode sofrer tais preconceitos na condição de advogada das partes, entre outras numerosas situações para além do que previu a redação do tipo penal.

O parágrafo 1.º do novo artigo 15-A da Lei de Abuso de Autoridade estabelece: se o agente público permitir que terceiro intimide a vítima de crimes violentos, gerando indevida revitimização, aplica-se a pena aumentada de 2/3 (dois

terços) (Incluído pela Lei n.º 14.321, de 2022). A causa de aumento de pena será ainda maior se a intimidação partir do próprio agente público (parágrafo 2.º).

Atente-se que os verbos do *caput* do artigo 15-A e dos parágrafos 1.º e 2.º são distintos: o primeiro consiste em “submeter”, enquanto nesses trata-se da ação de “intimidar” e, em se tratando de conduta mais grave, justificam-se as causas de aumento de pena.

De outro giro, a violência é um tópico de interesse da saúde pública, que desde os anos 80 do século passado procura estudar suas causas e formas de prevenção (Dahlberg & Krug, 2007), razão pela qual, no ano de 1996, a Quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde declarou a violência como um problema importante e crescente de saúde pública no mundo, daí advindo o primeiro Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde elaborado pela OMS (Krug et al., 2002, p. 2). Ali definiu-se a violência como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Do conceito, destaca-se a intencionalidade na prática do ato tido como violento, o que se distingue da intenção de causar dano. Por outro lado, tratando-se de um ato causador de dano ou com grande possibilidade de causar dano é tido como violento, ainda que o agente não o perceba como tal.

Na definição proposta pela OMS, a palavra “poder” e a expressão “uso da força física” ampliam a natureza de um ato violento e expande o conceito para abranger condutas que decorrem de uma relação de poder, inclusive ameaças, intimidações, negligências e omissões.

Em termos de consequências, essas tanto podem se consubstanciar em lesão ou morte, quanto em dano psicológico, privação ou deficiência de desenvolvimento.

A OMS estabeleceu uma tipologia da violência para classificar seus diferentes tipos e os elementos que os conectam, resultando três categorias, de acordo com aqueles que cometem o ato violento: a) violência autodirigida; b) violência interpessoal; c) violência coletiva. Pode-se dizer que a violência institucional se insere no terceiro item da classificação, isto é, na violência coletiva, especialmente nas subdivisões “violência do Estado” e “negação de acesso a serviços essenciais”:

violência social, política e econômica. [...], as subcategorias de violência coletiva sugerem a existência de motivos possíveis para a violência cometida pelos

grandes grupos de pessoas ou pelos Estados. A violência coletiva cometida para seguir uma determinada agenda social inclui, por exemplo, crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões. A violência política inclui guerras e conflitos de violência pertinentes, violência do Estado e atos semelhantes realizados por grupos maiores. A violência econômica inclui ataques de grupos maiores motivados pelo ganho econômico, tais como ataques realizados visando a interromper a atividade econômica, negar acesso a serviços essenciais ou criar segmentações e fragmentações econômicas. É claro que os atos cometidos por grupos maiores podem ter diversos motivos (Krug et al., 2002, p. 6).

Minayo & Souza (2003) destacam o caráter multicausal da violência e seu condicionamento histórico e sociocultural atravessados pela subjetividade e apontam que o vocábulo vem da palavra *vis*, a significar ‘força’ e se refere a

conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e à busca de domínio e aniquilamento do outro, e que suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, segundo normas sociais mantidas por aparatos legais da sociedade ou por usos e costumes naturalizados (Minayo & Souza, 2003, p. 27).

As estudiosas são expressas, pois, ao mencionar o quanto há violências toleradas e violências condenadas, sendo as primeiras as formas culturalmente naturalizadas de agressões interpessoais, de discriminações ou contra grupos vulnerabilizados.

O caráter multicausal da violência é apresentado no Relatório da OMS por meio de um modelo ecológico e resulta do entroncamento de concausas compostas por elementos individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais, sendo a compreensão dessas relações um dos componentes mais importantes para a saúde pública, atendo em vista a prevenção da violência.

O modelo analisa a relação entre fatores individuais e contextuais e considera a violência como produto dos múltiplos níveis de influência sobre o comportamento: a) o primeiro nível é o individual, no qual são apurados fatores históricos — biológicos e pessoais — de um indivíduo, concentrando-se nas características de uma pessoa que aumentam a possibilidade de praticar violência; b) em seguida, há o nível racional, que se dedica às relações sociais próximas — familiares, companheiros e parceiros íntimos, etc.; c) o terceiro nível é o comunitário, no qual ganham destaque as conexões comunitárias em que as relações estão inseridas — escola, trabalho, vizinhança; d) o quarto e último patamar do modelo é

o social e examina os fatores mais significativos da sociedade que influenciam as taxas de violência, tal como clima aceitável para a violência, diminuição das inibições para sua prática (Krug et al., 2002).

Para os fins deste trabalho, interessa-nos o nível social, que abrange influências dos contextos social e cultural, no qual normas naturalizadas sustentam a violência como forma aceitável de resolver conflitos, tal como normas que fixam o domínio masculino sobre as mulheres e crianças. Também abrangem políticas de saúde, educacionais, econômicas e sociais que mantêm altos níveis de desigualdade econômica ou social entre grupos.

Sob esse prisma, destaca-se a denominada violência simbólica, que é um conceito que aborda uma forma de *vis* exercida sem coação física, a fundar-se na fabricação contínua de crenças que induzem o indivíduo a se posicionar no espaço social seguindo critérios e padrões do discurso dominante, legitimando-o. Para Bourdieu (2014, p. 8), a violência simbólica é o meio de exercício do poder simbólico e mostra-se:

suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento.

Em uma sociedade patriarcal qual a que vivemos, na divisão socialmente construída entre os gêneros elabora-se a “dominação masculina”, que constrói e legitima a suposta superioridade masculina em detrimento da inferioridade feminina, a tal ponto que “a divisão entre os sexos parece estar ‘na ordem das coisas’, como se diz por vezes para falar do que é normal, natural, a ponto de parecer inevitável (Bourdieu, 2014, p. 17). Tal espécie de violência aproxima-se das denominadas violências aprovadas ou toleradas de Minayo & Souza (2003).

A violência institucional contra as mulheres se conecta intimamente com as diferenças de gênero presentes na sociedade e são múltiplas as suas causas, dentre as quais as decorrentes dos diversos aspectos apreciados a partir do contexto sociocultural.

Na atualidade, os estudos interseccionais e decoloniais vêm identificando a urgência das articulações entre raça, sexo, gênero, classe social e do processo colonizador na configuração dos países do Sul Global, em análise dos cenários social, cultural, político e econômico em que são corroboradas as condições para a violência institucional, até mesmo no Poder Judiciário, e a sua invisibilidade.

Conclusões

Este artigo procurou efetuar uma abordagem acerca da violência institucional, em especial no Poder Judiciário, e situá-la no contexto da saúde pública. Abordou o estudo da violência sob o enfoque da saúde pública, segundo o Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde, elaborado pela OMS, situando-a como forma de violência coletiva, mais especificamente na forma da “violência do Estado” e “negação de acesso a serviços essenciais”.

A multiplicidade de causas da violência descrita no Relatório ressoou com outras teorias, dando-se ênfase aos cenários social, cultural, econômico e político e à relevância como que tais estudos vêm crescendo com base nas propostas da interseccionalidade e nos questionamentos decoloniais.

Referências

- BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.
- BUZZI, V. de M. *Pornografia de vingança: contexto histórico-social e abordagem no Direito Brasileiro*. 110f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/133841>. Acesso em: 21 fev. 2019.
- BUZZI, V. de M. Mulheres na rede: a pornografia de vingança como instrumento de violência de gênero. In: GOSTINSKI, A. & BISPO, A. (orgs.). *Estudos feministas: por um direito menos machista*. Florianópolis: Empório do Direito, 2016, pp. 211-26.
- CAMPOS, C. H. de. *Criminologia feminista: teoria feminista e crítica às criminologias*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017.
- CAMPOS, C. H. de; MACHADO, L. Z.; NUNES, J. K.; SILVA A. dos R. C. Cultura do estupro ou cultura antiestupro?. *Revista Direito GV*, São Paulo, vol. 13, n.º 3, pp. 981-1.006, dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6172201738>. Acesso em: 21 fev. 2019.
- CARDOSO, I. & VIEIRA, V. A mídia na culpabilização da vítima de violência sexual: o discurso de notícias sobre estupro em jornais eletrônicos. *EID&A - Revista Eletrônica de Estudos Integrados em Discurso e Argumentação*, Ilhéus, n.º 7, pp. 69-85, dez. 2014. Disponível em: http://uesc.br/revistas/eidea/revistas/revista7/eid&a_n7_05_iv.pdf. Acesso em: 21 fev. 2019.
- DAHLBERG, L. L. & KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 11, pp. 1.163-78, 2007.

- Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>. Acesso em: 16 out. 2023.
- FERNANDO, M. Pinga fogo. *Jornal Opinião Encantado*, p. 5, abr. 2015. Disponível em: <http://jornalopiniaoencantado.blogspot.com/2015/04/cliقة-nas-capas-para-folhear.html>. Acesso em: 3 abr. 2019.
- hooks, b. *Teoria feminista: da margem ao centro*. São Paulo: Perspectiva, 2019.
- KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B. & LOZANO, R. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Editado por Organização Mundial da Saúde. Genebra, 2002.
- MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R. (eds.). *Violência sob o olhar da Saúde: infra-política da contemporaneidade brasileira [on-line]*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- SANTOS, J. C. Violência institucional, n.º 28/jul.-dez. 1979. *Revista de Direito Penal*, vol. 1 n.º 1, 1971. Rio de Janeiro: Forense: Instituto de Ciências Penais do Rio de Janeiro, 19 v., pp. 38-52
- SILVA, A. da S. & PINHEIRO, R. B. Exposição que fere, percepção que mata: a urgência de uma abordagem psicossociojurídica da pornografia de vingança à luz da Lei Maria da Penha. *Revista da Faculdade de Direito UFPR*, Curitiba, vol. 62, n.º 3, pp. 243-65, set.-dez. 2017. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/direito/article/view/53834>. Acesso em: 6 fev. 2019.
- SYDOW, S. T. & CASTRO, A. L. C. de. *Exposição pornográfica não consentida na internet: da pornografia de vingança ao lucro*. Belo Horizonte: Ed. D'Plácido, 2017. (Coleção Cybercrimes).

Legislação

- BRASIL. Decreto n.º 1.973, de 1.º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2 ago. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm. Acesso em: 8 mar. 2019.
- BRASIL. Decreto n.º 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm. Acesso em: 8 mar. 2019.
- BRASIL. Lei n.º 14.245/2021. Altera os Decretos-Leis nos 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), e 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), e a Lei n.º 9.099, de 26 de setembro de 1995 (Lei dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais), para coibir a prática de atos atentatórios à dignidade da

- vítima e de testemunhas e para estabelecer causa de aumento de pena no crime de coação no curso do processo (Lei Mariana Ferrer), em 22 de novembro de 2021. *Diário Oficial da União*, de 23 de novembro de 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/114245.htm. Acesso em: 2 out. 2024.
- BRASIL. *Lei n.º 14.321/2022*: Altera a Lei n.º 13.869, de 5 de setembro de 2019, para tipificar o crime de violência institucional. De 31 de março de 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/Lei/L14321.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.321%2C%20DE%2031,%20crime%20de%20viol%C3%Aancia%20institucional. Acesso em: 2 out. 2024.
- COMITÊ PARA ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER (CEDAW). Recomendação Geral n.º 19. Série Tratados Internacionais de Direitos Humanos. Brasília, 2019, Conselho Nacional de Justiça. Disponível em: <https://portaltj.tjrj.jus.br/documents/10136/8038814/recomendacao-19-cedaw.pdf>. Acesso em: 8 out. 2024.
- COMITÊ PARA ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER (CEDAW). Recomendação Geral n.º 35, sobre violência de gênero contra as mulheres. Série Tratados Internacionais de Direitos Humanos. Brasília, 2019, Conselho Nacional de Justiça. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/769f84bb4f-9230f283050b7673aeb063.pdf>. Acesso em: 8 out. 2024.

Jurisprudência

- DIÁRIO DE JUSTIÇA DO ESTADO DO MATO GROSSO (DJMT). 19 de abril de 2016, p. 99. *JusBrasil*, 2016. APELAÇÃO 105148/2015 - Classe: CNJ-198 Comarca de Barra do Garças. Protocolo Número/Ano: 105148/2015. Julgamento: 13/04/2016, em que são apelantes e apelados J. M. M. V. e B. B. R. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/113559739/djmt-19-04-2016-pg-99>. Acesso em: 12 jul. 2018.

Capítulo 5

Saúde e inclusão: a experiência da transgeneridade na infância e adolescência

André Souza Brito

Maria de Fátima Moreira Martins Correa

Maria Helena Barros de Oliveira

O capítulo analisa o atendimento médico dispensado aos transgêneros no Brasil, destacando que, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) garanta a universalidade do atendimento, o preconceito e a cisheteronormatividade dificultam o acesso eficaz e rápido. Isso evidencia a falta de políticas públicas de reconhecimento, acolhimento e proteção à população LGBTIAPN+, especialmente para menores de 18 anos.

A inércia estatal, além de retroalimentar o preconceito, expõe indivíduos em formação a situações humilhantes, prologando seu sofrimento e aceitação social. Isso os torna invisíveis, negando a chance de um futuro mais digno e seguro, e revela uma cruel forma de aniquilar suas existências.

Os protocolos de atendimento a crianças e adolescentes trans devem respeitar a autodeclaração e envolver a conscientização dos setores estatais sobre o cuidado dessa população, com o objetivo de minimizar os danos causados por

uma sociedade preconceituosa e discriminatória, e não de “curar” a questão de gênero.

A transgeneridade ocorre quando a identidade de gênero de uma pessoa não corresponde ao sexo biológico, abrangendo diferentes graus de divergência. Travestis e transexuais são considerados transgêneros, enquanto pessoas não binárias não se identificam com um gênero específico ou com múltiplos gêneros. A cisheteronormatividade, por sua vez, é um padrão que considera ideal a relação entre um homem cisgênero e uma mulher cisgênero, excluindo outras identidades e orientações de gênero.

Na última década, a temática LGBTIAPN+ ganhou destaque na mídia, impulsionada pela luta dos movimentos sociais e pelo sucesso das paradas LGBTIAPN+. Houve também a ascensão de artistas *gays*, transgêneros e simpaticizantes que conquistaram espaço cultural. Entre os avanços, destacam-se as decisões sobre autodeclaração, como a DI n.º 4.275/19¹ e o RE n.º 670.422/18,² que, regulamentadas pelos Provimentos n.ºs 73,³ 149⁴ e 153⁵ do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), garantiram o direito dos transgêneros de alterar o prenome e o sexo em seus registros de nascimento mediante simples autodeclaração.

Em 2022, a Defensoria Pública do Rio de Janeiro⁶ permitiu o uso do termo “não binário” em linguagem neutra. Foi reconhecido o direito de alterar o campo “sexo” nas certidões de nascimento para “não binário”. Além disso, em uma decisão recente, foi garantido o uso do termo “intersexo” para pessoas cujas características sexuais não se enquadram nas normas médicas e sociais para os

1 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Decisão de autodeclaração. DI n.º 4.275/19. Reconhecimento de identidade de gênero com base na autodeclaração, sem necessidade de procedimentos médicos ou jurídicos adicionais. Relator: Ministro Dias Toffoli. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2018.

2 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Plenário. Direito Constitucional e Civil. Transexual. Identidade de gênero. Direito subjetivo à alteração do nome e da classificação de gênero no assento de nascimento. Possibilidade independentemente de cirurgia de redesignação. Princípios da dignidade da pessoa humana, da personalidade, da intimidade, da isonomia, da saúde e da felicidade. Convivência com os princípios da publicidade, da informação pública, da segurança jurídica, da veracidade dos registros públicos e da confiança. Recurso extraordinário provido. Recurso extraordinário n.º 670.422. Relator: Ministro Dias Toffoli. Julgamento em 15 de agosto de 2018. *Diário Oficial da União*, Brasília, 15 de agosto de 2018.

3 BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Provimento n.º 73, de 28 de junho de 2018. Dispõe sobre a averbação da alteração do prenome e do gênero nos assentos de nascimento e casamento de pessoas transgênero diretamente no registro civil. *Diário da Justiça Eletrônico*: Seção CNJ, n.º 126/2018, 29 de junho de 2018

4 *Diário Judicial Eletrônico*: Seção CNJ n.º 207/2023, 4 de setembro de 2023, ano 2023, pp. 7-242. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/5243>. Acesso em: 15 jan. 2024.

5 BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Provimento n.º 153, de 29 de agosto de 2023. *Diário Judicial Eletrônico*: Seção CNJ, n.º 207/2023, 4 de setembro de 2023, ano 2023, pp. 7-242. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/5243>. Acesso em: 15 jan. 2024.

6 Agência Brasil. *Gênero “não binário” é incluído em certidões de nascimento*. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2022-04/no-rio-carreiras-de-identidade-passam-incluir-pessoas-nao-binarias> Acesso em: 20 nov. 2024.

corpos femininos ou masculinos, incluindo cromossomos, órgãos genitais e hormônios (Ferraz & Tito, 2024).

Apesar dos avanços, a plena aceitação social da transgeneridade ainda não foi alcançada. Pascoto (2006, p. 22) afirma que, entre 24 e 36 meses, as crianças já são capazes de identificar a que gênero pertencem, o que é corroborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (2017, p. 1) em seu Guia Prático de Atualização:

As crianças entre 6 e 9 meses são capazes de diferenciar, quanto ao gênero, vozes e faces. Aos 12 meses, associam vozes masculinas e femininas a determinados objetos tidos como típicos de cada gênero. Embora mais nítido aos 2 anos, crianças de 17 a 21 meses de vida têm habilidade de se identificar como meninos ou meninas e apresentam brincadeiras relacionadas ao gênero. A identidade de gênero tem início entre 2-3 anos de idade. Entre 6-7 anos, a criança tem consciência de que seu gênero permanecerá o mesmo.

Atualmente, há um aumento nos casos de transgeneridade infantil. A concepção da infância, relacionada ao cuidado e à proteção, começou com a redução da mortalidade infantil no século XVII. A Igreja Católica contribuiu para essa visão, associando as crianças à inocência e à pureza. Com a Revolução Industrial, a mão de obra infantil foi explorada, mas o avanço tecnológico facilitou a circulação de informações, promovendo a globalização e a conscientização sobre a necessidade de proteger os direitos das crianças, que passaram a ser defendidos em níveis nacional e internacional (Melo, 2020).

A difusão das ideias de proteção e cuidado às crianças, juntamente com as lutas dos grupos minoritários, especialmente da população LGBTIAPN+, fez que mais famílias de crianças transgêneros passassem a entender e respeitar a vivência dos filhos, incluindo o autoentendimento e a busca de auxílio. As redes sociais desempenham um papel crucial nesse processo, permitindo que indivíduos compartilhem suas experiências e atuem como plataformas políticas de movimentos identitários. Apesar dos ataques religiosos e políticos e de propostas legislativas que buscam excluir direitos, principalmente em relação ao tratamento médico, a luta pela aceitação e pelos direitos continua firme (Balem, 2020; Brasil, 2023b; Minha Criança Trans, 2023).

A Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA, 2022) alerta que o atendimento médico à população trans deve priorizar a despatologização da experiência vivida. O reconhecimento legal não deve depender de avaliações medicalizantes, que podem ser distorcidas e resultar em abusos e controle, em vez de tratamento, contribuindo para o adoecimento (ANTRA, 2023).

Conforme destacado na nota técnica,⁷ a despatologização não tem como objetivo alcançar a passabilidade, que tenta evitar problemas causados pela discriminação e reforça o conceito de cisgeneridade (Almeida, 2012; ANTRA, 2023).

Este trabalho utilizou a metodologia descritiva, com base em fontes bibliográficas sobre o tema, e uma abordagem exploratória por meio de um questionário aplicado no Google Forms. O questionário foi respondido por representantes legais de crianças e adolescentes transgêneros e por membros de ONGs que defendem os direitos LGBTIAPN+ no Brasil, com o objetivo de identificar os principais desafios enfrentados por essa população. A coleta de dados ocorreu no primeiro trimestre de 2024, sendo observado a não inclusão de dados sensíveis e pessoais.

Direito à saúde e população LGBTIAPN+

O direito à saúde é consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, em seu artigo XXV, ratificado pelo Brasil. Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 1948, p. 1) “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis...”.

A Constituição Federal (CRFB/88), em seu artigo 196, estabelece que a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O tratamento médico adequado aos necessitados é uma obrigação do Estado, com responsabilidade solidária entre municípios, Distrito Federal, estados e União.

O princípio jurídico da universalidade das ações e prestações em saúde, derivado do princípio da igualdade (art. 5.º da CRFB/88), garante tratamento equânime e acesso igualitário aos serviços de saúde para todos os cidadãos, independentemente de sua contribuição ao sistema previdenciário, proibindo qualquer forma de discriminação entre os usuários (Brasil, 1988).

O atendimento médico universal assegura que, independentemente do sexo biológico, da orientação sexual e da identidade de gênero, todos têm o direito de ser atendidos pelos serviços de saúde disponíveis.

7 Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA). Nota técnica sobre acesso à saúde de crianças trans: do modelo transpatologizante ao cuidado transespecífico. Antrabrasil.org. Brasil, 2023. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2023/06/nota-tecnica-criancas-trans-antra.pdf> Acesso em: 21 jan. 2024.

Em 17 de maio de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) deixou de considerar a homossexualidade uma doença, com a adoção dessa decisão pelos países membros da ONU a partir de 1.º de janeiro de 1993. Em 25 de maio de 2019, a OMS aprovou a 11.ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), removendo a transexualidade da lista de doenças mentais, excluindo o “transtorno de identidade de gênero”. Essa mudança entrou em vigor em 10 de janeiro de 2022. O Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania⁸ publicou, em 22 de junho de 2018, uma nota técnica:

A transexualidade permanece na CID como “incongruência de gênero”, porém, em uma categoria diferente: a das condições relativas à saúde sexual. A OMS diz sobre o assunto que ‘há claras evidências científicas de que não se trata de doença mental, mas os cuidados de saúde a essa população pode ser oferecidos de forma melhor se a condição estiver dentro da CID’. Assim sendo, a alteração pode colaborar na redução do preconceito e estigma, sem reduzir os cuidados sobre o processo de acompanhamento médico de transição de gênero de travestis e transexuais (Brasil, 2018).

No Brasil, o atendimento a pessoas travestis, transgênero e não binárias foi regulamentado pelo Processo Transsexualizador no SUS, com início na Portaria n.º 457,⁹ de 19 de agosto de 2008. A Portaria n.º 2.803,¹⁰ de 19 de novembro de 2013, ampliou e redefiniu esse processo, atendendo a uma determinação judicial da Ação Civil Pública n.º 2001.71.00.026279-9/RS, julgada pelo TRF4. A decisão judicial exigiu a implementação de cirurgias de readequação sexual e outros cuidados de saúde para pessoas trans no SUS.

A neocolpovulvoplastia (cirurgia de transgenitalização masculino/feminino) e a neofaloplastia (transgenitalização feminino/masculino) são os procedimentos cirúrgicos mais associados à população trans, especialmente na percepção da população cisgênera. Isso reflete a ideia equivocada de que a classificação de alguém como homem ou mulher depende unicamente da genitália.

8 BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. OMS retira transexualidade da lista de doenças e distúrbios mentais. *Gov.br.*, 2018. 1 p. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/junho/organizacao-mundial-da-saude-retira-a-transexualidade-da-lista-de-doencas-e-disturbios-mentais>. Acesso em: 9 jan. 2024.

9 BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 457*, de 19 de agosto de 2008. Aprovar a Regulamentação do Processo Transsexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2000/prt0457_19_08_2008.html. Acesso em: 20 nov. 2024.

10 BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 2.803*, de 19 de novembro 2013. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 20 nov. 2024.

Cada ser humano tem o direito de se identificar como homem, mulher, ambos ou nenhum dos dois, com base em sua autonomia individual e concepções pessoais sobre a verdadeira performatividade de gênero, já que os comportamentos não se separam tão facilmente como a anatomia (Bonassi, 2017). A autodeclaração deve ser suficiente para garantir o respeito.

Não obstante, o atendimento médico esperado pela população trans vai além da realização de cirurgias plásticas para adaptação da genitália. O mais importante é o respeito à autodeterminação, que não está necessariamente ligada a modificações físicas, e garantir que a diversidade de gênero não seja tratada como uma patologia.

A legislação brasileira protege o direito ao livre desenvolvimento da personalidade e da privacidade, garantindo que questões como identidade de gênero, sexo e orientação sexual não sejam usadas para justificar tratamentos discriminatórios ou classificar essas pessoas como portadoras de doenças mentais ou associá-las a comportamentos sexualmente pervertidos.

O nome social e o gênero indicados pelo paciente devem ser respeitados no atendimento. A aceitação do nome social e a possibilidade de alteração de nome e sexo nos documentos reconhecem que existem homens sem pênis e mulheres sem vagina. Isso implica o respeito à opção de serem atendidos em ambientes mais discretos, especialmente em especialidades médicas diretamente vinculadas a um sexo, como acompanhamento pré-natal para homens trans grávidos, exame de próstata para mulheres trans e ginecologistas para homens trans.

Os profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, atendentes e auxiliares, devem receber orientação sobre questões de gênero para proporcionar um atendimento mais adequado às pessoas LGBTIAPN+, especialmente travestis e pessoas transgêneros.

Em cumprimento à decisão liminar do STF na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.º 787,¹¹ o Ministério da Saúde, por meio da Portaria SAES/MS n.º 1.693,¹² de 10 de maio de 2024, modificou a classificação de gênero de 271 procedimentos no SUS. Essas mudanças permitem que homens e mulheres trans realizem tratamentos e exames conforme o gênero com o qual se identificam, sem restrições quanto ao marcador de sexo. Além disso, a

11 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Decisão monocrática. Determinar que o Ministério da Saúde, no prazo de 30 (trinta) dias, proceda a todas as alterações necessárias nos sistemas de informação do SUS, para que marcações de consultas e de exames e todas as especialidades médicas sejam realizadas independentemente do registro do sexo biológico. Medida cautelar na arguição de descumprimento de preceito fundamental n.º 787. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Julgamento em 28 de junho de 2021. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, 28 jun. 2021. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF787.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2024.

12 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. *Portaria n.º 1.693*, de 9 de maio de 2024. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, 10 maio 2024, ano 2024. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2024/05/dou-classificacao-ministerio-da-saude-mai2024.pdf>. Acesso em: 24 maio 2024.

decisão determinou a alteração na Declaração de Nascido Vivo (DNV), usando o termo “parturiente” para permitir que o nome de quem gestou conste no documento, independentemente do nome ou sexo registral.

Situação jurídica da população LGBTIAPN+ no Brasil

No Brasil, não existem estatísticas oficiais sobre pessoas travestis, transgêneros e não binárias. Durante o Censo Demográfico 2022, houve uma tentativa frustrada de incluir perguntas sobre orientação sexual e identidade de gênero, por meio de ação judicial (Exame, 2022). Em outubro de 2023, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) anunciou, pela primeira vez, que fará perguntas sobre orientação sexual e identidade de gênero para adultos em suas entrevistas (Agência IBGE Notícias, 2023).

A falta de dados sobre a população trans, aliada ao preconceito, impede a adoção de políticas públicas mais inclusivas. A ANTRA (2022, p. 13) destacou essa realidade, apontando as dificuldades enfrentadas por essa população.

Continuamos com uma ausência extrema de dados governamentais e sem informações sobre a população LGBTQIA+ vinda do estado. Sejam dados populacionais ou específicos sobre acesso à saúde e os impactos da violência, sobre como a COVID-19 atingiu essa população, entre outros. A invisibilização continua junto ao apagão e à subnotificação. Assim como a dificuldade de busca de informações nos estados e municípios, que seguem omissas às respostas diante da situação geral em que pessoas LGBTQIA+ vêm sendo (ex) postas. Restando às organizações da sociedade civil a realização de pesquisas a fim de levantar informações para o debate público e a proposição de projetos e ações pró LGBTQIA+.

O reconhecimento de direitos importantes para a população LGBTIAPN+, como o casamento homoafetivo e a possibilidade de troca de nome e gênero nos documentos de identificação, foi possível em virtude do ativismo judicial protagonizado pelo Poder Judiciário:

As discriminações, sob a forma de preconceitos de origem, raça, sexo, cor ou idade, devem ensejar a participação mais intensa do Poder Judiciário na concretização dos valores constitucionais em jogo. A proteção judicial dos direitos das minorias e dos grupos vulneráveis nas sociedades pluralistas deve compor

a agenda dos tribunais constitucionais, em ordem a fornecer efetividade ao direito a ser diferente (Moraes, 2019, p. 25).

A ausência de legislação protetiva de pessoas com diversidade de sexo e/ou gênero, a busca judicial por direitos de pessoas trans e não binárias, a falta de dados oficiais e as ameaças de retirada de direitos demonstram que a cisnormatividade predomina no país (Brasil, 2023a). Nesse contexto, a correspondência entre o sexo biológico e a identidade de gênero é vista como o modelo ideal, reforçando a cisnormatividade e a heteronormatividade, que aceita somente a orientação sexual voltada para o sexo oposto. Esse termo é utilizado para:

Descrever a normalidade compulsória, esperada e regulada por instituições religiosas, biomédicas e jurídicas que produzem o entendimento que as pessoas possuem um verdadeiro sexo. Esse sexo será binário, ou homem ou mulher, designado ao nascimento a partir da anatomia (mesmo que a anatomia tenha de ser cunhada), permanecerá imutável no decorrer da vida da pessoa, e será o considerado mais verdadeiro, mais legítimo, mais normal, posicionando automaticamente pessoas trans e não binárias como ilegítimas, anormais, delirantes. Por considerar haver uma verdadeira sexualidade se produzem violências às pessoas que recusam essa atribuição cisgênera, comumente designadas por violências cissexistas ou transfóbicas (Bonassi, 2017, p. 19).

Este cenário se torna ainda mais cruel quando envolve crianças e adolescentes trans, que enfrentam obstáculos significativos, pois a jurisprudência, os regulamentos e as portarias de saúde raramente abordam a aplicabilidade de direitos e serviços para menores de 18 anos.

Para entender o transgênerismo na infância, é essencial explicar as diferenças entre conceitos, frequentemente confundidos pela sociedade, contribuindo para o preconceito, a rejeição e a violência contra crianças trans.

É importante ressaltar a diferença entre identidade de gênero, que é a forma como a pessoa se reconhece e se apresenta, podendo ou não corresponder ao sexo biológico, e orientação sexual, que se refere à atração e/ou relação emocional, afetiva ou sexual com outras pessoas. A orientação sexual pode ser heterossexual (pessoa que sente atração e/ou se relaciona com pessoas do gênero oposto), homossexual (pessoa que sente atração e/ou se relaciona com pessoas do mesmo gênero), bissexual (pessoa que sente atração e/ou se relaciona com pessoas de ambos os gêneros) ou assexual (pessoa que sente pouca ou nenhuma atração ou necessidade de se relacionar) (Prefeitura do Rio de Janeiro, 2019).

A estigmatização de identidades de gênero não convencionais é ainda mais intensa para crianças e adolescentes, especialmente em razão da negação dos pais em uma sociedade cisheteronormativa, influenciada por concepções religiosas que definem o que é considerado “normal” e “aceitável”.

É essencial que o Estado e a sociedade reconheçam a existência de crianças e adolescentes transgêneros, diante da realidade que prejudica suas vidas.

Nesse contexto, o processo que deve ser iniciado começa por mudanças de valores sociais que se mostrem conservadores, com a “quebra” de paradigmas que reproduzam preconceitos e que devem ser conquistados através do respeito e da dignidade pela família, sociedade e o Estado. Esta reflexão é bem oportuna ao se olhar para as crianças e adolescentes transgêneros, partindo do estigma que os transexuais adultos são submetidos pela sociedade contemporânea (Quartiero & Pedroso, 2019, p. 7).

Apesar da extrema preocupação do ordenamento jurídico brasileiro com o bem-estar de crianças e adolescentes, visando à proteção de seus interesses (Brasil, 1988; 1990), o preconceito e a discriminação persistem. Essa proteção também está refletida em tratados internacionais, como a Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1990). A proteção é assegurada por uma rede de atendimento composta por organizações governamentais e não governamentais, movimentos sociais, comunidades locais, grupos religiosos, entidades nacionais e internacionais, categorias de trabalhadores e a própria população.

Atendimento médico de crianças e adolescentes trans

O cuidado médico específico para crianças e adolescentes com incongruência de gênero ou transgêneros é regulado pela Resolução n.º 2.265/2019 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2020). Essa resolução aborda acolhimento, acompanhamento ambulatorial, hormonioterapia e cuidados cirúrgicos (art. 4.º), dentro do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é composto por propostas de condutas terapêuticas elaboradas por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, respeitando a singularidade dos sujeitos assistidos e buscando atenção em saúde integral. Além de criança/adolescente, o cuidado também envolve familiares e indivíduos do vínculo social (art. 8.º).

A equipe multiprofissional mínima (art. 5.º) deve incluir pediatra, psiquiatra, endocrinologista, ginecologista, urologista e cirurgião plástico. O tratamento oferece algumas limitações, tais como a vedação de início da hormonioterapia cruzada antes dos 16 anos (art. 9.º *caput*). Uma das vedações na Resolução CFM

n.º 2.265/2019 (CFM, 2020) que prejudica a oferta de locais de atendimento à população infanto-juvenil transgênera está no parágrafo 2.º, ao exigir que:

Em crianças ou adolescentes transgêneros, o bloqueio hormonal só poderá ser iniciado a partir do estágio puberal Tanner II (puberdade), sendo realizado exclusivamente em caráter experimental em protocolos de pesquisa, de acordo com as normas do Sistema CEP/Conep, em hospitais universitários e/ou de referência para o Sistema Único de Saúde.

A limitação da realização de bloqueio hormonal a protocolos de pesquisa em hospitais universitários ou de referência do SUS reduz o número de instituições e profissionais capacitados para oferecer esse tratamento. Isso é particularmente problemático em locais sem Núcleo de Estudos da Saúde especializados no atendimento de crianças e adolescentes transgêneros, aumentando o risco de tratamento inadequado, como o uso precoce de bloqueadores hormonais sem supervisão médica ou a iniciação de hormonização cruzada com base em informações de redes sociais.

Outra limitação é prevista no artigo 11 da Resolução CFM n.º 2.265/2019 (CFM, 2020) que proíbe a realização de procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero antes dos 18 anos.

A proteção da integridade corporal do indivíduo transgênero, evitando modificações permanentes, se contrapõe à ideia de que forçar uma criança ou adolescente a desenvolver um corpo que não condiz com sua identidade de gênero pode ser uma forma de violência. Esse dilema desafia os conceitos de autenticidade e identidade, influenciados pela cisgeneridade (Solomon, 2013, p. 721). Uma solução possível seria a escuta ativa da opinião do grupo afetado sobre a realização dessas cirurgias, embora, até o momento, a decisão esteja atrelada a um conselho médico, provavelmente sem a presença de pessoas transgêneros em sua composição.

A mastectomia masculinizadora, que envolve a remoção dos seios e a construção de mamilos masculinos, afeta principalmente homens transgêneros e pessoas não binárias. O seio, um dos maiores símbolos da feminilidade e fruto da sexualização do corpo feminino, é um elemento culturalmente carregado. A rejeição a essa parte do corpo é evidente, até mesmo em situações cotidianas, como mães que se sentem constrangidas a amamentar em público, refletindo a forma como a sociedade valoriza e sexualiza os seios.

Para homens transgêneros, o volume dos seios sob a roupa pode ser incompatível com a imagem do gênero masculino com o qual se identificam. Para alcançar a passabilidade, muitos utilizam a técnica de ocultação dos seios chamada *binding* (Clue, 2019). Esse processo pode ser feito com bandagens elásticas,

fitas adesivas, plástico filme, sutiãs esportivos, trajes de neoprene ou compressão, camadas de sutiãs ou blusas, com *binders* comercialmente disponíveis.

O uso prolongado do *binding* pode causar problemas como irritações na pele, dores musculares, falta de ar e até fraturas nas costelas. Apesar desses riscos, a mastectomia masculinizadora não é permitida para adolescentes trans.

Cirurgias plásticas estéticas são permitidas para menores de 18 anos, desde que não envolvam transgeneridade. A autorização dos responsáveis, esclarecimento sobre o procedimento e idade mínima (geralmente 16 anos para a implantação de próteses de silicone) são exigências (Lourenço, 2021).

É perceptível que existem entendimentos divergentes que a cisnormatividade impede que a vontade de adolescentes transgêneros, mesmo com o consentimento de seus representantes legais, seja respeitada. O argumento sobre a irreversibilidade do procedimento é inválido, pois adolescentes cisgêneros também podem se arrepender. A proibição é injusta, está ligada à aceitação pessoal e à redução de violências.

Embora a homoafetividade e a transgeneridade não sejam mais vistas como doenças, ainda são tratadas como tal socialmente, dificultando a empatia. É inaceitável tratar a transgeneridade infantojuvenil como uma patologia.

Crianças/adolescentes transgêneros existem e não são doentes. O reconhecimento legal de suas existências deve estar condicionado a uma avaliação medicalizante.

Não se pode permitir que crianças e adolescentes transgêneros sejam tratados como uma questão de DOENÇA, o que apaga suas identidades e perpetua de abusos que levam ao adoecimento (ANTRA, 2023) e até o extermínio.

É interessante observar que, embora a transgeneridade ainda seja vista como uma doença pela sociedade, os transgêneros não recebem ajuda, afeto e compreensão que outras minorias, como surdos, cegos, deficientes físicos, autistas, entre outros.

A transgeneridade infantil não precisa ser corrigida com tratamentos médicos, remédios, castigos psicológicos ou corporais, exclusão. Essas práticas forçam pessoas com identidades de gênero diversas a se encaixarem em uma vida binária, gerando infelicidade, estigma e preconceito (Opiela, 2012).

É necessário adotar uma política de IDENTIDADE, respeitando as vontades, manifestações e existências de crianças e adolescentes transgêneros. Eles devem ser tratados como sujeitos de DIREITO, com DIGNIDADE e IGUALDADE, em que a autodeclaração, a vontade e a existência sejam respeitadas (Solomon, 2013).

Problemas identificados nos atendimentos médicos no Brasil

Para identificar os problemas enfrentados pela população transgênero infantojuvenil, foi realizada uma pesquisa de campo por meio de um formulário do Google Forms, com coleta quantitativa de dados. O questionário foi aplicado para 134 representantes legais de crianças e adolescentes transgêneros, residentes no Brasil e membros de organizações não governamentais que defendem os direitos da população LGBTIAPN+.

As respostas concedidas indicam que 40,3% são representantes legais de adolescentes homens transgêneros de 12 anos a 18 anos, e 19,4% de mulher transgênero de 12 anos a 18 anos. No caso de crianças transgêneros, menores de 12 anos, temos 4,5% de não binários, 15,7% de homens transgêneros e 14,2% de mulheres transgêneros.

A maioria reside na Região Sudeste (70,1%), e 53,7% do total está sendo atendida em um Núcleo de Estudos de Saúde especializado. Em contrapartida, 27,6% não estão sendo atendidos por qualquer especialidade médica.

Os dois Núcleos de Estudo de Saúde que se destacam são (1) o AMTI-GOS – Laboratório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual, com 41,7% dos atendimentos, localizado em São Paulo e (2) o Programa Aquarela da Universidade do Estado do Rio de Janeiro com 15,3%. A maioria das famílias reside perto, 59,7% em uma distância de até duas horas, sendo que 18,1% demoram mais de duas horas de deslocamento por transporte público e 22,2% se deslocam na véspera do atendimento.

Quando da marcação do primeiro atendimento, 51,4% da família espera até seis meses e 27,8% esperam de 6 a 12 meses para a primeira consulta, e 13,9% esperam mais de um ano. Apenas 22,2% dos locais possuem atendimento emergencial, em contrapartida, 66,7% não possuem.

Nos locais mencionados, quase 100% dos atendimentos respeitavam o nome social e reconheciam a condição de transgeneridade da criança/adolescente. Além disso, 88,1% dos profissionais estão preparados para o atendimento de transgêneros.

Embora seja necessária uma pesquisa mais ampla, os dados mostram que a maioria das famílias está na Região Sudeste, nos estados mais desenvolvidos, com maior aceitação da população diversa e maior procura por centros especializados.

A espera por atendimento é longa, indicando a falta de vagas, o que frequentemente leva as famílias a se deslocarem na véspera, muitas vezes de estados diferentes dos que abrigam as unidades especializadas.

Chama a atenção que 27,6% das famílias pesquisadas não recebem atendimento especializado médico, o que é alarmante, especialmente considerando

que os participantes pertencem a entidades de defesa dos direitos LGBTIAPN+. Isso indica que existem muitas pessoas sem orientação adequada e sem acesso ao atendimento especializado. Além disso, muitas pessoas transgêneros são impedidas de buscar apoio médico em virtude da opressão, da falta de informação e da restrição familiar.

Nas 57 respostas abertas à pergunta: “Qual(is), em sua opinião, o(s) maior(es) problema(s) enfrentado(s) com relação ao acompanhamento médico?”, foram indicados, com maior frequência:

1. O desrespeito ao uso do nome e pronome correspondente à identidade de gênero manifesta;
2. O despreparo dos profissionais de saúde quando fora dos locais de atendimento especializado, especialmente no caso de menores de idade;
3. O medo do atendimento particular por falta de informação e formação específica do profissional de saúde nas questões de gênero;
4. A distância e a demora dos locais de atendimento especializado.

Conclusão

Os princípios constitucionais guiam a interpretação das normas infraconstitucionais, promovendo valores como dignidade humana, justiça social, igualdade e solidariedade. No Brasil, crianças e adolescentes são considerados hipervulneráveis, conforme o Código de Defesa do Consumidor,¹³ o que implica maior proteção legal para esses grupos, visando equilibrar as relações jurídicas.

A situação social de crianças e adolescentes com atipicidade de gênero e/ou orientação sexual justifica a implementação de medidas jurídicas protetivas, não apenas para vulnerabilidade patrimonial, mas para uma vulnerabilidade existencial. Segundo Konder (2015, p. 5), essa vulnerabilidade ocorre quando “o titular se encontra sob maior suscetibilidade de ser lesionado na sua esfera extrapatrimonial, impondo a aplicação de normas jurídicas de tutela diferenciada para a satisfação do princípio da dignidade da pessoa humana”.

A realidade é ainda mais difícil para pessoas transgênero, travestis ou não binárias quando enfrentam outras formas de vulnerabilidade, como deficiência, idade avançada, extrema pobreza, situação de rua, analfabetismo, doenças raras

¹³ BRASIL. Congresso Nacional. Código de Defesa do Consumidor, Lei n.º 8.078, de 10 de setembro de 1990. *Diário Oficial [da] União*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 21 jan. 2024.

e pertencem a grupos historicamente discriminados (mulheres, negros, povos originários). Esse contexto revela uma sociedade desigual, onde direitos fundamentais são cerceados, resultando em marginalização e exclusão social e civil.

Para estas pessoas, a discriminação e a opressão surgem na família, na escola e nas instituições de saúde, que são espaços essenciais para o desenvolvimento. Esses ambientes frequentemente não reconhecem a existência de crianças trans, gerando sequelas permanentes, privação de educação, liberdade, respeito, oportunidades e saúde, e resultando na falta de representatividade e esperança por um futuro melhor.

É comum que genitores, mesmo cisgêneros e heterossexuais, sofram preconceitos e violências semelhantes aos de seus filhos menores de 18 anos quando aceitam e apoiam a autodeclaração de gênero deles, permitindo a transição social e buscando tratamento médico adequado. Nesse contexto, a vulnerabilidade existencial afeta o núcleo familiar, que também enfrenta violência, preconceito e abandono do poder público.

A estigmatização de adultos trans é alimentada por preconceitos sociais, que rotulam travestis como marginais, criminosas, desbocadas, prostitutas e não confiáveis. Esses estereótipos são reforçados pela pouca presença de pessoas trans em profissões respeitáveis, como médicos e advogados. No entanto, essa realidade está mudando, com o crescente aumento da representatividade trans em várias áreas profissionais.

O fim do estigma só será possível com a despatologização das infâncias diversas. Crianças trans devem ter seus gêneros reconhecidos como legítimos e valiosos, tornando-se sujeitos políticos (ANTRA, 2023, p. 21, com adaptações). Isso inclui garantir acesso à saúde e à educação, permitindo que desempenhem papéis sociais distantes dos estigmas impostos. O respeito e o tratamento igualitário são essenciais para quebrar o ciclo de preconceito, rejeição, prostituição e morte.

Referências

- AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. PNDS vai a campo coletar informações sobre demografia, saúde reprodutiva e nutrição das crianças. Gov.br, Brasil, 2023. Disponível em: <https://encurtador.com.br/IPDAq>. Acesso em: 9 jan. 2024.
- ALMEIDA, G. 'Homens trans': novos matizes na tizes na aquarela das masculinid as masculinidades?. *Estudos Feministas*, Florianópolis, vol. 20(2), 16-8-2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/wkWvfpf58vHyvr35KTZyvtr/?format=pdf&clang=pt>. Acesso em: 17 jan. 2024.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (ANTRA). Dossiê Assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021.

- antrabrazil.org*. Brasil, 2022. Disponível em: <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2022/01/dossieantra2022-web.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2024.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (ANTRA). Nota Técnica sobre acesso à saúde de crianças trans: do modelo transpatologizante ao cuidado transespecífico. *antrabrazil.org*. Brasil, 2023. Disponível em: <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2023/06/nota-tecnica-criancas-trans-antra.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2024.
- BALEM, I. F. *Identidade de Gênero Não Binária: da violência normativa ao direito à extimidade*. Brasil: Lumen Juris, 2020.
- BONASSI, B. C. *Cisnorma: acordos societários sobre o sexo binário e cisgênero*. Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. *Comissão aprova projeto que proíbe o casamento entre pessoas do mesmo sexo*. Texto ainda precisa ser analisado por outras comissões da Câmara e pelo Senado. Câmara dos Deputados, 2023a. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/1006272-comissao-aprova-projeto-que>. Acesso em: 18 maio 2024.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto pune com prisão quem incentivar ou permitir mudança de sexo em crianças e adolescentes*. Conforme a proposta, a pena será maior se for incentivada por professor ou permitida por tutor; o médico também será punido. Câmara dos Deputados, 2023b. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/941111-PROJETO-PUNE-COM-PRISAO-QUEM-INCENTIVAR-OU-PERMITIR-MUDANCA-DE-SEXO-EM-CRIANCAS-E-ADOLESCENTES>; <https://un aids.org.br/2023/03/dia-da-visibility-de-trans-propostas-de-projetos-de-lei-podem-criminalizar-a-atencao-medica-a-criancas-e-adolescentes-trans/>. Acesso em: 16 jan. 2024.
- BRASIL. Congresso Nacional. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Lei n.º 8.069, de 12 de julho de 1990. *Diário Oficial da União*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 16 jan. 2024.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 13 out. 2024.
- BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. OMS retira transexualidade da lista de doenças e distúrbios mentais. *Gov.br.*, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/junho/organizacao-mundial-da-saude-retira-a-transexualidade-da-lista-de-doencas-e-disturbios-mentais>. Acesso em: 9 jan. 2024.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução n.º 2.265, de 20 de setembro de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM 1.955/2010. *Diário Oficial*

- da União: Seção I, p. 96, 9 jan. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294> Acesso em: 18 maio 2024.
- CLUE. Como homens trans, pessoas não binárias e de gênero fluido podem ocultar seios? *Binding: dicas e truques para o uso de binders*. <https://helloclue.com>. 2019. Disponível em: <https://helloclue.com/pt/artigos/ciclo-a-z/como-homens-trans-pessoas-nao-binarias-e-de-genero-fluido-podem-ocultar-seios#:~:text=As%20pessoas%20podem%20fazer%20o,de%20suti%C3%A3s%20esportivos%20ou%20blusas>. Acesso em: 17 jan. 2024.
- EXAME. IBGE: desembargador derruba liminar sobre inclusão de questão LGBTQ+ no Censo. *Exame.com*, Brasil, 2022. Disponível em: <https://exame.com/brasil/ibge-desembargador-derruba-liminar-sobre-inclusao-de-questao-lgbt-no-censo/>. Acesso em: 9 jan. 2024.
- FERRAZ, A. & TITO, F. Pernambucana é 1.^a pessoa do país a conseguir na Justiça termo ‘intersexo’ em documento: ‘marco histórico’. *GI*, 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2024/03/09/pernambucana-e-1a-pessoa-do-pais-a-conseguir-na-justica-termo-intersexo-em-documento-marco-historico.ghtml> Acesso em: 18 maio 2024.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Convenção sobre os Direitos da Criança: Instrumento de direitos humanos mais aceito na história universal*. UNICEF, 1990. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>. Acesso em: 16 jan. 2024.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Declaração Universal dos Direitos Humanos: Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas* (Resolução 217 A III), em 10 de dezembro 1948. UNICEF.org. Brasil, 1 p. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 9 jan. 2024.
- KONDER, C. N. Vulnerabilidade patrimonial e vulnerabilidade existencial: por um sistema diferenciador. *Revista de Direito do Consumidor*, vol. 99, pp. 101-23, 2015. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/47054038/Carlos_Nelson_Konder_-_Vulnerabilidade_patrimonial_e_vulnerabilidade_existencial_-_In_Revista_de_Direito_do_Consumidor-libre.pdf?1467813847=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DVulnerabilidade_patrimonial_e_vulnerabil.pdf&Expires=1741368026&Signature=H1bfoPShkhZRh0AS-nHgDQSa52uRxExvaJotR1191Fo--obXdCUxsjZYdt-1gVh-1lqSsQYmD-AziXEi1kVGv7Y-5Av6EzD3OMBgVomoa2Q5i8cI8QKkzG2sUOdp8tK-1n-ChrWPCKiPXMGFYXMIvBcbF6svWMSjfcXmAAsYW7lJBTfWq0ioMnVJX-QBTTr0CWl0bOKiSQnfB-b57V0dzmfUhQfm-pCRjxaPGIaymNwrhFDmrV-cy77ovQxgIDkoa5H8zN0FPNo~WjqRDj30lvAiAIw8owKVyzAAHBV-KIxMZ4f82kKfITZpRUqT0GXq4Af9OhwdHFeJ8vgXnLaBrBJDffg__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA. Acesso em: 21 jan. 2024.

- LOURENÇO, T. Cresce em mais de 140% o número de procedimentos estéticos em jovens. *Jornal da USP, Campus* Ribeirão Preto, 11 jan. 2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/cresceu-mais-de-140-o-numero-de-procedimentos-esteticos-em-jovens-nos-ultimos-dez-anos/>. Acesso em: 17 jan. 2024.
- MELO, J. S. Breve histórico da criança no Brasil: conceituando a infância a partir do debate historiográfico. *Revista Educação Pública*, vol. 20, n.º 2, 2020. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/20/2/breve-historico-da-crianca-no-brasil-conceituando-a-infancia-a-partir-do-debate-historiografico>. Acesso em: 18 maio 2024.
- MINHA CRIANÇA TRANS ONG. Brasil, 2023. Disponível em: <https://minhacriancatrans.org/>. Acesso em: 10 fev. 2025.
- MORAES, G. B. P. Protagonismo institucional do poder judiciário no estado contemporâneo: reflexões sobre a judicialização, o ativismo judicial e a autonomia processual da justiça constitucional. *Direito em Movimento*, Rio de Janeiro, vol. 17, 11 p., 2019. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistadireitoemovimento_online/edicoes/volume17_numero2/volume17_numero2_15.pdf. Acesso em: 9 jan. 2024.
- OPIELA, C. V. *Derecho a la identidad de genero*, ley 26.743. Buenos Ayres: La Ley, 2012.
- PASCOTO, R. Primeiras manifestações de identidade de gênero: um estudo com crianças de 16 a 18 meses. Mestrado em Psicologia da Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/16293/1/PED%20-%20Renata%20Pascoto.pdf>. Acesso em: 18 maio 2024.
- PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. *Guia da Diversidade LGBT: Saúde, Atendimento e Legislação*. 2019. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/9492017/4238301/GuiadaDiversidade.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2021.
- QUARTIERO, R. & PEDROSO, J. C. M. A. A aplicação do princípio da proteção integral a crianças e adolescentes transgêneros: análise do primeiro caso em que o Judiciário brasileiro reconhece uma criança transgênera. In: Seminário internacional demandas sociais e políticas públicas na sociedade contemporânea, 15, Santa Cruz do Sul. *Anais eletrônicos*. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2019. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/19675/119261238> 7. Acesso em: 4 out. 2024.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Disforia de Gênero*. www.sbp.com.br. 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19706c-GP_-_Disforia_de_Genero.pdf. Acesso em: 18 maio 2024.
- SOLOMON, A. *Longe da árvore: Pais, filhos e a busca da identidade*. São Paulo: Ed. Companhia das Letras, 2013.

Capítulo 6

Lacunas sanitárias da Atenção Primária à Saúde para as pessoas com deficiência

Laís Silveira Costa

Carolina Nascimento

Marcos Besserman

Sônia Regina da Cunha Barreto Gertner

Este capítulo objetiva mapear as lacunas sanitárias na Atenção Primária à Saúde (APS) das pessoas com deficiência (PcD), visando subsidiar a qualificação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que 16% da população mundial têm deficiência, sendo maior sua concentração em países de baixa e média renda (18%) do que nos de alta renda (12%).

A vida das PcD é marcada por exclusão social, estigmas e violação de direitos em todo o mundo, em que pese a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência já ter quase duas décadas. No Brasil, não é diferente.

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 revela que a intensidade da exclusão social relacionada ao marcador da deficiência reduz em mais da metade a oportunidade de ingressar no mercado de trabalho ou a 14 vezes, caso se trate de deficiência intelectual ou psicossocial, se comparada ainda em pessoas

sem deficiência. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua de 2022 mostra que 20% das pessoas com deficiência são analfabetas, contra 4% dos pares sem deficiência. Em 2024, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada revelou a maior vulnerabilidade à violência, sendo as mulheres com deficiência intelectual e psicossocial as mais vitimizadas. Investigação do Banco Mundial sobre a insegurança alimentar pós-Covid atestou que as famílias brasileiras com pelo menos um integrante com deficiência foram afetadas negativa e desproporcionalmente em todos os indicadores sociais, reafirmando a correlação socialmente constituída entre deficiência e pobreza, e pontuando a pertinência de políticas focadas para o enfrentamento da violência social. A naturalização da violação dos direitos humanos dessa população resulta do capacitismo decorrente de um sistema de opressão apoiado na normatização de certo padrão corporal como perfeito, excluindo, no processo, a corporeidade de algumas pessoas (Campbell, 2001).

O capacitismo se manifesta de formas variadas, valendo notar o pressuposto da incapacidade e a naturalização da falta de paridade na participação social, entre outros. Mello (2016) traduz o conceito de *able-bodiedness* como *corpornormalidade*, referido à materialização de mecanismos de segregação baseados na premissa da incapacidade. Os mencionados processos sociais naturalizam a existência de barreiras que obstaculizam a efetivação dos direitos humanos, dentre eles o da saúde.

A interação de diversas condições contribui para a precarização da saúde das PcD, resultando em sofrimento, em piores indicadores de morbimortalidade, de acesso e de qualidade do cuidado (Meade, Mahmoudi & Lee, 2014) e em risco aumentado de morte prematura (Vieira, 2019). O contexto narrado aponta para a necessidade de ampliação e qualificação da RAS — considerando que a prevenção da deficiência é influenciada pelo acesso ao aparato público em tempo oportuno ao serviço especializado, pela violência, pela dieta, pelos hábitos saudáveis, entre outros. Entretanto, as estruturas analíticas para avaliar a APS seguem limitadas para entender os condicionantes para o cuidado à saúde da PcD nesse nível de atenção.

As sucessivas reformas do sistema de saúde brasileiro se apoiaram em um modelo de Atenção Primária forte e ampliado, valorizando o protagonismo do usuário, a promoção à saúde, assim como a prevenção. Tal modelo considera as características socioeconômicas, culturais e epidemiológicas do território, reconhecendo que a saúde é um processo definido socialmente e, como tal, exige atuação contextualizada e intersetorial (Pellegrini Filho, Buss & Esperidião, 2013; Giovanella et al., 2018). Entretanto, o modelo biomédico da deficiência, dominante na literatura, não contempla estigmas, conflitos e desigualdades que a atravessam (Farias & Buchalla, 2005; Dias & Oliveira, 2013; Lino et al., 2020;

Matin et al., 2021) e que são responsáveis pelo adoecimento e por obstáculos ao desenvolvimento e à autonomia das PcD (Cavalcante & Minayo, 2009).

Método

O estudo qualitativo exploratório apoia-se em revisão narrativa da literatura, com levantamento bibliográfico de horizonte temporal de 2008 a 2021, realizado em fevereiro de 2021 nas bases Lilacs, Embase, Pubmed, Scopus e Web of Science e Google Scholar, com base nos descritores *atenção primária*, *acesso aos serviços de saúde*, *barreiras* e *pessoas com deficiência*. Definiu como critério de inclusão a referência dos atributos da APS para compreender a saúde das pessoas com deficiência e as condições de acesso e barreiras enfrentadas por essa população no serviço de saúde.

A presença e a extensão dos atributos essenciais (acesso do primeiro contato; longitudinalidade; integralidade e coordenação da atenção), e dos derivados (atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural) estão associados a melhores resultados na APS, motivo pelo qual se busca entender suas lacunas por esse prisma. Foram selecionados 45 estudos e os resultados sistematizados foram apresentados em reuniões de devolutivas com especialistas diversos em termos de localização geográfica, representatividade da sociedade civil, pesquisadores, trabalhadores e gestores das áreas sociais. O produto, com apropriação das questões-chave pelos participantes, foi validado em maio de 2022. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CAAE: 33685620.5.0000.5240).

Particularidades na Atenção à Saúde de pessoas com deficiência

A exterioridade no processo de produção do conhecimento e do cuidado de saúde da PcD limita o entendimento da determinação social dos processos de saúde e doença dessa população. Rever tal produção, marcada pela corponormatividade, visa produzir conhecimento para a qualificação de insumos e serviços de saúde. Mello (2016) denuncia o controle biopolítico de corpos atrelando-o ao capacitismo, dado que se definiu um padrão de funcionalidade que deixou de fora parte da diversidade humana, considerada inferior, inútil, incapaz e passível de normalização aos padrões funcionais hegemônicos (sempre que a tecnologia de cuidado assim permitir). A desumanização desse estrato populacional

circunscreve ao âmbito privado a responsabilidade pelos seus cuidados e implica na carência sistemática de acesso a diagnósticos e tratamentos para condições de saúde variadas, impactando a qualidade do serviço prestado e agravando o quadro de morbimortalidade dessa população.

Crenças e estigmas prejudicam o *acesso* e a qualidade à assistência ginecológica e à educação sexual, limitada por **barreiras atitudinais, estruturais, financeiras e informacionais** (Carvalho, Brito & Medeiros, 2014, p. 115) o que conflitua com as estatísticas dos abusos sexuais sofridos pelas PcD: até 90% das mulheres com deficiência intelectual e psicossocial sofrem abuso sexual em algum momento da vida (Frohman & Swift, 2016). Isso ocorre não por conta da gravidade da deficiência, mas pelo valor humano atribuído a essas pessoas.

O monitoramento de câncer é menos frequente entre usuários com deficiência em função de limitações no letramento de saúde dos familiares/cuidadores — e sua relutância ao desgate em face do tratamento —, desafios logísticos para realização de exames de rastreamento e parca existência de informações e campanhas de saúde acessíveis. A distância e a indisponibilidade de centros referenciados para realização de exames e equipamentos acessíveis são também fatores que prejudicam a saúde das PcD (Castro et al., 2021). Os quadros de ansiedade, comportamento e trauma e desordens psiquiátricas são subdiagnosticados: não são identificadas em função das **barreiras comunicacionais**, que dificultam o diagnóstico, e da apresentação considerada *atípica* do quadro, impossibilitando o tratamento (Salvador-Carulla, Lukersmith & Sullivan, 2017).

A desatenção aos períodos de transição dos ciclos de vida (adolescência, vida adulta e envelhecimento) encontra-se associada à deterioração nos quadros de saúde, particularmente dentre as pessoas com deficiência intelectual mais severa e aquelas que enfrentam **barreiras comunicacionais** e de inclusão mais substantivas. Isso sugere a necessidade de atuar preventivamente (serviços de apoio a essas transições) (Sullivan et al., 2018), de acessar equipe multidisciplinar, de disseminar tecnologias comunicacionais, de contemplar a diversidade humana nas campanhas de saúde e de reservar um tempo de consulta ampliado para acomodar a especificidade dessas pessoas.

Estudos sobre pessoas com deficiências sensoriais enfatizam o impacto das **barreiras comunicacionais**. PcD auditivas as consideram o principal entrave à acessibilidade e à qualidade do cuidado, tanto em relação à interação com o profissional quanto em relação às informações disponíveis no serviço. Os impedimentos descritos referem-se a **barreiras comunicacionais** durante exame clínico e anamnese; dificuldade de entendimento da prescrição, interferindo na segurança do tratamento; falta de informação sobre formas de comunicação não verbal para o paciente surdo; além da falta de acessibilidade na sala de espera e para agendamento de consultas (Bentes, Vidal & Maia, 2011). O impedimento

ao protagonismo, a dependência, o atendimento direcionado ao acompanhante (Medeiros et al., 2017), a falta de privacidade violando o sigilo médico-paciente e o reconhecimento daquele como um sujeito de direitos obstruem o cuidado.

Pessoas com deficiência visual, por sua vez, enfrentam **barreiras à comunicação, ao acesso físico, à informação** (campanhas de saúde em formato inacessível) e **atitudinais**, a exemplo da falta de respeito quando o trabalhador assume que aquele indivíduo é incapaz de cuidar de sua saúde (Bentes, Vidal & Maia, 2011). Estudos sobre idosos com deficiência visual pontuam maior prevalência de morbidades e condições secundárias a doenças (diabetes, hipertensão arterial sistêmica e derrame), limitação de atividades da vida diária, como caminhar, preparar a refeição ou tomar medicações, além de restrição na vida social (Medeiros et al., 2017).

Barreiras à saúde

A análise do acesso à APS para as pessoas com deficiência apoia-se em uma diversidade de estudos que abordam as dificuldades vivenciadas em relação ao resto da população, resultando em iniquidades. A problemática geral destaca a violação dos direitos humanos, em especial àqueles inerentes aos sistemas universais de proteção social e de saúde. Tal violação (Matin et al., 2021) precisa ser melhor compreendida e assimilada ao campo da saúde, dado que a reversão da injustiça social se vê limitada pela invisibilização desse grupo populacional e de suas necessidades nos estudos que avaliam a APS (Schultz & Alonso, 2016).

A efetivação do potencial de uma APS ampliada pressupõe um processo dialógico de produção de bem-estar; e precisa reafirmar que a deficiência, como um produto social, é relacional. Um conjunto de evidências revela que a desassistência pré-Sistema Único de Saúde (SUS) é persistente para as pessoas com deficiência, uma vez que seguem materializadas barreiras para a implementação de princípios fundamentais ao SUS e que, em parte, conformam a APS (acesso, vínculo, resolutividade, coordenação, integralidade, prevenção e promoção da saúde). Há anteparos ao exercício do direito à saúde, com impactos mais severos para as PcD decorrentes dos estigmas em torno delas, de uma saúde com foco biologicista, da fragmentação dos serviços e da comunicação inacessível (Othero & Dalmaso, 2009; Mattevi et al., 2012; Othero & Ayres, 2012). Ou seja, ainda que lacunas sanitárias não afetem somente o acesso das pessoas com deficiência, são produzidos efeitos mais severos para elas, sem que isso seja necessariamente localizado na literatura (Girondi & Santos, 2011). Mesmo diante das necessidades já identificadas, estudos apontam a precariedade da RAS em face da insuficiência da atenção especializada e da concentração da sua localização em grandes centros/capitais (Meade, Mahmoudi & Lee, 2014; Schultz & Alonso,

2016), das condições socioeconômicas e da vulnerabilização dos territórios. A vivência da deficiência e o acesso aos serviços de saúde são afetados pela combinação de fatores como gênero, cor e raça, etnia, pobreza, situando a pertinência de considerar como a justaposição dos sistemas de opressão afeta as iniquidades mobilizadas pela deficiência (Collins & Bilge, 2021). Tais estudos contribuem para desnaturalizar as desigualdades ampliadas pelo desmonte do SUS e da APS, afetado também pelo recente esvaziamento de recursos.

A literatura sobre a saúde da pessoa com deficiência destaca a existência de barreiras físicas (urbanísticas, arquitetônicas, nos transportes ou para o deslocamento), sinalizando que pessoas com deficiência física têm exercido maior vocalização dentre as PcD. Isso não significa que percebam a presença e extensão dos atributos de uma APS ampliada: apesar da melhoria na acessibilidade física de algumas Unidades Básicas de Saúde, ainda são precárias na acessibilidade sócio-organizacional para pessoas com todas as deficiências.

Ressalte-se que, mesmo nos estudos específicos sobre essa população, há pouca correlação entre as barreiras listadas na Lei Brasileira de Inclusão (LBI) — urbanísticas, arquitetônicas, nos transportes, nas comunicações e na informação, atitudinais e tecnológicas (Brasil, 2015) — e as vivenciadas na saúde. É razoável supor que a falta de participação das PcD na formulação de estudos, de políticas e nas avaliações dificulta o protagonismo e limita os resultados.

A exclusão do contexto e a percepção a-histórica de mundo levam à naturalização de sujeito, remetendo a uma visão biologizada da deficiência e biologicista da população (Oliveira & Cutolo, 2018), ancorando uma série de **barreiras atitudinais** que se materializam, posto que a deficiência é discutida e tratada como doença. Há predominância de estudos apoiados no modelo biomédico, resumindo as pessoas à sua limitação funcional e reproduzindo barreiras atitudinais que dificultam o entendimento da determinação social desse grupo populacional (Othero & Dalmaso, 2009; Matin et al., 2021). A linguagem dominante as reduz a rótulos de categorias subalternizadas e deficitárias, em um processo de naturalização da desumanização (Amorim et al., 2021).

O relato, de usuários e profissionais, da falta de competência e capacitação desses últimos para o cuidado à saúde, da sensação de despreparo e da vacância de ações de educação continuada é recorrente na literatura (Vieira, Nascimento & Attianezi, 2019; Lino et al., 2020; Maciel et al., 2020). O fato de que essa população não se encontra identificada no território, com suas especificidades, preferências e necessidades de saúde e de mediações mapeadas, configura impedimento da qualificação do cuidado prestado (Maia, Pagliuca & Almeida, 2014; Machado et al., 2018). Há também alternativas para a ampliação da resolutividade, a redução do sofrimento, além de diretrizes clínicas específicas para esse público que não se disseminam nos serviços. Assim, **barreiras atitudinais**

perenizadas pela corponormatividade afetam desproporcionalmente as PcD, resultando no impedimento do acesso, na falta de qualidade e da integralidade do cuidado (Girondi & Santos, 2011).

Barreiras organizacionais aparecem de forma recorrente na literatura, entretanto aquelas ampliadas em contato com a deficiência seguem invisibilizadas. No caso em tela, as barreiras referidas à fila, ao horário de atendimento para marcação de consulta, às práticas administrativas burocráticas, às informações sobre fluxo de cuidados e ausência do atendimento prioritário (Bowoniuk Wiegand & Leal de Meirelles, 2019) encontram-se majoradas pelo desconhecimento, não identificação no território (Tomaz et al., 2016) e pelas **barreiras comunicacionais e atitudinais**, a partir do entendimento que a APS não é lugar daquela pessoa (Vieira, Nascimento & Attianezi, 2019). Há tecnologias assistivas voltadas para aprimorar a comunicação e propiciar o envolvimento e ganho de autonomia por essas pessoas e suas famílias (linguagem simples, teletendimento em libras, comunicação aumentativa e alternativa e audiodescrição) (Cesa & Mota, 2015; Mélo et al., 2021; Barnsley, 2022) porém, seguem com disseminação limitada (Bowoniuk Wiegand & Leal de Meirelles, 2019), indicando que na APS ainda não se valoriza o protagonismo dessa população.

O acolhimento impedido pelas barreiras já citadas não propiciou a reorganização das ações (vínculo/longitudinalidade); as centrais de regulação são insuficientes para garantir o acesso, prejudicado também pela fragmentação do cuidado (coordenação/resolutividade); e o apoio diagnóstico e nos procedimentos/cirurgias é insuficiente/incipiente (resolutividade). Mesmo quando há tecnologia assistiva disponível no SUS, o desconhecimento do código/nomenclatura do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) não raro impede o acesso. Os estudos, em sua maioria, apresentam-se falhos em associar as especificidades da vulnerabilidade social das pessoas com deficiência aos seus processos de saúde e doença. A **barreira relacional** obstaculiza o vínculo e indica a importância da eliminação das **barreiras** listadas na LBI e de ações de promoção e apoio social que aumentem a condição de desenvolvimento das PcD, de familiares ou cuidadores (Vieira, Nascimento & Attianezi, 2019; Lino et al., 2020).

A coordenação do fluxo de cuidados costuma ser exercida pela família, reproduzindo e ampliando circuitos de desigualdade, e mantendo rígida a segregação e a percepção da deficiência como inerente à esfera privada. A promoção, o envolvimento comunitário, as políticas ou ações mais amplas voltadas ao familiar e à comunidade são pontuais, quando existentes, configurando relevante lacuna, dado que a APS deveria ser centrada no usuário, com enfoque na família e na atuação territorializada.

A atenção segue marcada pela desarticulação (Machado et al., 2018), pela descontinuidade e pela fragilidade, ressaltando-se a inviabilidade de promover

a integralidade sem a intersectorialidade das ações (Gironi & Santos, 2011). A falta de profissionais, de continuidade do cuidado e de adaptação necessária também despontaram como questões que obstaculizam a coordenação do cuidado, o vínculo e a integralidade, atributos essenciais da APS. Tais características limitam o acesso e a qualidade da atenção à saúde, em particular das PcD, uma vez que, em sua maioria, têm necessidade mais frequente dos serviços de saúde, pontuando efeitos desiguais quando há falhas na coordenação do fluxo de cuidados. Os estudos também são insuficientes em associar a exclusão aos processos de saúde e doença.

Considerações finais

Tanto a instituição de uma Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, que preconiza a participação, a integralidade e a resolutividade, quanto a institucionalização da LBI, que define como crime a discriminação da pessoa em função da deficiência, conquanto iniciativas meritórias, não foram suficientes para efetivar os direitos humanos e aqueles relativos à saúde. Os avanços observados na implantação de uma atenção primária abrangente não se materializam da mesma forma para as pessoas com deficiência. O termo resumido na sigla *PcD* engloba vasta diversidade humana que, em interação com os espaços e equipamentos sociais, enfrenta obstáculos de portes variados.

Os estudos, em conjunto, desnudam a precariedade da rede, a inadequação dos serviços e dos trabalhadores por falta de formação adequada desde a graduação, além do desconhecimento sobre as especificidades das pessoas com deficiência; explicitam a não participação na tomada de decisão, planejamento e programação e avaliação das ações; apontam a reprodução de um conjunto de barreiras socioeconômicas, culturais, comportamentais, comunicacionais e organizacionais; e tratam da perda de oportunidades pela não incorporação de soluções tecnológicas diversas, já divulgadas em nichos do mercado, que podem melhorar a qualidade de vida e dar novas perspectivas ao cuidado continuado.

A manutenção de barreiras na APS pontua anteparos ao exercício do direito à saúde desta população que segue atendida de forma precária e fragmentada. A correlação dessas barreiras com a falta de qualidade do cuidado, o risco e o sofrimento aumentados, o desperdício e a disfunção do sistema é insuficiente na literatura, permitindo inferir que a corponormatividade leve ao entendimento limitado dos estigmas associados às pessoas com deficiência. A falta de convivência impede a sensibilização e a priorização de questões necessárias; a inclusão e a acessibilidade costumam ser entendidas como sinônimos, constituindo mais lacunas resultantes do olhar hierarquizado. A condição de ter deficiência

é permeada por estigmas, conflitos e desigualdades, resultando em barreiras ao diagnóstico, ao letramento e ao engajamento das PcD e na negligência desse público nas ações e estratégias de saúde universais; e apontando a pertinência da abordagem interseccional. Em suma, a *ausência de acolhimento, desconhecimento* e uma série de *barreiras* interpelam o *vínculo* e obstaculizam a reorganização das ações (*atenção no primeiro contato/longitudinalidade*); as centrais de regulação são insuficientes para garantir o acesso (*coordenação/resolutividade*); o cuidado matricial e o apoio diagnóstico e nos procedimentos/cirurgias é insuficiente/incipiente (*acesso/integralidade/resolutividade*). Mesmo quando há tecnologia assistiva/serviço disponível no SUS, o desconhecimento não raro impede o *acesso*. A falta de *vínculo* e o descaso com a *coordenação* (percepção de não pertencimento) não oportunizam o cuidado centrado e protagonizado pelo usuário, sua família e menos ainda a sua ressignificação no território (*orientação familiar e comunitária e competência cultural*).

Quando se pensa em uma APS comprometida com a equidade, é incapável a promoção de ações para a ressignificação das pessoas com deficiência em sua comunidade. Isso exigiria um processo formativo permanente para os trabalhadores, favorecendo o encontro intersubjetivo. A qualificação da APS — particularmente para essas pessoas, mas não exclusivamente a elas — pressupõe fortalecer a base comunitária e territorial, com pessoal e recursos físicos e tecnológicos adequados.

A potencialidade da qualificação do cuidado da saúde das PcD e a necessidade de levantamento de informações sobre seus territórios existenciais têm sido ignoradas por gestores, até mesmo como uma oportunidade de aprimorar o SUS como um todo. Os fluxos de cuidado das pessoas com deficiência são privilegiados para o mapeamento das falhas persistentes da RAS, reforçando a pertinência da realização de pesquisas avaliativas de itinerários terapêuticos e marcadores de morbimortalidade. Sem o que, é impossível produzir conhecimento capaz de fomentar um SUS para todos.

É necessário fortalecer os mecanismos de regulação, promover a busca ativa desta população no território, conhecer suas necessidades e oportunizar um cuidado apoiado na prática dialógica, tecida no encontro intersubjetivo. Sem isso, o modelo civilizatório de APS defendido no SUS seguirá no campo do ideal para a população em geral e no da fantasia para as pessoas com deficiência. Há de romper o silenciamento da comunidade e das famílias e com a acomodação dos profissionais em face do desafio de promover ações integrativas e articuladoras do cuidado desses usuários.

Urge denunciar que o contexto de políticas de austeridade que impõem um novo ciclo de pobreza e exclusão ameaçam o modelo civilizatório institucionalizado na Constituição de 1988. As reformas recentes favorecem a acepção da

saúde como um bem econômico e não como um direito humano, prejudicando o compartilhamento do risco social de saúde e do modelo universal. E afetando desproporcionalmente as pessoas com deficiência.

Referências

- AMORIM, A. C. et al. A linguagem como operadora do déficit na cultura: O viés capacitista na saúde e educação. *Res Soc Dev*, 10(9), 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17889>. Acesso em: 2 set. 2024.
- BARNESLEY METROPOLITAN BOROUGH COUNCIL. *Easy read information*, 2022. Disponível em: <https://www.barnsley.gov.uk/services/accessibility/easy-read-information/>. Acesso em: 13 dez. 2023.
- BENTES, I. M. S.; VIDAL, E. C. F. & MAIA, E. R. Percepção da pessoa surda acerca da assistência à saúde em um município de médio porte: estudo descritivo-exploratório. *Online braz. j. nurs.*, Niterói, 10(1), 4 maio 2011. Disponível em: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3210.2/j.1676-4285.2011.3210.1>. Acesso em: 2 set. 2024.
- BOWONIUK WIEGAND, B. & LEAL DE MEIRELLES, J. M. Saúde das pessoas com deficiência no Brasil: uma revisão integrativa na perspectiva bioética. *Rev. latinoam. bioet.*, Bogotá, vol. 19, n.º 2, pp. 29-44, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.18359/rlbi.3900>. Acesso em: 1.º set. 2024.
- BRASIL. *Lei n.º 13.146*, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 30 ago. 2024.
- CAMPBELL, F. K. Inciting Legal Fictions: 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. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/29455032_Inciting_Legal_Fictions_Disability's_Date_with_Ontology_and_the_Ableist_Body_of_the_Law. Acesso em: 3 set. 2024.
- CARVALHO, C. F. S.; BRITO, R. S. & MEDEIROS, S. M. Contextual analysis of gynaecological care provided to women with physical disability. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, vol. 35, n.º 4, pp. 114-7, dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.45335>. Acesso em: 30 ago. 2024.
- CASTRO, A. M. M. et al. Barreiras ao acesso a serviços de saúde à pessoa com deficiência no Brasil: uma revisão integrativa. *Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva*, Salvador, vol. 2, n. e11351, pp. 1-25, 2021; Disponível em: <https://revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/11351>. Acesso em: 2 set. 2024.

- CAVALCANTE, F. G. & MINAYO, M. C. S. Representações sociais sobre direitos e violência na área da deficiência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 14, n.º 1, pp. 57-66, jan. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100011>. Acesso em: 1.º set. 2024.
- CESA, C. C. & MOTA, H. B. Comunicação aumentativa e alternativa: panorama dos periódicos brasileiros. *Rev CEFAC*, São Paulo, 17, p. 264-9, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-021620150114>. Acesso em: 1.º set. 2024.
- COLLINS, P. H. & BILGE, S. *Interseccionalidade*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2021, 288p.
- DIAS, S. S. & OLIVEIRA, M. C. S. L. Deficiência intelectual na perspectiva histórico-cultural: contribuições ao estudo do desenvolvimento adulto. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Corumbá, vol. 19, n.º 2, 2013, pp. 169-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-65382013000200003>. Acesso em: 3 set. 2024.
- FARIAS, N. & BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*, São Paulo, 8(2), pp 187-93, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>. Acesso em: 2 set. 2024.
- FROHMADER, C. & SWIFT, K. Using a Holistic Human Rights Framework to Advance the Rights of Women and Girls with Disability. *Women with Disabilities Australia (WWDA)*, Hobart, Australia, 2016. Disponível em: https://wwda.org.au/wp-content/uploads/2016/09/5ea654fbfc3264bb63be3009_Using-a-holistic-human-rights-framework-to-advance-the-rights-of-women-and-girls-with-disability-Accessible-word.doc.pdf. Acesso em: 30 ago. 2024.
- GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 23, n.º 6, pp. 1.763-76, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>. Acesso em: 10 set. 2024.
- GIRONDI, J. B. R. & SANTOS, S. M. A. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, vol. 32, n.º 2, p. 378-84, jun. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200023>. Acesso em: 2 set. 2024.
- LINO, I. G. T. et al. Desafios para o cuidado às famílias de crianças com deficiência na atenção primária à saúde. *REME - Rev Min Enferm.*, Belo Horizonte, vol. 24, n.º 1, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1149517>. Acesso em: 3 set. 2024.
- MACHADO, W. C. A. et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, vol. 27, n.º 3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004480016>. Acesso em: 2 set. 2024.

- MACIEL, F. J. et al. Análise espacial da atenção especializada na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: o caso de Minas Gerais. In: *CoDAS*. SciELO Brasil, vol. 32, n.º 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202018104>. Acesso em: 1.º set. 2024.
- MAIA, E. R.; PAGLIUCA, L. M. F. & ALMEIDA, P. C. Aprendizagem do agente comunitário de saúde para identificar e cadastrar pessoas com deficiência. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, 27, pp. 326-32, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400055>. Acesso em: 30 ago. 2024.
- MATIN, B. K. et al. Barriers in access to healthcare for women with disabilities: a systematic review in qualitative studies. *BMC Women's Health*, 21, p. 44, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01189-5>. Acesso em: 2 set. 2024.
- MATTEVI, B. S. et al. Quality of care, quality of life, and attitudes toward disabilities: perspectives from a qualitative focus group study in Porto Alegre, Brazil. *Revista panamericana de salud publica*, Washington, D.C., vol. 31, n.º 3, pp. 188-96, mar. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22569692/>. Acesso em: 30 ago. 2024.
- MEADE, M. A.; MAHMOUDI, E. & LEE, S-Y. The intersection of disability and healthcare disparities: a conceptual framework. *Disability and Rehabilitation*, Ann Arbor. Disabil Rehabil Downloaded from informahealthcare.com by Michigan University, 25 jul. 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/264246001_The_intersection_of_disability_and_healthcare_disparities_A_conceptual_framework. Acesso em: 3 set 2024.
- MEDEIROS, T. M. de et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência visual nos serviços de saúde. *Rev Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, 25, p. e11424, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11424>. Acesso em: 2 set. 2024.
- MELLO, A. G. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 21, n.º 10, pp. 3.265-76, out. 2016. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.07792016>. Acesso em: 2 set. 2024.
- MÉLO, C. B. et al. Teleconsulta no SUS durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. *Res Soc Dev*, 10(8), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17675>. Acesso em: 1.º set. 2024.
- OLIVEIRA, I. C. & CUTOLO, L. R. A. Integralidade: algumas reflexões. *Rev Bras Educ Med*, Brasília-DF, 42, pp. 146-52, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3RB20170102r1>. Acesso em: 2 set. 2024.
- 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 – Comunic., Saúde, Educação*, Botucatu, vol. 16, n.º 40, pp. 219-33, jan.-mar. 2012.

- Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop1212.pdf>. Acesso em: 1.º set. 2024.
- OTHERO, M. B. & DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface – Comunic., Saúde, Educação*, Botucatu, vol. 13, n.º 28, pp. 177-88, jan. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000100015>. Acesso em: 1.º set. 2024.
- PELEGRINI FILHO, A. P.; BUSS, P. M. & ESPERIDIÃO, M. A. Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais de saúde, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis. In: PAIM, J. S. & ALMEIDA-FILHO, N. (orgs.). *Saúde Coletiva. Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2013, pp. 305-26.
- SALVADOR-CARULLA, L.; LUKERSMITH, S. & SULLIVAN, W. From the EBM pyramid to the Greek temple: a new conceptual approach to Guidelines as implementation tools in mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Cambridge, 26(2), pp. 105-14, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28290273/>. Acesso em: 24 ago. 2024.
- SCHULTZ, T.G. & ALONSO, C.M.C. Cuidado da criança com deficiência na APS. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v 24, n. 3, p 611-619, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0697> Acesso em: 3 set. 2024.
- SULLIVAN, W. F. et al. Primary care of adults with intellectual and developmental disabilities: 2018 Canadian consensus guidelines. *Can Fam Physician*, Mississauga, Ontário, 64(4), pp. 254-79, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29650602/>. Acesso em: 2 set. 2024.
- TOMAZ, R. V. V. et al. Políticas públicas de saúde para deficientes intelectuais no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 21, n.º 1, pp. 155-72, jan. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.19402014>. Acesso em: 2 set. 2024.
- VIEIRA, D. K. R.; NASCIMENTO, S. M. & ATTIANEZI, M. Percepção/escuta dos profissionais da atenção primária sobre práticas de cuidado à pessoa com deficiência e/ou doenças raras. In: VIEIRA, D. K. R. (org.). *Pessoas com deficiência e doenças raras*. 1.ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2019, pp. 63-74.
- VIEIRA, D. K. R. Apresentação: Conhecendo as políticas públicas da área e dimensionando o problema. In: VIEIRA, D. K. R. (org.). *Pessoas com deficiência e doenças raras*. 1.ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2019, pp. 11-24.

Capítulo 7

O direito humano à saúde na atenção às urgências e no acesso hospitalar

Gisele O'Dwyer

Mariana Konder

Maria Helena Barros de Oliveira

A compreensão de que a saúde é um direito humano nos remete a uma visão que aborda as populações que se encontram em estados de vulnerabilidade, partindo da premissa de que seus direitos são fundamentais e, como consequência, a inviolabilidade deles é radicalizada.

A dor e o sofrimento humano que se apropriam de corpos sociais em momentos de crise, como o das urgências, deverão encontrar um espaço privilegiado do exercício e o respeito à dignidade da pessoa humana. É nesse sentido que entendemos os direitos humanos. “O conceito de Direitos Humanos é uma construção histórica que vem sendo elaborada e refinada, principalmente, ao longo das últimas décadas” (Pimentel, 2020, p. 21).

A premissa básica de nosso debate é de que o sofrimento não pode ser banalizado e por isso apresentaremos a discussão dos direitos humanos nos espaços de atenção às urgências valendo-se de três tópicos.

No primeiro abordamos o Sistema Único de Saúde (SUS) e os desafios de ofertar um cuidado digno, compatível com a perspectiva dos direitos humanos. No segundo tópico fazemos uma análise de um universo mais amplo, em que o descumprimento dos direitos humanos é discutido à luz da Saúde global. E no terceiro tópico nos debruçamos na prática assistencial produzida pelos trabalhadores de saúde e seu impacto nos direitos humanos em saúde.

O SUS e seus espaços de atendimento às urgências

O Brasil inaugurou o SUS há pouco mais do que três décadas. Muito foi realizado desde então, mas alguns entraves precisam ser destacados. O atendimento às urgências, no âmbito hospitalar, era o principal espaço de atendimento antes do SUS, considerando que o atendimento era atrelado ao trabalho regularizado, portanto, longe de ser universal. Ao ser universalizado pelo SUS nos deparamos com uma rede hospitalar tensionada pela demanda atualizada, pela universalidade e por um aumento expressivo da população brasileira. Portanto, o SUS nasce com a missão de compatibilizar uma demanda reprimida com uma oferta insuficiente de espaços de atenção.

Na sua origem, o SUS faz a acertada opção de investir na Atenção Primária em Saúde (APS) como modelo de atenção, no qual a Saúde da Família é definida como estratégia para coordenação da rede de atenção, tornando-se o primeiro contato do usuário na rede, responsável por atender 80% das demandas de saúde da população e atuar sob os princípios da equidade, da longitudinalidade, da universalidade, da orientação comunitária, da territorialização e da atuação multidisciplinar — todos princípios emancipadores e legítimos para o SUS (Giovanna & Mendonça, 2012).

A ordenação do cuidado pela APS é, por si só, uma escolha promotora de direitos humanos. Entretanto, persistem problemas de cobertura, de falta de profissionais nas equipes, de número excessivo de pessoas cadastradas por equipe, entre outros. A APS que iria desafogar os serviços de urgência, não logrou, até o momento, melhorar a situação dos hospitais e outros equipamentos de urgência. E o investimento na APS produziu, como consequência, um desinvestimento no componente hospitalar do sistema.

O atendimento à urgência foi implementado mediante uma normatização federal, sob o formato de portarias, alguns anos depois da APS, no ano de 2003. Não significa que ele não era estabelecido, mas ganhou estatuto de política pública com formalização de equipamentos antigos e implantação de novos serviços, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). É no interior

de uma Rede de Atenção às Urgências que será localizado o debate inicial. No Brasil, a rede de urgência destaca-se como uma rede prioritária. De um contexto em que a atenção às urgências se restringia, em larga medida, a uma rede de prontos-socorros heterogênea e fragmentada. Busca-se migrar para uma rede organizada contemplando todas as etapas do cuidado (O'Dwyer & Konder, 2022).

Apesar do volumoso e extenso investimento nos diversos componentes da Rede de Atenção às Urgências, a experiência dos usuários continua sendo a de acesso limitado, quando não interdito, e de muita luta e sofrimento para terem suas demandas atendidas. Desenha-se nesse espaço, uma verdadeira violação dos direitos humanos. Temos frequentemente uma situação de atendimento demorado, quando de fato acontece, orientado para a queixa e completamente deslocado do restante da rede. A superlotação das emergências hospitalares sintetiza bem esse fenômeno, tornando-se o local onde a violação de direitos é mais intensamente vivenciada pelo usuário. A rede hospitalar encontra-se no centro das respostas para essa experiência, considerando que o hospital é o lugar das urgências mais graves, onde o risco de vida é iminente.

Infelizmente, pouco foi feito pelo hospital ao longo de mais de três décadas de desenvolvimento do SUS. Existe uma precariedade sustentada ao longo dos anos, produzindo sistematicamente sofrimento ao paciente, com significativas consequências, como aumento da morbidade e da mortalidade. E, como já enunciado, o sofrimento não pode ser banalizado (O'Dwyer & Konder, 2022).

A banalização da experiência de não ser atendido ou ser mal atendido nos serviços de urgência resulta em prejuízo para a saúde dos brasileiros e configura violação persistente do direito à saúde, já que é um fenômeno frequente e pouco enfrentado. Não quer dizer que o problema foi ignorado, algumas portarias ao longo dos últimos anos foram editadas para garantir recursos para melhoria das emergências hospitalares, em especial para grandes hospitais, com avanços como definição de linhas de cuidado prioritárias, como trauma, acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio.

Essas reformas atuam sobre problemas clínicos importantes, com grande impacto, mas seguramente não enfrentam a violação do direito humano no SUS. É certo que o não respeito aos direitos humanos não é privilégio do campo das urgências. No entanto, a experiência vivida em contexto de urgência amplifica o sofrimento e o desprezo pela dignidade daqueles que são negligenciados.

Serviços de emergência hospitalar lotados, com pacientes acomodados em macas e cadeiras, quase sempre situados em corredores de passagem, sem receber avaliação regular por profissionais de saúde, que estão sobrecarregados, cansados e desestimulados, resultam por vezes na deterioração do estado de saúde dos pacientes mesmo dentro de um hospital, para desespero dos familiares.

Esse é um cenário corriqueiro no país, fortemente explorado pela mídia e produtor de doença e de descrédito com o sistema. Sofrem a população, os profissionais e os gestores. No Brasil, a superlotação das emergências hospitalares é um problema que afeta todos os estados de forma sistêmica, rotineira e mais frequentemente em hospitais de maior porte, os mais resolutivos e sobrecarregados, localizados nas grandes cidades. O fenômeno ‘superlotação’ das emergências hospitalares é mundial, independe de sistemas universais ou privados, com enfrentamentos menos ou mais bem-sucedidos, dependendo do país (Bittencourt et al., 2020).

Nesse contexto, mais fragilizados ficam os grupos vulneráveis que são mais suscetíveis a carências materiais, psicológicas e sociais, que desestabilizam e produzem necessidades em saúde mais frequentes e complexas. O recurso dessas pessoas aos serviços disponíveis 24 horas muitas vezes é a única opção, ainda que sejam espaços pouco acolhedores às suas vulnerabilidades. Deparam-se com serviços, marcados por uma lógica mais tecnicista de identificar necessidade em saúde, sobrecarregados e nem sempre adequadamente equipados.

Essa combinação produz violência institucional. E quem são as pessoas mais sujeitas a essa violação? São os usuários frequentes, idosos, doentes crônicos, pessoas com urgências sociais, pacientes com sofrimento psíquico e problemas mentais, pessoas em conflito com a justiça, mulheres com urgências ginecológicas ou vítimas de violência, pacientes terminais, população negra e indígena, e população LGBTQIA+.

Ou seja, essa legião de pessoas convive com um grupo com uma demanda identificada como mais ‘legítima’, os infartados, atropelados, entre outros, que também têm seus direitos violados em serviços desestruturados, mal financiados e pouco articulados com a rede assistencial. Quando um paciente portador de uma doença não consegue acessar recursos diagnósticos e terapêuticos de forma oportuna, o agravamento de sua condição termina por conduzi-lo aos serviços de urgência, como único espaço de tratamento disponível.

O cuidado ao câncer figura como bom exemplo deste fenômeno de violação sistemática do direito à saúde. É uma doença com incidência crescente, que não é identificada precocemente, não é efetivamente prevenida, apesar de todo conhecimento produzido sobre o tema.

Às dificuldades de acesso ao sistema de saúde soma-se uma baixa percepção de necessidade de atenção à própria saúde, fenômeno que se atribui principalmente à pobreza que atinge grande parte da população, produzindo uma legião de pessoas excluídas do sistema que, em algum momento, acessarão o SUS, quase que exclusivamente por meio dos serviços de urgências.

Mas, vamos localizar o problema em um nível mais global?

Saúde global e violação dos direitos humanos em países de menor renda

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo XXV, define que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe saúde e bem-estar. Esse direito se consubstancia no acesso à alimentação, ao vestuário, à habitação, aos cuidados médicos e aos serviços sociais indispensáveis.

A Constituição Federal de 1988 constituiu-se em uma política estruturante de Estado para garantia de direitos humanos. Atribui-se ao Estado o dever de garantir saúde como direito. O texto constitucional ainda se desdobra, na saúde, em princípios e diretrizes emancipadores como universalidade, integralidade e equidade, o que significa que todos os níveis do sistema precisam estar disponíveis para todos os cidadãos independentemente de raça, religião, gênero ou nível social, em especial para as pessoas mais vulneráveis e com necessidades especiais.

No entanto, este dever do Estado brasileiro deve ser compreendido à luz do contexto global, que tem especial impacto sobre os países mais pobres, produzindo iniquidades cuja origem é política. Há uma distribuição de riscos para a saúde muito desigual entre os países, restringindo os direitos à saúde, independentemente do tipo de sistema que organiza a prestação dos serviços de saúde.

Nesse sentido, é fundamental reafirmarmos a importância da reflexão sobre justiça e dignidade humana. A afirmação de que “todos são iguais perante a lei”, esconde o fato de que “os homens, de fato, não nascem livres nem iguais”, mas apenas no contexto democrático algumas dessas diferenças podem ser minimizadas (Oliveira, 2018, pp. 370-4).

O setor Saúde, apesar de ter um papel crucial no combate às desigualdades de saúde, frequentemente se depara com situações geradas pela globalização, em que seus esforços conflitam com os interesses distintos de poderosos atores globais. Esse fenômeno envolvendo as instituições, as relações e os processos complexos formais ou informais entre Estados, mercados, cidadãos e organizações, intergovernamentais ou não governamentais, integra o conceito de governança global. Grandes empresas transnacionais exercem enorme poder econômico, podendo promover seus interesses em processos de governança global e nos mercados globais. São empresas de tabaco, bebidas, alimentos, farmacêuticas, entre outras. A assimetria na distribuição de poder limita o escopo de ação para combater às iniquidades em saúde (Ottersen et al., 2014).

A assimetria de poder deriva, em grande medida, da distribuição distorcida de riqueza entre atores. Países de alta renda detêm dois terços do Produto Interno Bruto (PIB) mundial, mas abrigam somente 16% da população global (Ottersen et al., 2014).

As iniquidades em saúde são uma tragédia global, incluindo desde determinantes sociais da saúde até agravos de saúde específicos. Como exemplos, a fome crônica, a desnutrição como causa de mortalidade infantil e a expectativa de vida, todos os indicadores que refletem piores índices de desenvolvimento humano. Há um indicador estarrecedor, proveniente do patriarcado, que reflete o machismo; no mundo todo, mulheres enfrentam desigualdades no que tange aos seus direitos reprodutivos e sexuais. “Se as mulheres não têm o direito de escolher o que acontece com nosso corpo, arriscamos renunciar direitos em outras áreas da vida” (hooks, 2022, p. 54).

No Brasil, no campo da assistência à saúde, especificamente, temos um cenário de elevada dependência de importações para os segmentos farmacêutico e de equipamentos médico-hospitalares. A indústria farmacêutica brasileira é atualmente fortemente dependente de importações que foram privilegiadas em detrimento da produção doméstica. Esse cenário é produto tanto de opções políticas locais, como de estratégias globais das empresas multinacionais, que desativaram unidades farmoquímicas nacionais, concentrando a produção e impondo a importação de produtos da matriz ou de outras subsidiárias.

A mensagem predominante desta análise sobre governança global no campo da Saúde é que as graves iniquidades em saúde são moralmente inaceitáveis, e a garantia de que a atividade econômica transnacional não impeça as pessoas de atingirem seu pleno potencial de saúde é uma responsabilidade política global. As causas mais profundas das iniquidades em saúde não têm caráter técnico, desprovido de interesses conflitantes e assimetrias de poder, estão ligadas à justiça e à equidade e não à variação biológica. A saúde é condição, consequência e indicador de uma sociedade sustentável e deve ser adotada como valor universal e objetivo social e político por todos (Ottersen et al., 2014). Trata-se, portanto, de uma justiça seletiva e aparelhada.

O direito à saúde não se completa como o acesso a outras dimensões básicas da vida, como moradia, educação, nutrição, lazer, cultura e saneamento, permanece interdito ou precário. O acesso aos serviços de saúde é elemento fundamental da materialização do direito à saúde. Mais do que isso, é preciso garantir acesso oportuno ao cuidado adequado. No entanto, para modificar tanto os determinantes macros quanto os micros exige-se posicionamento e luta política.

Para introduzir o último tópico, afirma-se que, para haver direito humano na saúde, é imprescindível a conformação estrutural dos serviços de diferentes níveis e funções, conceito compatível com a integralidade da assistência.

Importa salientar que há um grave problema estrutural no SUS, mas também de gestão de pessoas, que inclui a educação permanente e a cultura do direito, da igualdade e da solidariedade.

Produção de direitos humanos no encontro profissional/ usuário

Partindo da premissa de que apresentamos falências do SUS no intuito de produzir reflexão, vamos lembrar de outro aspecto fundamental para o SUS, o valor, a imagem e a confiança que esperamos que ele alcance na população.

Giddens (2002), sociólogo contemporâneo que estudou a Modernidade, conceituou sistemas abstratos de confiança como sistemas complexos, de difícil compreensão para leigos, que, no entanto, fazem parte da vida moderna e, por isso, devem imprimir confiança. A confiança é construída por meio de ‘pontos de acesso’, e exemplifica com a aviação e a medicina. Desde o surgimento da internet e do Google, a medicina deixou de ser um mistério inatingível. Porém, a implicação dos ‘pontos de acesso’ como produtores da confiança nos sistemas abstratos não perdeu validade. E o que seriam os pontos de acesso no SUS? As experiências da população com os profissionais de saúde e os serviços.

Imagina-se que os profissionais com vínculos precários, mal pagos, esgotados, sobrecarregados e adoecidos (Machado et al., 2023) têm perdido sua capacidade de produzir confiança estabelecida a cada contato. A APS é o local preferencial de vínculo profissional/usuário e, apesar de suas muitas contradições, tem cumprido seu papel de acolhimento de local de primeiro contato, de escolha do paciente. Ou seja, tem-se produzido algum grau de confiança nesse nível de atenção.

Mas, voltemos para as urgências. O que caracteriza este espaço de atenção? Os usuários não são conhecidos, as doenças são graves e os serviços são precários. Então, o ambiente em si é produtor de desconfiança. Agrava-se o cenário com a desestruturação das carreiras de saúde no serviço público. Como implicar um profissional que trabalha como plantonista em um serviço uma vez por semana? A precarização do trabalho em saúde traduz uma falência do Estado.

Espera-se que não haja dúvidas de que os autores não pretendem culpabilizar os profissionais. Apenas refletir sobre o atual cenário de práticas no SUS e as novas exigências do campo. Compreendendo que estamos no contexto complexo, que repercutem grandes implicações nas práticas dos profissionais de saúde.

A população brasileira tem experimentado muitos desencontros nos serviços de saúde, principalmente nos serviços de urgência. Essa experiência negativa

gera um imaginário popular de que o SUS presta um mau serviço. Já há muitas experiências reais de má prestação de serviço, portanto, não ajuda em nada uma desconfiança prévia construída culturalmente. Daí a enorme importância do SUS, em suas diversas atividades, qualificar seus “pontos de acesso” para construir a confiança no sistema. Para tal, é necessário buscar: capacidade dialógica dos profissionais; permeabilidade da racionalidade médica a aspectos não técnicos; democratização dos serviços; valorização da prática clínica; novos paradigmas gerenciais, e uma atitude ética e emancipadora. É essa expectativa que nos moveu durante a realização deste capítulo. E nesse sentido, estamos voltando nossa lente para uma visão acolhedora e solidária, que só é possível ser expressa com base no olhar dos direitos humanos na saúde.

Todos os argumentos apresentados confluem para a essencialidade de praticar um SUS emancipatório, pautado na universalidade, na integralidade e na equidade, e produtor de direitos sociais. Discutimos, mesmo que de forma preliminar, como as conjunturas global, política e econômica afetam as nações e os sistemas de saúde.

E por fim, problematizamos a necessidade de investir no capital mais precioso do SUS, seus profissionais. Eles podem, sim, produzir um cuidado pautado nos direitos humanos. Mas, não podemos desconsiderar que eles têm sido aviltados nos seus direitos e sobrecarregados em uma lógica produtivista que não combina com a produção de saúde.

Que não esqueçamos de lutar contra as insuficiências estruturais do SUS e contra as violações dos direitos humanos traduzidas na não concretização da integralidade, da universalidade e da equidade nos serviços públicos de saúde. E que valorizemos os profissionais de saúde, porque é deles a prerrogativa de se relacionarem de forma digna com o usuário.

Referências

- BITTENCOURT, R. J.; STEVANATO, A. M.; BRAGANÇA, C. T. N. M.; GOTTEMS, L. B. D. & O'DWYER, G. Interventions in overcrowding of emergency departments: an overview of systematic reviews. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 54(66), 2020. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002342>. Acesso em: 2 dez. 2024.
- GIDDENS A. *As consequências da modernidade*. 2.^a ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- GIOVANELLA, L. & MENDONÇA, M. H. M. de. *Atenção Primária à Saúde*. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2.^a ed.

- Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 493-546. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/c5nm2>. Acesso em: 2 dez. 2024.
- hooks, b. *O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras*. Rio de Janeiro: Rosas dos Tempos, 2022, p. 176.
- MACHADO, M. H. et al. Transformações no mundo do trabalho em saúde: os(as) trabalhadores(as) e desafios futuros. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 28(10), pp. 2.773-84, 2023. DOI: 10.1590/1413-812320232810.10702023.
- O'DWYER, G. & KONDER, M. *Acesso às urgências e atenção hospitalar: uma questão de direitos humanos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2022, 168 p., ISBN: 978-65-5708-142-6.
- 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*, Rio de Janeiro, 12(4), out.- dez. 2018.
- OTTERSEN, O. P. et al. As origens políticas das inequidades em saúde: perspectivas de mudança. *The Lancet*, Londres, fev. 2014. Versão em português, mai. 2014.
- PIMENTEL, S. A mulher e os direitos humanos. In: SEVERI, F. C.; CASTILHO, E. W. V. & MATOS, C. (orgs.). *Tecendo Fios das Críticas Feministas ao Direito no Brasil II: direitos humanos das mulheres e violências: os nós de ontem: textos produzidos entre os anos de 1980 e 2000*, vol. 1. Ribeirão Preto: FDRP/USP, 2020, pp. 21-33.

Capítulo 8

**Idiossincrasias surdas: para além das discussões
entre sinalizados e oralizados¹**

*Armando Guimarães Nembri
Lais Silveira Costa
Maria Helena Barros de Oliveira*

*É preciso estar aberto para novas ideias; ter disposição para
explorar modos diferentes de fazer as coisas e, principalmente, ir
além... muito além dos nossos paradigmas, crenças, dogmas, certezas e
verdades.²*

1 Título com referência aos Surdos Sinalizados, que têm, como língua materna, a Língua Brasileira de Sinais (Libras), e utilizam a Língua Portuguesa em sua modalidade escrita, e aos Surdos Oralizados que têm, como língua materna, a Língua Portuguesa, tanto na modalidade oral como na modalidade escrita (não costumam utilizar a Libras).

2 Nossa contribuição.

Apresentação

O presente trabalho, para melhor entendimento, considera que todos os indivíduos com perda auditiva estão sob a chancela da surdez; das variadas identidades surdas até — mais explicitamente — os Surdos Sinalizados, os Surdos Oralizados e os Surdos Bilíngues.³

Importante lembrar da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência — o mais rápido tratado negociado de direitos humanos — assinada em dezembro, de 2006, em Nova York, na Organização das Nações Unidas (ONU). A mencionada convenção foi ratificada no Brasil por intermédio do Decreto n.º 6.949/2009, que, entre outras questões, faculta a qualquer cidadão o direito à autodeterminação, uma condição de *status* constitucional.

Outrossim, parte-se do princípio de que é necessário, depois de milênios, difundir a História Surda com genuíno olhar surdo,⁴ bem como iniciar, no Brasil e, quiçá, na América do Sul — sob a ótica de uma parceria jamais imaginada antes — a ascensão do coletivo surdo em sua busca pela aproximação com o mundo ouvinte. Com epistemes a proporcionar a contação de uma nova história. Epistemes surdas com parceria ouvinte.

O problema da surdez, da forma como é tratado (generalizadamente) por Surdos e Ouvintes, está intimamente ligado — por mais redundante que possa parecer — ao “ter audição ou não ter audição” e raramente ao fato do “saber escutar ou não saber escutar”. Vive-se em uma sociedade onde as pessoas que a compõem, algumas delas, apesar de “terem audição”, não têm, necessariamente, a capacidade de “saber escutar”. E essa é, hoje, em alguns círculos de influência conscienciosos, uma discussão das mais oportunas e não só pelos que vivenciam a Comunidade Surda.

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 compaixividade como o melhor do ser humano parece ainda incipiente e pouco difundido, em que o apelo ao diálogo intercultural ainda é incompreendido, tendo uma das razões ligada à onda de culturicídio e de epistemicídio ainda em ação em pleno século XXI.

3 Provocativamente, todos os Surdos aqui mencionados — com seus respectivos “adjetivos” — com suas iniciais maiúsculas.

4 O Coletivo Surdo — minoritário — necessita rever sua história com os seus próprios olhos e adotar a postura bilíngue, no caso, L1 – Libras e L2 – modalidade escrita (inicialmente) da Língua Portuguesa, como forma de aproximação com Ouvintes e como condição essencial para a gênese do senso de pertencimento que proporciona a segurança psicológica para uma convivência plena como cidadãos ativos.

Quanto ao culturicídio, Haas (2024, Apresentação à segunda edição), nos convida à reflexão quando afirma que

Os últimos 500 anos foram marcados pela chamada “modernidade”, era de ocultamento das diversas culturas do mundo, que se iniciou com o processo de colonização das Américas, caracterizado pela uniformização dos valores e homogeneização dos saberes pelos países considerados “desenvolvidos”.

Expressando suas ideias, acrescenta Haas (2024):

O diálogo intercultural é um enorme desafio, mas quem disse que o caminho é fácil? Este diálogo exige uma mudança de postura: a disposição de ouvir o outro sem hegemonias. O outro não será aquele que ameaça, aquele que é menos. Na postura colonial da modernidade o outro é menos, animalizado, brutalizado e pode ser exterminado, ou então, quando a postura do “civilizador” é “boa”, este outro, que continua sendo menos, deve ser transformado na imagem e semelhança do “civilizador”. **Na busca do diálogo intercultural não poderá existir posição hegemônica; não é possível consensos em relações de opressão** (Magalhães apud Haas, 2024, Prefácio à primeira edição, destaque nosso).

Somos, por excelência, multiculturais, mas desconhecemos a força da interculturalidade que, geralmente, representa o que se defende neste trabalho, isto é, o diálogo entre diferentes culturas de um mesmo país; no caso, Surdos Sinalizados, Surdos Oralizados, Surdos Bilíngues e Ouvintes.

O desconhecimento Ouvinte, com relação às diversas identidades surdas, é desconcertante. Para quem vivencia cotidianamente a questão, como é o caso aqui, a situação é dolorosamente exaustiva. Um dos autores deste trabalho vive a experiência da surdez profunda “na pele” todo santo dia de sua vida — desde o nascimento — para afirmar isso. Os Surdos da academia (já os temos, no Brasil, como especialistas, mestres, doutores e pós-doutores), os pouco conscientes dessa situação, estudam as oportunidades geradoras de possibilidades para que a história do século XXI permita a sobrevivência de suas culturas, suas crenças, suas tradições, seus saberes e sua liberdade para serem quem são, para serem quem quiserem ser.

O que distingue uma sociedade da outra revela-se na questão cultural. Huntington (1997) manifesta seu ponto de vista enfatizando que

[...] as distinções mais importantes entre os povos não são ideológicas, políticas ou econômicas, elas são culturais. Pois uma vez que cada cultura ou cada povo possuir a liberdade de estabelecer seus próprios desejos, os conceitos relativos aos valores ideológicos, políticos ou econômicos irão mudar (Huntington apud Haas, 2024, p. 24).

O “Nós (Ouvintes) x Eles (Surdos)” — presente em nossas vidas desde que nascemos — precisa ser erradicado. O adoecimento das relações, hoje, faz prosperar o inimaginável, a rivalidade crescente entre os Surdos Sinalizados e os Surdos Oralizados. Lamentavelmente, poucos são os Ouvintes que sabem disso.

Poucos são aqueles que, em uma análise calcada em argumentos sólidos, defendem ambas as posições com serenidade e conhecimento de causa; posições essas que representam “dois lados de uma mesma moeda” e de um mesmo mundo. Coexistir pacificamente — uma condição pouco vista antes — é um belo ponto de partida. Mas como?

Nas eloquentes palavras de Haas (2024, p. 21), chega-se à conclusão que

Esse distanciamento proposto pelo “Nós x Eles”, acontece de forma avassaladora, não apenas de forma ampla na sociedade, mas, sobretudo, internamente em cada indivíduo que inconscientemente se pressupõe superior ao pertencer a determinada cultura, que não outra, como por exemplo: “nós” da direita, “eles” da esquerda, “nós” os brancos, “eles” os negros, “nós” os homens, “elas” as mulheres, “nós” os heterossexuais, “eles” os homossexuais, “nós” os letrados, “eles” os analfabetos, “nós” da zona sul, “eles” da zona norte, “nós” os ricos, “eles” os pobres, “nós” os cristãos, “eles” os muçulmanos, “nós” os católicos, “eles” os evangélicos, “nós” os jovens, “eles” os velhos e etc., o que não faltam são diferenças infinitas que podem ser citadas (destaque nosso).

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. Urge a mudança.

Olhares surdos

Não quero que a minha casa seja cercada de muros por todos os lados, nem que as minhas janelas sejam tapadas. Quero que as culturas de todas as terras sejam sopradas para dentro da minha casa, o mais livremente possível. Mas recuso-me a ser desapossado da minha por qualquer outra (Gandhi apud Haas, 2024, p. 5).

As línguas surdas sinalizadas (em contraponto às línguas surdas oralizadas) — no caso aqui, as línguas de sinais — não são o idioma de determinado país reproduzido em gestos. São línguas próprias. A Libras, por exemplo, não é o “Português em gestos”. É a língua natal dos Surdos Sinalizados do Brasil.

Cada língua surda é, em si, uma Teoria do Conhecimento, pois contém uma lógica e uma epistemologia próprias, estrutura de símbolos, código, gramática, recursos de raciocínio e visão de mundo também próprios. Cada uma representa uma forma de estar no mundo, porque cada país tem a sua língua de sinais, diferentemente dos aspectos inerentes à história colonizadora das línguas orais.

Só é possível estudar tais línguas situando-as historicamente. Para isso, conhecer o percurso histórico dessas línguas é condição essencial. Estudá-las sem mergulhar em sua complexidade seria desprover de veracidade científica e subtrair elementos vitais das camadas epistemológicas de cada uma.

Os estudos conduzidos até hoje sobre esta Teoria do Conhecimento Surda têm sido majoritariamente realizados por Ouvintes. Por sujeitos talvez desincorporados da realidade e do pensamento surdo. As soluções desenvolvidas para os desafios da Teoria do Conhecimento Surda têm, primordialmente, sido levadas a cabo por não surdos. Um dos autores deste trabalho, como já mencionado, é um Surdo com trânsito entre a Língua de Sinais e a Língua Portuguesa e que, ao perceber o distanciamento entre Surdos Sinalizados e Surdos Oralizados, implora, entre artigos e pesquisas, pela parceria ouvinte.

Ao desenvolver análise das lógicas e da historiografia das línguas, ao encontrar pontos positivos de interseção entre elas como facilitadores da comunicação e do diálogo interculturais, ao propor novos caminhos teóricos e práticos, 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, e ao inserir no mundo acadêmico este universo analítico da Teoria Surda, concebe-se o traçado para uma Nova Epistemologia Surda na inseparável articulação entre epistemologia, história e desbravamento de caminhos propícios à compreensão, pela sociedade, da assertividade surda (bem diferente da assertividade ouvinte).

Outrossim, a Epistemologia Surda — escrita por Surdos — não é tema simples de encontrar quando estamos nos referindo à ciência e sua produção; a maioria Surda Sinalizada, por exemplo, ainda não tem condições de se apresentar pela escrita (sua L2) e/ou pela oralidade (apenas os Surdos Oralizados a utilizam), pois não teve condições de aprendizado adequadas para tal.⁵ A vida acadêmica para os Surdos, principalmente os Sinalizados, reflete a incipiência de artigos e pesquisas sobre o assunto.

Notas historiográficas

A maioria dos escritos ligados à questão histórico-epistemológica surda foi elaborada por Ouvintes. O conhecimento surdo ao longo da história é todo ele montado por Ouvintes, salvo raríssimas exceções (Gomes, Maia-Vasconcelos & Tavares, 2011). Perlin⁶ (2002) esclarece que os Surdos se apropriaram da história de sua educação, sempre contada por Ouvintes e, por isso, absorveram-na como lhes foi contado, considerando-a como verdadeira. A referida autora discorda. O autor Surdo deste trabalho também.

No Brasil, nunca tivemos um olhar histórico-epistemológico, partindo do coletivo surdo, minimamente representativo.

As incompreensões de Ouvintes, sobre vidas Surdas, espelham o resultado de embates seculares de escolas europeias. 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 desde o século XVI, quando Ponce de León iniciou o processo datilológico⁷ (Sales, Sales & Silva, 2012).

A Escola Francesa, por exemplo, dava ênfase à L1 Surda (Língua de Sinais). Já a Alemã, à L2 Surda, com direcionamento oral. A Escola Alemã era, sem dúvida, o berço da ouvintização⁸ do século XIX. Rocha (2010) define que pessoas que defendem o desenvolvimento da linguagem oral pelo Surdo como

5 O resultado alcançado no evento milanês — passado o seu centenário — gerou ainda mais isolamento do mundo surdo. Explicitando: no Brasil, cerca de 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 (uma das identidades surdas).

6 Gladis Perlin foi a primeira surda a defender um doutorado no Brasil. Sua tese, defendida em 2002, versava sobre *O ser e o estar sendo surdos: alteridade, diferença e identidade*.

7 A datilologia é uma forma de comunicação utilizada por pessoas com deficiência auditiva ou surdez para se comunicarem. Também conhecida como alfabeto manual ou soletração manual; representa as letras do alfabeto por meio de gestos específicos feitos com as mãos.

8 Ouvintização — conjunto de representações dos ouvintes a partir do qual o surdo está obrigado a olhar-se e a narrar-se como se fosse ouvinte (Skliar, 1998).

prioridade são denominadas de Oralistas, e as que defendem o desenvolvimento da Língua de Sinais como prioridade para o Surdo são Gestualistas.

A “luz” pioneira do Abade L’Épée, na Europa do século XVIII, mais especificamente na França, deu o “pontapé” inicial para a contemporaneidade da “fala dos Surdos”, com a criação, em 1755, da primeira escola pública para crianças surdas; sua língua de instrução era a gestual; intitulou-se, assim, Língua de Sinais. Obteve, segundo o seu histórico na mencionada escola, um desempenho extraordinário; apesar do sucesso alcançado, não prosseguiu.

Uma das questões abertas a respeito, à luz dos dados disponíveis, é o porquê do não prosseguimento, tendo em vista as evidências de seu êxito. Com um olhar aprofundado nas relações de poder, Alisedo (1994) “ilumina” possibilidades de entendimento acerca da situação relatada:

É muito complexo analisar o que aconteceu. 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 maiorias são autoritárias. A maioria optou pelo oralismo, que não foi o que propôs o Abade L’Épée. O Abade L’Épée encontrou o caminho da minoria, que não foi aceito pela maioria (Alisedo apud Nembri, 2016, pp. 89-90).

Metodologicamente falando, Gomes, Maia-Vasconcelos & Tavares (2011) assinalam:

L’Épée desenvolveu um método de ensino que aproximava os sinais da língua francesa, denominado “sinais metódicos”. A partir dessa nova proposta, os professores deveriam aprender os sinais para se comunicarem com os estudantes surdos e, então, ensinar-lhes a língua falada e escrita. L’Épée via a língua de sinais como a língua natural dos surdos e como a forma mais adequada para desenvolver seu pensamento e sua comunicação (Gomes, Maia-Vasconcelos & Tavares apud Nembri, 2016, p. 90).

O Congresso de Paris, em 1878, deu aos Surdos Sinalizados dois anos de alegria; foi nesse ano que tiveram reconhecido o seu direito de assinar documentos e serem, de fato, cidadãos. Dois anos após Paris, no Congresso de Milão, decretou-se o fim da Língua de Sinais no mundo.

A radical manifestação da corrente oralista, formada por Ouvintes posicionando-se equivocadamente contra a Língua de Sinais no congresso milanês, saiu-se vencedora e gerou a abordagem chamada de Oralidade.

A Escola Oralista Alemã venceu. Infelizmente, o Congresso de Milão, em 1880, moveu os Surdos Sinalizados para um período de incertezas e obscurantismo, que os levou à obrigatoriedade de aquisição da Língua Oral e os impediu de utilizar a sua Língua de Sinais. Nas palavras de Rocha (2010, p. 90), “depois de Milão, o ideário oralista vitorioso ocupa a cena política e educacional da Educação de Surdos por mais de um século. Invariavelmente, essa é a história que tem sido apresentada”.

O congresso mencionado, ao sacramentar o Método Oral, decretando um século de silêncio, considerou que “o uso simultâneo da língua oral e da língua de sinais oferece prejuízo à fala, à leitura labial e à precisão de ideias, Declara: Que se deve dar preferência ao Método Oral Puro” (INES, 2011, p. 5).

O resultado do evento deixou seus participantes extasiados. “O Presidente [...] estava exultante por imaginar que, ao partirem, os participantes levariam para diversas crianças surdas de seus países boas notícias: ‘Vocês devem falar’” (INES, 2011, p. 42).

Outra questão diz respeito ao histórico processo de ouvintização submetido à diversa Comunidade Surda ao longo dos 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.

A ouvintização, ao longo da história que invariavelmente nos foi e ainda é contada, atingiu partes “nevrálgicas” da alma surda sinalizada; atingiu sua autoestima, sua cultura, seu senso de pertencimento e de sobrevivência e, por fim, seu conjunto de princípios e valores. Na linha desse raciocínio, Sá (2006) lança seu alerta explanando que os Surdos não conseguem se valorizar em seu universo cultural e em suas estratégias de sobrevivência. Refere que suas formas de estar no mundo foram negadas em toda a sua história. Por fim, acrescenta que foi imposto um modelo que, de forma alguma, conseguiriam alcançar, o “ter que ser o que não são” (p. 162).

Ouvintes — generalizadamente — desconhecem suas atitudes “ouvincênticas”. Quanto às tentativas de “normalização” do Surdo via lógicas e meios dos Ouvintes, Nicacio (2018) avança na premissa de que metodologias de ensino e educadores, a maior parte Ouvinte, buscaram a transformação do Surdo impondo visões “ouvincênticas”. Lembra não haver vestígios de histórias surdas registradas e contadas pelos Surdos. Em 2018! Há sete anos!

Atitudes “ouvincênticas” ainda são sentidas e em larga escala; partem de notórios vieses inconscientes. Sob o olhar Ouvinte, pode-se dizer que a História Surda foi mal contada e ainda traz sofrimento.

Dito isso, algumas referências históricas abriram caminhos para a Língua de Sinais e para a Língua Oral com relação à inserção dos Surdos Sinalizados e dos Surdos Oralizados à luz das influências, respectivamente, da Escola Francesa (Gestualista) e da Escola Alemã (Oralista). Tais influências perduram até hoje, em pleno século XXI.

Caminhos para as análises epistemológicas

As primeiras investigações sobre as línguas de sinais — ainda proibidas — principiaram nos anos 1960, com Stokoe (1960) estudando a Língua de Sinais Americana (American Sign Language – A.S.L.) e observando que as línguas de sinais de diferentes países se diferenciavam das línguas orais pela modalidade, modalidade oral-auditiva nas faladas e modalidade espaço-visual nas de sinais, por seu modo de recepção se realizar por meio visual e espacial e por ser produzida por sinais elaborados pelas mãos, em um determinado espaço e tempo, associados e indissociáveis da expressão facial e corporal (Ramos, 2017).

Considerando os pontos de vista de Sousa (2015), os Surdos utilizam os olhos no lugar de seus ouvidos, ou seja, “ouvem com os olhos”. Convida à reflexão quando esclarece que as línguas espaço-visuais se servem dos movimentos corporais no lugar do som.

Observando um tanto mais aprofundadamente, os gestos da condição espaço-visual das línguas de sinais possuem valores epistêmicos que correspondem a processos mentais (Rosen, 2008). Indo mais além, as línguas de sinais preenchem as mesmas funções mentais que as faladas (Sandler & Lillo-Martin, 2006). Porém, há uma questão lexical a ser ventilada, observada e explicada.

A Libras tem, historicamente, 67 anos práticos e oficiais, tendo em vista que se considera a proibição centenária pós-Milão. Já a Língua Portuguesa, a língua oficial brasileira, segundo o artigo 13 da nossa Constituição, tem, oficiais, 810 anos; caso haja a consideração de que sua origem advém do Latim Vulgar, pode ter mais de 2 mil anos.

A diferença entre a jovem língua de sinais brasileira para a já sedimentada Língua Portuguesa é abissal em termos de unidades lexicais (palavras). O Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa (VOLP) indica que o português brasileiro tem quase 400 mil unidades lexicais. Sampaio (2024, p. 75) complementa afirmando que

[...] segundo relato do Jornal da USP, o “Dicionário da Língua de Sinais”, lançado pela EDUSP, fruto de uma pesquisa de vinte e cinco anos e considerado o dicionário mais completo de Libras, catalogou 14.500 (quatorze mil e quinhentos) sinais, em 2018.

Quanto aos aspectos de denotação e de conotação das línguas, convém evidenciar que a Língua Portuguesa é rica, tanto denotativa quanto conotativamente. Já a Libras, por sua juventude, amplia consideravelmente sua denotação enquanto, em termos conotativos, ainda dá seus primeiros passos se comparada historicamente com a Língua Portuguesa. Não é por acaso as “loas e boas” endereçadas aos tradutores e intérpretes. Eles realmente salvam a vida dos Surdos Sinalizados.

É importante acrescentar que correntes científicas inovadoras propõem o estudo epistemológico das línguas de sinais para a consolidação de uma Nova Epistemologia Surda, consistindo no estudo das lógicas de como o Surdo está, aprende e interfere no mundo (Moore, 2010). Conceitos de Cultura Surda e de Identidade Surda, com mais penetração e aceitação pela Comunidade de Surdos Sinalizados, têm sido usados como emancipatórios (De Clerck, 2010).

O Bilinguismo atual amplia o aprendizado em Libras e não reforça a L2, pois retira do aprendizado do Surdo Sinalizado a modalidade oral; mantém apenas a modalidade escrita. De todas as abordagens até hoje “colocadas à prova”, o Bilinguismo é, para quem “sente a surdez na pele” e não oraliza, a abordagem que parece melhor introduzir o indivíduo surdo sinalizante no contexto da sociedade ouvinte.

Há muito para ser feito na análise e na criação de produtos científica, técnica e tecnologicamente sólidos que sustentem com vigor novos possíveis caminhos e argumentos para a oralização. A nosso ver, a incompletude do Bilinguismo se dá por ainda não admitir a L2 em sua modalidade oral, em princípio optativa.

Considerações finais e novos pontos de partida

A Ciência e as Técnicas Surdas contêm uma riqueza epistemológica, uma historicidade na trajetória humana e um potencial papel sociopolítico altamente expressivos. Necessitam, além disso, estar em campos interculturais para darem e receberem atributos, compreensões e legados que, mais do que nunca, são requeridos no mundo contemporâneo.

Por sua quase invisibilidade no mundo acadêmico até o presente, uma falha histórica que se tem oportunidade de renortear, a Ciência e as Técnicas

Surdas têm a contribuir porque são Teorias da Mente, com muito de originais e inexploradas em si mesmas. Espera-se, assim, que o mundo surdo — todo ele — comece a ter, de fato, identificação com a sua Epistemologia. Considerando o Surdo como Surdo (qualquer Surdo) e não como um “Ouvinte” menos capacitado. Então, essa não é apenas uma Epistemologia sobre, mas também com, e para, a surdez.

Há certamente um papel para a História Surda de hoje e de amanhã. Miranda (2007) considera que alguns Surdos já identificam o que é *deafhood*⁹ e sugere a desconstrução das visões epistemológicas elaboradas por Ouvintes.

A pesquisa e a educação efetivadas por Surdos falando de Surdos, e de Surdos falando de Ouvintes, são essenciais aos novos olhares multi e interculturais do novo Surdo que desponta no horizonte da história. De todo modo, são inviáveis sem a parceria Surdo-Ouvinte em uma atmosfera histórica positiva e em um contato colaborativo e transformativo (Meserlian & Vitaliano, 2009; Ribeiro, 2013; Rocha, 2008).

Enfatiza-se ainda a relevância da missão das universidades e instituições de pesquisa que recebem Surdos — em todas as suas vertentes identitárias — para seus cursos “*latro e stricto sensu*”. Isso traz poder para o indivíduo surdo e, em consequência, permite elevar sua participação, como cidadão ativo, em uma sociedade sedenta por transformações que levem à redenção humana.

Urge a conscientização da comunidade científica (majoritariamente Ouvinte) sobre o fato de que a parceria Surdo-Ouvinte, em cenário acadêmico, proporcionará ascensão e desenvolvimento surdos. É, pelo que pensamos, o que formará os Surdos, sejam eles quais forem, para que, em condições equitativas, atuem 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.

Hoje, com alguns compreendendo o mundo onde vivem com o discernimento que traz a amplitude da visão, Surdos Sinalizados, Surdos Oralizados e Surdos Bilíngues pedem passagem e oportunidades. Xavier (2006, p. 3), nesta “trilha”, traz uma reflexão importante enquanto nos provoca

Durante muito tempo, o surdo foi percebido como um ser à margem da existência comum. Como se o mundo, com o som, a música, fosse lugar de liberdade, alegria, e o surdo vivesse confinado na tristeza de não ser como os outros. Uma percepção construída pela visão do ouvinte. Mas será que hoje o surdo é outro porque se afirma como diferente? Será que o mundo é outro porque se diz aberto às diferenças?

9 Conceito em formação no campo dos Estudos Surdos; significa SER SURDO.

As incertezas geradas por um mundo normótico, no qual proliferam andares sem rumo, o mundo dos Surdos é um dos mais atingidos, com o meio ambiente sofrendo com as idiosincrasias e incongruências de um ser humano ávido por vencer as numerosas competições diárias em que costuma marcar sua presença e vivencia as contradições políticas que atrasam a tomada de decisões acerca de questões prementes em níveis nacionais e internacionais.

É nesta conjuntura que os Surdos — de todas as identidades — desejam a liberdade de ir e vir (a nossa história ainda os mantém afastados) para, assim, permitir suas conquistas que, até bem pouco tempo, eram inimagináveis.

Certamente há muito para ser feito. Novos planos são necessários, bem como falhas no percurso de progresso existem para serem corrigidas. A consciência de que as mudanças já estão ocorrendo quando os “ventos de liberdade” já demonstram que a valorização dos talentos surdos estará em mentes que saberão exercer, condignamente, suas funções educativas e, mais do que isso, saberão exercer o compromisso com a formação de cidadãos ativos e corresponsáveis pelo futuro de nossa sociedade.

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.
- 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.dicionarioliberal.com.br/website/artigo.asp?id=798>. Acesso em: abr. 2016.
- 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.
- HAAS, I. *Os Novos Direitos Humanos: a mudança começa em você*. 2.ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2024.
- HUNTINGTON, S. *O choque de civilizações e a recomposição da ordem mundial*. Trad. M. H. C. Côrtes. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 1997.
- INES. *150 anos de história*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ines.gov.br/Paginas/historico.asp>. Acesso em: 14 mar. 2011.
- 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*. Curitiba: PUCPR, 2009.
- MIRANDA, W. O. *A experiência e a pedagogia que nós surdos queremos*. Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 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.
- NICACIO, G. G. A. *Algumas estratégias sobre alfabetização cartográfica para alunos surdos*. 57f. Trabalho de Conclusão de Curso em Geografia, Instituto de Geociências, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.
- PERLIN, G. T. T. *História dos surdos*. Florianópolis: Caderno Pedagógico – UDESC/CEAD, 2002.
- RAMOS, L. O. *Que palavra vem a sua mente: um estudo de associação semântica em Libras*. Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Letras, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.
- RIBEIRO, M. C. M. de A. O discurso acadêmico-científico produzido por surdos: entre o fazer acadêmico e o fazer militante. Doutorado em Estudos Linguísticos, Faculdade de Letras, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte. 2013.
- ROCHA, S. *Memória e História: a indagação de Esmeralda*. Petrópolis: Arara Azul, 2010.
- 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.
- ROSEN, R. S. Descriptions of the American deaf community, 1830-2000: Epistemic foundations. *Disability & Society*, 23, 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: maio 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.
- SAMPAIO, D. C. *Cultura Surda: Uma ferramenta eficaz de Gramscismo Cultural*. Trabalho de Conclusão de Curso, Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro, 2024.

- SANDLER, W. & LILLO-MARTIN, D. *Sign language and linguistic universals*. Cambridge University Press, 2006.
- SKLIAR, C. B. Os estudos surdos em educação: problematizando a normalidade. In: SKLIAR, C.B. (org.). *A surdez: um olhar sobre as diferenças*. Porto Alegre: Mediação, 1998.
- SOUSA, V. G. *Diálogo de surdos: uma interação necessária da Língua Brasileira de Sinais com a Língua Portuguesa*. 145f. Mestrado, Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Letras, Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2015.
- STOKOE, C. W. *Sign language structures*. Silver Springs: Linstock Press, 1960.
- XAVIER, A. G. P. Editorial. Espaço: Informativo Técnico-Científico do Instituto Nacional de Educação de Surdos: INES, Rio de Janeiro, n.º 25/26, p. 3, 2006.

Pandemia de Covid-19 e impacto diferencial entre gêneros na utilização da assistência ambulatorial no município do Rio de Janeiro

*Lays da Silva Elias
Vania Reis Girianelli
Angélica Baptista Silva*

Os primeiros casos de Covid-19, enfermidade causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), foram descritos na cidade de Wuhan, na China, no final de 2019 (Oliveira, Lucas, & Iquiapaza, 2020). A partir de então, a doença se espalhou para diversos países, sendo decretada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como pandêmica em 11 de março de 2020 (WHO, 2020a). No Brasil, a doença foi identificada oficialmente em 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo (Oliveira, Lucas, & Iquiapaza, 2020) e cerca de uma semana após no município do Rio de Janeiro (Cavalcante & Abreu, 2020). Diversos países, incluindo o Brasil, seguiram a orientação da OMS para conter a disseminação do vírus (WHO, 2020b), e restringiram atividades e serviços para limitar a circulação de pessoas nos seus territórios. Na área da Saúde, foram suspensas ou reduzidas consultas, procedimentos e cirurgias eletivas (Santos et al., 2020;

Campos & Canabrava, 2020). Também é provável que a população tenha diminuído a procura pela assistência por causa do medo do contágio.

Os atendimentos ambulatoriais realizados pelos prestadores públicos e privados contratados ou conveniados no Sistema Único de Saúde (SUS) são registrados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), desde a década de 1990. O SIA tem como fonte de dados o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) e a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) (Brasil, 2016). Ele é utilizado para financiamento das ações de saúde pactuadas e realizadas nos estados, municípios e regiões de saúde, mas também se tornou um instrumento fundamental para subsidiar os gestores, de todas as esferas públicas, no monitoramento dos processos de planejamento, programação, avaliação e controle dos serviços de saúde; possibilitando identificar a cobertura e a concentração de serviços por grupo populacional e geográfico (Carvalho, 1997).

A assistência ambulatorial é subdividida em três níveis de complexidade: Atenção Básica, Atenção Especializada (Média Complexidade) e Alta Complexidade (Brasil, 2011). A Atenção Básica compreende um conjunto de procedimentos e ações de saúde, individual e coletiva, para promover e proteger a saúde e prevenir agravos. A Média Complexidade compreende procedimentos de apoio diagnóstico e de assistência especializada de média tecnologia. Já o nível de Alta Complexidade inclui procedimentos de alto custo e tecnologia, que necessitam de autorização, e interagem com os demais níveis de atenção à saúde.

A Atenção Básica, em particular a Estratégia Saúde da Família (ESF), é a porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de saúde. A implantação da ESF no município do Rio de Janeiro foi tardia e, a partir de 2017, houve uma diminuição da sua cobertura, com redução dos profissionais de saúde, em particular dos agentes comunitários de saúde (Melo, Mendonça & Teixeira, 2019). Esse processo foi respaldado pela mudança na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que possibilitou a flexibilização do modelo de atenção (Brasil, 2017), com consequente impacto negativo no acesso e na utilização nos serviços de saúde pela população SUS dependente.

A percepção da necessidade de saúde é um dos principais determinantes do uso de serviços de saúde (Travassos & Martins, 2004). A autoavaliação do estado de saúde tem se mostrado um importante indicador, já que o nível de bem-estar de uma pessoa pode influenciar sua qualidade de vida (Zack, 2013). A percepção de saúde regular ou ruim é mais frequentemente relatada por mulheres, idosos e pessoas com piores condições socioeconômicas (CDC, 2000). A utilização de consultas, entretanto, tende a ser maior entre as pessoas com autoavaliação de bom estado de saúde do que as demais (Barata, 2009). Deve-se considerar, contudo, que acesso e utilização de serviços de saúde são conceitos distintos (Tra-

vassos & Martins, 2004); e o uso dos serviços de saúde representa, em última análise, que o acesso foi obtido.

No Brasil, as mulheres tendem a ter uma pior autoavaliação de sua saúde do que os homens, mesmo após ajustado por idade e condições socioeconômicas (Szwarcwald et al., 2015) e maior utilização dos serviços de saúde (Araújo et al., 2017). O contraste entre feminino e masculino, entretanto, extrapola as diferenças biológicas evidenciadas nas características físicas entre os sexos. As disparidades revelam um processo sociocultural construído na desigualdade das relações de poder e que se expressam nas diferenças de gênero e respectivos papéis sociais desempenhados no cotidiano da vida social. O papel histórico atribuído às mulheres como responsáveis pelos cuidados dos filhos e dos demais membros da família pode influenciar a percepção sobre o processo saúde-doença e propiciar maior sensibilidade na avaliação da sua própria saúde (Barata, 2009).

Este capítulo analisou a redução diferencial, em relação ao gênero, da utilização da assistência ambulatorial durante a pandemia de Covid-19 no município do Rio de Janeiro.

Percurso metodológico

Foi realizado estudo descritivo, sendo elegíveis os atendimentos realizados pela população de 20 anos a 59 anos residentes no município do Rio de Janeiro, no período de abril a dezembro de 2019 e 2020. Os dados sobre produção ambulatorial foram acessados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) no sítio eletrônico (http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sia/definicoes/producao_2008.def) do município do Rio de Janeiro em março de 2021. As estimativas da população residente no município, referentes aos anos de 2019 e 2020, foram extraídas do sítio eletrônico (http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sia/definicoes/producao_2008.def) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em março de 2021.

Foi calculado o percentual de atendimentos por sexo, nível de complexidade (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade), mês de atendimento e respectivo percentual de variação de 2019 para 2020. Posteriormente, foi avaliada a existência de correlação entre os sexos quanto aos meses de atendimento por nível de complexidade, utilizando o coeficiente de correlação de Pearson (r) e respectivo valor de p para avaliar a significância estatística ($p \leq 0,05$). A correlação quantitativa foi classificada como direta para valores positivos e indireta ou inversa para valores negativos. A correlação qualitativa foi classificada conforme proposto por Callegari-Jacques (2009): perfeita ou plena

($r = 1$), muito forte ($r \geq 0,9$ a < 1), forte ($r \geq 0,6$ a $< 0,90$), regular ($r \geq 0,3$ a $< 0,6$), fraca ($r < 0,3$ a > 0) e nula ($r = 0$). Adicionalmente, o teste de Wilcoxon pareado foi calculado para avaliar se a redução do percentual de consultas, em cada nível de complexidade, foi estatisticamente diferente ($p \leq 0,05$) entre os sexos, considerando o pareamento entre as distribuições no tempo. Os dados foram analisados no programa R, versão 3.6.1. O estudo obteve dispensa de análise ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), parecer n.º 02/2021 emitido em 2021.

Utilização da assistência ambulatorial na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro em 2019 e 2020

O atendimento na Atenção Básica em 2019 foi maior nos meses de julho (188.386) e agosto (180.284), meses que também apresentaram o maior percentual de registro de sexo ignorado, 29,2% e 32,6%, respectivamente (tabela 1). Nos demais meses, o percentual de sexo ignorado variou de 2,2% a 4,3%. O menor quantitativo de atendimento ocorreu no mês de dezembro (96.880). Em 2020, os meses de maior atendimento foram novembro (104.944) e julho (104.445), e o registro de sexo ignorado variou de 1,6% a 3,8% no período. A causa do alto percentual de sexo ignorado nos meses de julho (29,2%) e agosto (32,6%) de 2019 na Atenção Básica é desconhecida, mas nos demais meses manteve-se abaixo de 5% no período estudado. A maior procura tende a ocorrer em virtude da existência de doenças crônicas (IBGE, 2020), mas a base de dados utilizada não dispõe dessa variável, impossibilitando o ajuste na análise. Espera-se, contudo, que o impacto no indicador tenha sido mínimo e não diferencial entre os sexos, tendo em vista o grande tamanho da população considerada.

Tabela 1. Número de consultas na Atenção Básica por mês de atendimento e percentual de sexo ignorado, 2019 e 2020, município do Rio de Janeiro

Mês de atendimento	Atenção Básica					
	2020			2019		
	Total	Sexo Ignorado		Total	Sexo Ignorado	
		N	%		N	%
Abril	87294	1389	1,6	154848	4765	3,1
Maio	91635	2452	2,7	149452	3442	2,3
Junho	95741	2386	2,5	125736	5426	4,3
Julho	104445	2876	2,8	188386	55044	29,2
Agosto	100435	3062	3,0	180284	58683	32,6
Setembro	110485	3586	3,2	122640	4206	3,4
Outubro	97548	3675	3,8	137943	4717	3,4
Novembro	104944	2319	2,2	121612	4459	3,7
Dezembro	100221	2140	2,1	96880	2157	2,2

Fonte: Elaboração própria.

Utilização da assistência ambulatorial na média e na Alta Complexidade no município do Rio de Janeiro em 2019 e 2020

O atendimento na Média Complexidade em 2019 foi maior no mês de maio (685.996), com queda nos meses subsequentes, destacando o mês de dezembro com quase metade da média dos atendimentos mensais (388.442) (tabela 2). O percentual de registro de sexo ignorado foi alto, variando de 12,3% a 16,8%. Em 2020, o mês de maior atendimento foi julho (464.748) e o menor em abril (290.953). O percentual de registro de sexo ignorado também foi alto, variando de 11,6% a 18,7%. Em relação à Alta Complexidade, o mês de maior atendimento em 2019 foi agosto (17.586) e julho (18.646) em 2020. Não houve registro de sexo ignorado por ser um campo de registro obrigatório nesse nível de complexidade.

Tabela 2. Número de consultas na Média e Alta Complexidade por mês de atendimento e percentual de sexo ignorado, 2019 e 2020, município do Rio de Janeiro

Mês de atendimento	Média Complexidade						Alta Complexidade	
	Total	2020		Total	2019		2020	2019
		Sexo Ignorado N	%		Sexo Ignorado N	%		
Abril	290953	33660	11,6	671657	82738	12,3	10470	14836
Maio	353457	43210	12,2	685996	94963	13,8	14020	15765
Junho	370176	54551	14,7	585422	92442	15,8	14312	16665
Julho	464748	67364	14,5	602658	94394	15,7	18646	16922
Agosto	450732	77802	17,3	607824	101818	16,8	18269	17586
Setembro	457973	85785	18,7	616111	101443	16,5	17940	16204
Outubro	428444	67297	15,7	614235	97441	15,9	16397	17259
Novembro	431552	71003	16,5	529765	88095	16,6	18377	14784
Dezembro	376483	49632	13,2	388442	55238	14,2	15069	10280

Fonte: Elaboração própria.

O percentual de sexo ignorado tende a ser menor que 1% nos sistemas de mortalidade (SIM), de nascidos vivos (SINASC) e de notificação compulsória de doenças e agravos (SINAN) (Maia et al., 2017). A inexistência de campo para registro da identidade de gênero também pode contribuir para a incompletude dessa variável, além de impossibilitar a análise da população de transgêneros. Ainda não existem dados governamentais sobre essa população, mas estima-se que existam cerca de 1,1% de mulheres transgênero e 0,8% homens transgênero (Jones et al., 2017) que tenham mais dificuldade de acesso e atendimento nos serviços públicos de saúde (Rocon et al., 2016).

Diferencial entre gêneros na utilização da assistência ambulatorial no município do Rio de Janeiro em 2019 e 2020

A população feminina apresentou maior percentual de atendimento na Atenção Básica do que a população masculina tanto em 2019 (figura 1a), quanto

em 2020 (figura 1b). A correlação, entretanto, apenas foi muito forte e positiva, e estatisticamente significativa em 2019 (correlação = 0,95; $p < 0,001$), com maior percentual de atendimento no mês de abril e menor em dezembro, para ambos os sexos. Em 2020, o menor percentual de atendimento ocorreu em abril, sendo similar para ambos os sexos (mulheres = 2,2% e homens = 2,3%). A redução do atendimento em 2020 (figura 1c), contudo, foi maior para as mulheres do que para os homens ($p = 0,002$).

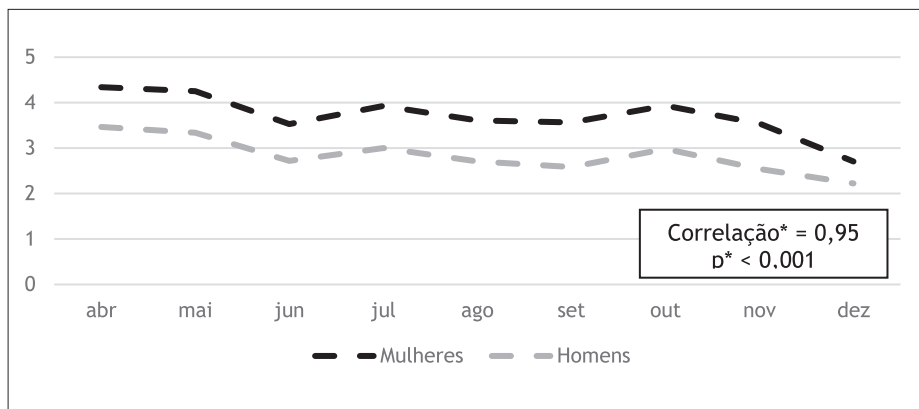
A população feminina obteve maior percentual de atendimento no nível de Média Complexidade do que a população masculina, em 2019 (figura 2a), bem como em 2020 (figura 2b), apresentando correlação muito forte e positiva, e estatisticamente significativa para ambos os anos (correlação = 0,93; $p < 0,001$). O menor percentual de atendimento ocorreu em abril de 2020, sendo 7,4% para mulheres e 6% para os homens. A redução do atendimento em 2020 (figura 2c), contudo, foi maior para as mulheres do que para os homens ($p = 0,014$).

A população feminina teve menor percentual de atendimento no nível de Alta Complexidade em comparação com a população masculina em 2019 (figura 3a), com forte correlação positiva (0,75) e estatisticamente significativa ($p = 0,021$). Em 2020, foi similar (figura 3b), mas com correlação positiva plena entre os sexos (correlação = 1,00; $p < 0,001$), com menor percentual de atendimento no mês de abril tanto para homens (0,3%) quanto para mulheres (0,2%). Não houve diferença estatisticamente significativa na redução do atendimento em 2020 entre os sexos ($p = 0,248$) (figura 3c).

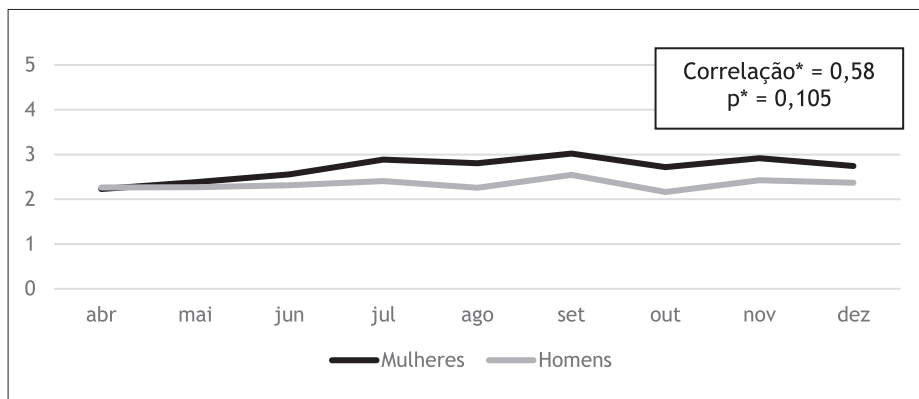
Ainda há maior utilização dos serviços de saúde pelas mulheres, como foi observado na Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2019 (IBGE, 2020). A Atenção Básica, em particular, é utilizada principalmente pelas mulheres, os homens geralmente procuram atendimento quando mais velhos ou quando apresentam sintomas (Guibu et al., 2017).

Figura 1. Percentual da população atendida na atenção básica por mês de atendimento em 2019 e 2020 e variação percentual, segundo sexo, município do Rio de Janeiro

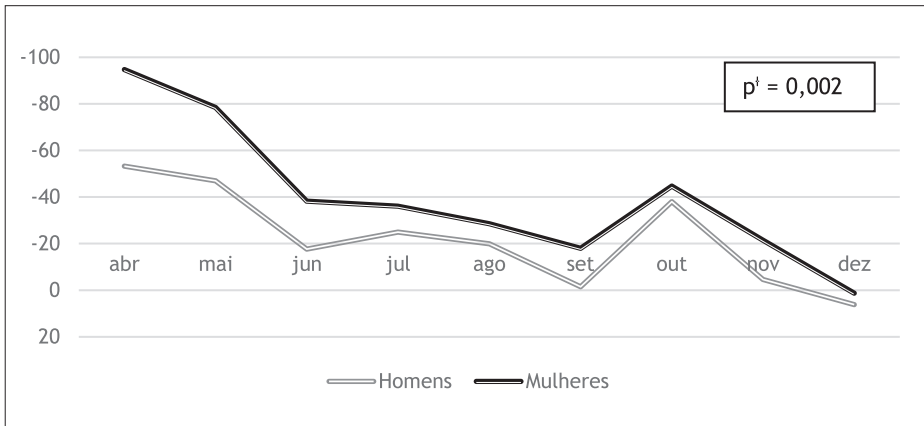
a) 2019



b) 2020



c) Variação percentual



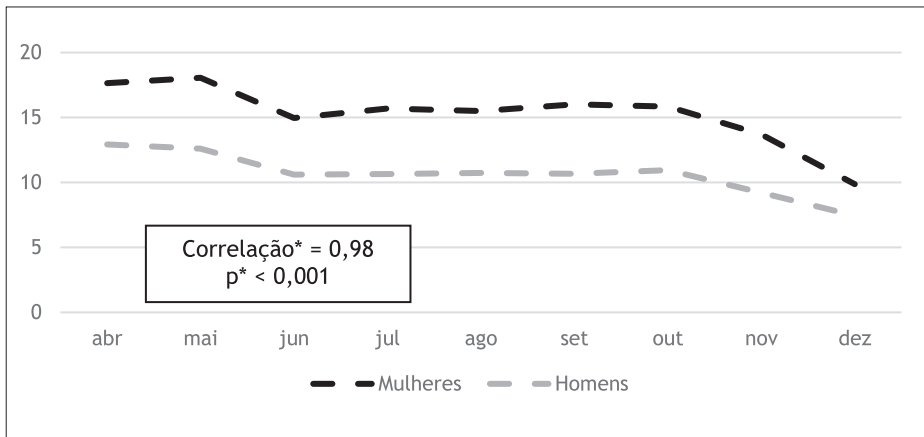
*Correlação de Pearson e respectivo valor de p.

†Valor de p para o teste Wilcoxon pareado.

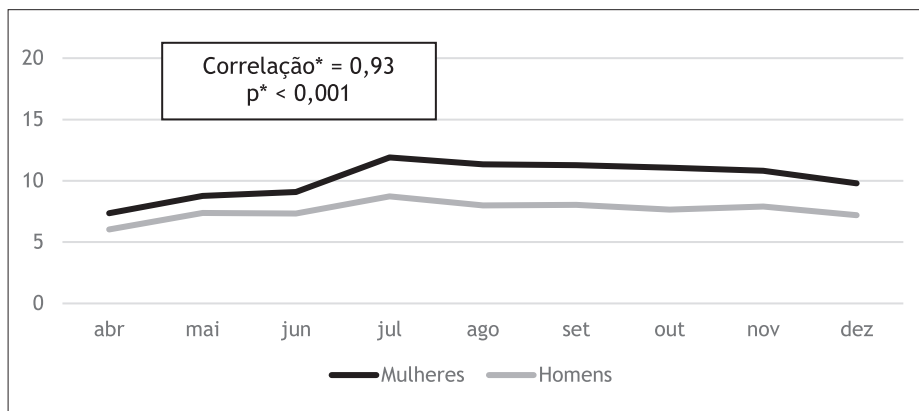
Fonte: Elaboração própria.

Figura 2. Percentual da população atendida na Média Complexidade por mês de atendimento e variação percentual em 2019 e 2020, segundo sexo, município do Rio de Janeiro

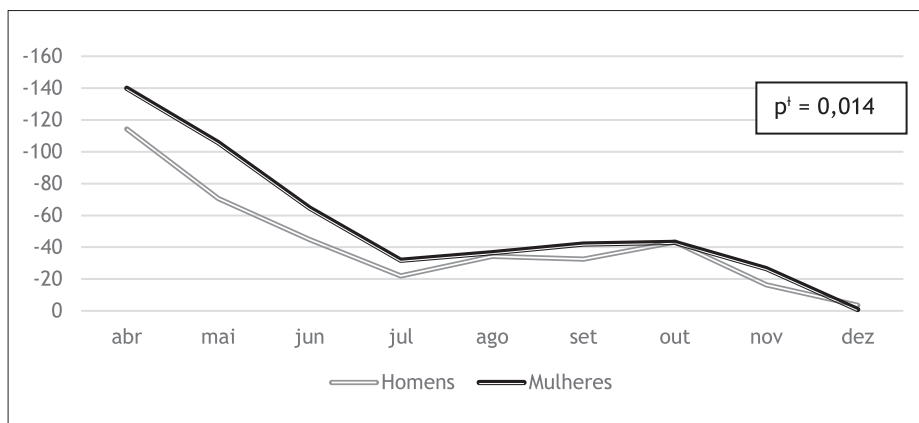
a) 2019



b) 2020



c) Variação percentual



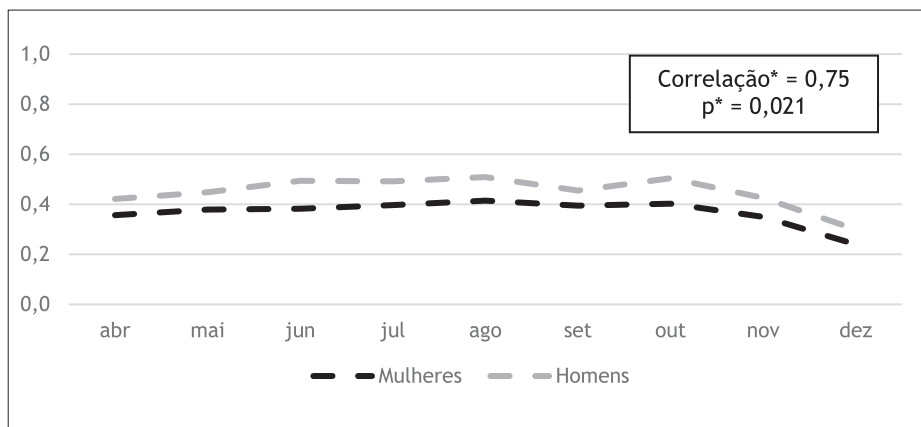
*Correlação de Pearson e respectivo valor de p.

†Valor de p para o teste Wilcoxon pareado.

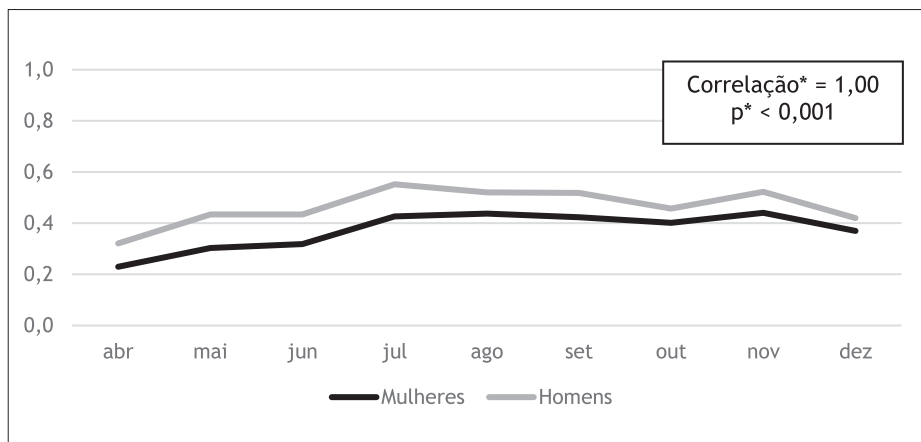
Fonte: Elaboração própria.

Figura 3. Percentual da população atendida na Alta Complexidade por mês de atendimento e variação percentual em 2019 e 2020, segundo sexo, município do Rio de Janeiro

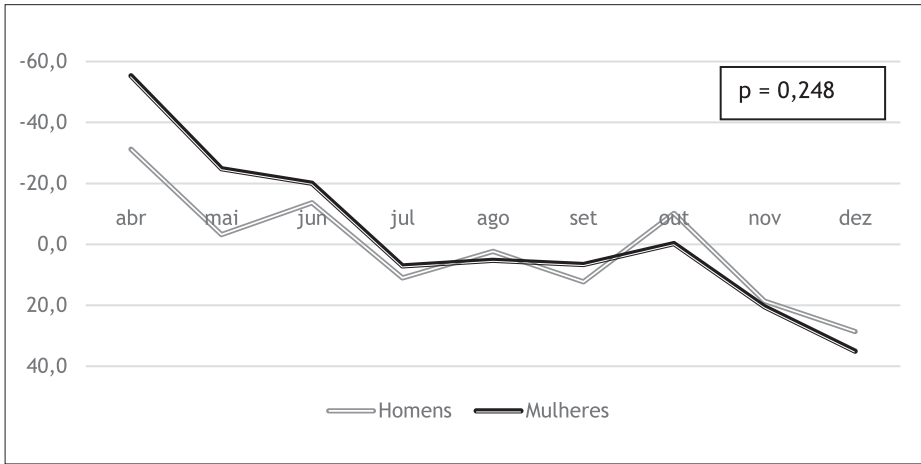
a) 2019



b) 2020



c) Variação percentual



*Correlação de Pearson e respectivo valor de p.

¹Valor de p para o teste Wilcoxon pareado.

Fonte: Elaboração própria.

A construção histórica e cultural do estereótipo de gênero influencia a procura por atendimento em saúde. O modelo tradicional de masculinidade valoriza o ser viril, forte, agressivo e com autocontrole emocional (Gomes, Nascimento & Araújo, 2007); contribuindo para uma menor percepção de necessidade e procura por assistência. Os homens tendem a buscar assistência para atender às necessidades imediatas e de maior nível de gravidade, quando se veem impossibilitados de trabalhar (Gomes, Nascimento & Araújo, 2007; Machin et al., 2011; Moura et al., 2014); o que foi corroborado no presente estudo com maior utilização da assistência de Alta Complexidade. Ademais, os serviços de saúde, em particular os preventivos, não são voltados para atenção aos homens, em seus cuidados específicos, reforçando o cuidado como tarefa feminina (Moura et al., 2014). Tal situação contribuiu para uma vulnerabilidade da saúde masculina, expressando em maior morbimortalidade dessa população. Esse contexto levou ao desenvolvimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no SUS (Brasil, 2009), com prioridade para a faixa etária de 20 anos a 59 anos, que apresenta menor adesão à assistência preventiva. Estudo realizado com profissionais de saúde, no entanto, identificou que eles ainda desconhecem a política que deveria ter sido implantada há dez anos (Aragão et al., 2021).

Em relação à mulher, o estereótipo está relacionado à submissão, à fragilidade, à delicadeza e à sensibilidade; contribuindo para maior percepção da

necessidade de saúde e conseqüente autocuidado com maior adesão à assistência preventiva (Machin et al., 2011). A mulher também, geralmente, assume o papel de responsável pelo cuidado da família (Braz & Ciosak, 2009), muitas vezes negligenciando suas necessidades.

No contexto de pandemia de Covid-19, em que desafios desconhecidos se expandiram provocando mudanças significativas na vida de diversas pessoas, trouxe principalmente para o espaço doméstico funções que antes eram desenvolvidas em outros lugares, como o trabalho, as relações, a alimentação e a educação dos filhos, tudo foi confinado aos lares. Com isso, o descanso, a privacidade, o trabalho, a educação, a diversão e os conflitos, tudo passou a ser resolvido nos lares.

Em meio a todas essas questões, as mulheres, principalmente, ficaram sobrecarregadas, pois metade das brasileiras passaram a assumir múltiplas tarefas e, além disso, começaram a cuidar de alguém durante este período, o que conseqüentemente deixou para depois o seu autocuidado (GN & SOF, 2020). Isso se dá porque foi construído um senso moral da sociabilidade burguesa, de que derivam as atividades do ato de cuidar atribuídas às mulheres e naturalizadas a serem exclusivas da condição feminina (Guedes & Daros, 2009).

A construção histórica e social do papel de cuidar e sua limitação ao âmbito doméstico pode ter contribuído para que muitas mulheres durante a pandemia de Covid-19 abrissem mão do seu autocuidado para cuidar do outro, reduzindo a procura dos serviços de saúde.

Conclusões

O presente estudo identificou que as mulheres utilizaram mais a Atenção Básica e a Média Complexidade do que os homens, mas a redução no atendimento durante a pandemia foi maior para as mulheres. Já em relação à Alta Complexidade, houve maior utilização pelos homens, e a redução do atendimento foi similar entre os sexos durante a pandemia.

A demanda de atendimentos ambulatoriais entre as mulheres na pandemia de Covid-19, em comparação com o ano anterior, diminuiu significativamente. O ato de cuidar é naturalizado como responsabilidade da mulher, fazendo muitas delas priorizarem o atendimento para seus familiares, entre outros. Ademais, durante a pandemia houve uma expansão de afazeres que sobrecarregaram as mulheres, contribuindo para a redução do tempo para o autocuidado.

Há necessidade de desnaturalizar os papéis de masculinidade e feminilidade que orientam as relações sociais, para mudar a dimensão cultural na busca por

cuidado relacionado à saúde. A perspectiva de gênero oferece amplas possibilidades de enriquecimento da reflexão teórica em saúde coletiva, podendo se somar a outros esforços intelectuais e políticos para a compreensão da saúde e de seus determinantes na luta contra as desigualdades de gênero.

Referências

- ARAGÃO, F. B. A. A. et al. Perspectivas de profissionais da atenção primária quanto à adesão do homem em programas de saúde. *REFACS*, Uberaba, vol. 9, n.º 3, pp. 542-51, jul.-set. 2021.
- ARAÚJO, M. E. A. et al. Prevalência de utilização de serviços de saúde no Brasil: revisão sistemática e metanálise. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, vol. 26, n.º 3, pp. 589-604, jul.-set. 2017.
- BARATA, R. B. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação? In: BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, pp. 73-94.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 1.944*, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html. Acesso em: 22 jun. 2023.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade*. 1.ª ed. Brasília: CONASS, 2011, 223p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. *SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema*. Brasília: MS, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 2.436*, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://abennacional.org.br/wp-content/uploads/2024/06/PNAB_portaria_2436-setembro_2017.pdf. Acesso em: 22 jun. 2023.
- BRAZ, E. & CIOSAK, S. I. O tornar-se cuidadora na senescência. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, vol. 3, n.º 2, pp. 372-7, jun. 2009.
- CALLEGARI-JACQUES, S. M. *Bioestatística: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- CAMPOS, F. C. C. & CANABRAVA, C. M. O Brasil NA UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, vol. 44, n.º spe4, pp. 146-60, dez. 2020.

- CARVALHO, D. M. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão atual. *InfEpidem SUS*, Brasília, vol. 6, n.º 4, pp. 7-46, 1997.
- CAVALCANTE, J. R. & ABREU, A. J. L. Covid-19 no município do Rio de Janeiro: análise espacial da ocorrência dos primeiros casos e óbitos confirmados. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, vol. 29, n.º 3, pp. 1-10, 2020.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Measuring healthy days: population assessment of health-related quality of life*. Atlanta, Georgia: CDC, 2000. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2023.
- GÊNERO E NÚMERO (GN) & SEMPREVIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA (SOF). Sem parar: o trabalho e a vida das mulheres na pandemia. 2020. Disponível em: http://mulheresnapandemia.sof.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_Pesquisa_SemParar.pdf. Acesso em: 22 jun. 2023.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. & ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 23, n.º 3, pp. 565-74, mar. 2007.
- GUEDES, O. S. & DAROS, M. A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. *Serv. Soc. Rev.*, Londrina, vol. 12, n.º 1, pp. 122-34, jul.-dez. 2009.
- GUIBU, I. et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, vol. 51, supl. 2, pp. 2-17, 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
- JONES, B. A. et al. Sport and Transgender People: A Systematic Review of the Literature Relating to Sport Participation and Competitive Sport Policies. *Sports Med.*, Switzerland, vol. 47, n.º 4, pp. 701-16, apr. 2017.
- MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Cien Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, vol. 16, n.º 11, pp. 4.503-12, nov. 2011.
- MAIA, L. T. S.; SOUZA, W. V.; MENDES, A.C. G. & SILVA, A. G. S. Uso do linkage para a melhoria da completude do SIM e do Sinasc nas capitais brasileiras. *Rev Saude Publica*, São Paulo, vol. 51, pp. 112-25, dez. 2017.
- MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M. & TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, vol. 24, n.º 12, pp. 4.593-8, dez. 2019.
- MOURA, E. et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Cien Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, vol.19, n.º 2, fev. 2014.

- OLIVEIRA, A. C.; LUCAS, T. C. & IQUIAPAZA, R. A. O que a pandemia da covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução?. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, vol. 29, n.º 1, pp. 1-15, 2020.
- ROCON, P. C. et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Cien Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, vol. 21, n.º 8, pp. 2.517-25, ago. 2016.
- SANTOS, J. L. G. et. al. Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil?. *Acta Paul Enferm.*, São Paulo, vol. 33, pp. 1-8, 2020.
- SZWARCWALD, C. L. et al. Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, vol. 18, suppl. 2, pp. 33-44, dez. 2015.
- TRAVASSOS, C. & MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 20, suppl. 2, pp. 190-8. 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on Covid-19*. 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 19 jun. 2023.
- WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (Covid-19): Interim guidance*. 2020b. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331497/WHO-2019-nCoV-IHR_Quarantine-2020.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 19 jun. 2023.
- ZACK, M. M. Health-related quality of life - United States, 2006 and 2010. *MWR Surveill. Summ.*, vol. 62, suppl. 3, pp. 105-11, nov. 2013.

Governança de Dados sobre a Saúde como direito humano

*Angélica Baptista Silva
Vanessa de Lima e Souza*

Um sintoma da sociedade da informação interconectada em rede são os registros que produzem dados sobre a saúde das pessoas, circulam rapidamente e são objetos de financeirização, aumentando a brecha digital. No entanto, para a sobrevivência da humanidade, torna-se premente regular essa circulação, priorizando a vida e o bem-estar das pessoas.

A governança dos dados nos variados estabelecimentos de saúde pode ser uma potente resposta a este desafio. Podemos defini-la como um conjunto de processos que envolvem a gestão da arquitetura institucional, a integração de sistemas, a colaboração e os agenciamentos, a responsabilização e a comunicação (Souza, 2018).

Os princípios de Governança de Dados Sobre A Saúde foram conduzidos e desenvolvidos pela sociedade civil por um processo inclusivo e consultivo, administrado pela Coalizão *Transform Health* entre 2020 e 2022. A formulação reuniu cerca de 200 colaboradores de mais de 130 organizações, em 8 oficinas globais e regionais, seguido de uma consulta pública mundialmente divulgada

sobre o rascunho de um conjunto de princípios. Esse processo foi idealizado para reunir perspectivas e conhecimentos, e garantir o envolvimento de diversas partes interessadas de todas as geografias e setores, inclusive o Brasil.¹

As tecnologias digitais de informação e comunicação em saúde e, especialmente a inteligência artificial, são uma ideia que demanda determinada infraestrutura e parte da indústria. Elas são também um modo de exercer poder e uma forma de ver o mundo; se manifestam no capital organizado com base em sistemas de extração, logística e suas respectivas cadeias de fornecimento planetárias.

Este manuscrito tem por objetivo apresentar sob a perspectiva dos estudos sociais de ciência e tecnologia uma iniciativa de apelo global à proteção de dados, que se relacionam com os direitos laborais dos profissionais de saúde, à justiça climática e à igualdade racial que em conjunto refletem a demanda atual e global pela defesa dos direitos humanos — a proposta dos princípios de Governança de Dados Sobre A Saúde das pessoas.

A Governança de Dados sobre a Saúde: universalizando a digitalização da saúde

Os princípios de Governança de Dados sobre a Saúde (GDSAS) trazem o olhar dos direitos humanos e da equidade para o uso de dados dentro e entre os sistemas de saúde. Eles são orientados a apoiar sistemas de saúde pública sustentáveis e resilientes que possam oferecer a Universalidade da Cobertura no Acesso aos Serviços de Saúde (UCASS).²

Em 2019, na Reunião de Cúpula das Nações Unidas sobre a UCASS, os líderes mundiais reafirmaram seu compromisso com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) de estender a UCASS a todas as pessoas até 2030. A saúde digital e os sistemas de saúde orientados por dados podem ajudar a fortalecer a oferta, a qualidade e a equidade de serviços de saúde, proporcionando uma importante oportunidade para acelerar o progresso em direção à universalidade

1 A *Transform Health* liderou esse processo, sob a coordenação de seu Círculo de Políticas, que inclui especialistas em saúde e governança de dados de: Asia eHealth Information Network (AeHIN), FIND, Fondation Botnar, Grupo de Trabalho de Governança Digital e de Dados da Health Data Collaborative, I-DAIR, IT for Change, Jhpiego, PATH Philips Foundation/Digital Connected Care Coalition, Red Centroamericana de Informática em Saúde (RECAINSA) e Young Experts: Tech 4 Health (YET4H). Os seguintes parceiros foram fundamentais para apoiar as consultas globais e regionais: PATH, AeHIN, BID Learning Network, Mwan Events, RECAINSA, Wilton Park, Governing Health Futures 2030 e YET4H. Este trabalho foi financiado pela Fondation Botnar.

2 A Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, no capítulo II, refere como um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”, que é equivalente ao termo usado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Nações Unidas como “cobertura universal à saúde” (tradução nossa), em um sistema nacional de saúde.

nos serviços de saúde. UCASS — e os valores de equidade e direitos humanos que a sustentam — devem estar no cerne da concepção e do desenvolvimento de sistemas de saúde orientados por dados.

As abordagens orientadas por dados são cada vez mais a regra ou o esforço no funcionamento dos sistemas de saúde e na prestação de serviços de saúde. Coleta, processamento, armazenamento, análise, uso, compartilhamento e descarte de dados sobre a saúde têm crescido em complexidade. A pandemia de Covid-19 acelerou o uso de dados. Esse aumento exponencial no uso exige uma governança robusta e equitativa dos dados sobre a saúde. Países e regiões ao redor do mundo estão instituindo políticas e legislação de GDSAS. No entanto, não existe ainda um conjunto global e abrangente de princípios para orientar essa governança nos sistemas e nas políticas de saúde pública. Os princípios de GDSAS surgem como resposta a essa necessidade.

Os princípios de GDSAS objetivam informar e fortalecer modelos de governança, instrumentos, tratados, regulamentos e padrões entre países e regiões em torno de uma visão compartilhada de governança equitativa. Eles são uma ferramenta para apoiar o uso de tecnologias e dados digitais para a saúde e o bem-estar de todos, um avanço necessário para uma estrutura global de GDSAS.

Os princípios foram construídos e reconhecidos mediante normas, tratados, convenções e diretrizes existentes, incluindo: os princípios de dados da OMS (WHO, 2020) — uma estrutura para governança de dados elaborada pela organização e suas orientações sobre ética e governança da inteligência artificial para a saúde (WHO, 2021); os princípios para o Desenvolvimento Digital e os princípios de Investimento Digital (The Digital Impact Alliance, 2017); a Recomendação sobre Governança de Dados sobre a Saúde (OECD/LEGAL/0433, 2022) e seus princípios sobre Inteligência Artificial (OECD/LEGAL/0449, 2019); os princípios para a Transformação Digital da Saúde Pública (OPAS, 2021)4,12]],”issued”:{“date-parts”:[["2021",8]]}],”schema”:"https://github.com/citation-style-language/schema/raw/master/csl-citation.json"} ; o relatório da Lancet e da *Financial Times Commission on Governing Health Futures* (Kickbusch et al., 2021); a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1995); o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (BRASIL, 1992a); o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e os princípios de Siracusa associados sobre as Disposições de Limitação e Derrogação (Brasil, 1992b) esses três últimos ratificados por decretos no Brasil. Os princípios de GDSAS são baseados nesses esforços, enquanto fortalecem ainda mais o ecossistema de Governança de Dados sobre a Saúde.

Objetivos

Os princípios estão agregados em torno de três objetivos interconectados:

- (1) proteger as pessoas – como pessoas, como grupos e como comunidades;
- (2) promover o valor da saúde – por meio do compartilhamento de dados e usos inovadores de dados;
- (3) priorizar a equidade – garantindo a distribuição equitativa dos benefícios decorrentes do uso de dados nos sistemas de saúde.

Sobre proteger as pessoas, defende-se que a GDSAS garanta a proteção de pessoas, grupos e comunidades contra danos e violações relacionados aos dados. A proteção de pessoas é muitas vezes incorporada em leis gerais de proteção de dados. No entanto, em virtude de sua natureza potencialmente sensível, os dados sobre a saúde requerem proteções especializadas adicionais na lei e nas práticas de tratamento desses dados. Dados sobre a saúde desprotegidos (pessoais e agregados) podem expor pessoas, grupos e comunidades a danos. A GDSAS deve incluir medidas especiais de proteção contra vários tipos de danos individuais e coletivos, incluindo exploração orientada por dados, assédio, discriminação, capitalismo de vigilância e neocolonialismo.

Quanto a promover o valor da saúde, propõe-se que a GDSAS deva maximizar o valor obtido pelo uso e pela análise de dados para melhorar os resultados no setor Saúde, tanto para as pessoas quanto para a sociedade. Muitas vezes, isso requer que algumas formas de dados sejam amplamente compartilhadas, pois os dados isolados podem levar à compreensão insuficiente do valor da saúde. A agregação e o compartilhamento de dados sobre a saúde devem ser feitos para proteger os direitos individuais, grupais e comunitários. Além disso, como abordagens baseadas em dados podem levar a novos tipos de serviços de saúde, a GDSAS deve apoiar e promover tais inovações.

O último objetivo diz respeito a priorizar a equidade. Assim, o valor da saúde criado pelo uso de dados deve beneficiar igualmente às pessoas e às comunidades. Os dados são constituídos de pessoas, seja como cidadãos ou como comunidades e, portanto, as pessoas devem ter uma participação equitativa no valor da saúde, originado dos seus dados.

A maioria das abordagens atuais de governança de dados adota uma visão individualista, e não baseada na solidariedade que maximize a importância dos dados sobre a saúde para todas as populações. Os princípios da GDSAS equilibram as perspectivas individuais e coletivas dentro de cada um dos três objetivos.

Proteger as pessoas considera a importância das proteções de dados de grupos e comunidades. Promover o valor da saúde aborda as necessidades e benefícios coletivos dos sistemas de saúde pública. Priorizar a equidade requer equidade entre grupos e pessoas.

Os princípios destinam-se a ser uma ferramenta sendo aplicáveis aos vários envolvidos na GDSAS, incluindo: governos, parlamentares e formuladores de políticas; organizações internacionais, iniciativas globais de saúde e bancos de desenvolvimento; setor privado; organizações sem fins lucrativos e não governamentais; instituições acadêmicas e de pesquisa; doadores e fundações; sociedade civil (incluindo grupos ativistas, organizações de pacientes etc.); coalizões globais; administradores de dados e usuários; e o próprio público.

Os oito princípios da GDSAS procuram unir interessados em torno de elementos centrais que o descrevem melhor e expressam como podem ser colocados em prática. Estão destinados a promover a governança equitativa dos dados sobre a saúde, criando uma visão comum e um ambiente onde todos possam compartilhar, usar e se beneficiar. São projetados para complementar e reforçar um ao outro, sendo apresentados sem ordem de prioridade.

Princípio I – Proteger pessoas e comunidades

A GDSAS deve priorizar a proteção de pessoas, grupos e comunidades contra danos e violações em todas as fases do ciclo de vida dos dados, equilibrando proteção com o valor social de dados para a saúde. Para tanto, exige-se rigor na análise de riscos, com práticas de mitigação incorporadas em todas as etapas e ampla participação civil.

A GDSAS deve prevenir riscos individuais e coletivos, respeitando o princípio de “não causar dano” e limitando a coleta de dados àqueles estritamente necessários, com consentimento informado. Devem ser usadas medidas seguras de coleta e armazenamento, como criptografia e práticas de exclusão após o tempo de retenção necessário. Processos de desidentificação e anonimização, incluindo proteção contra reidentificação, são essenciais.

É fundamental proibir o uso inadequado dos dados, como vigilância ou discriminação, especialmente contra grupos marginalizados. A GDSAS deve promover ambientes livres de discriminação, estigma e preconceito, considerando o contexto cultural e a capacitação contínua dos profissionais de saúde. A inclusão de populações vulneráveis nas diretrizes é essencial, com práticas adaptadas às suas necessidades e aos riscos específicos, conforme o manifesto da UNICEF sobre a governança de dados infantis.

Princípio II – Construir confiança nos sistemas de dados

Para garantir a confiança nos sistemas de dados em saúde, a GDSAS deve ser desenvolvida de forma participativa e transparente, com regulamentos acessíveis e compreensíveis, garantindo a proteção de dados e a preservação da privacidade em todo o ciclo de vida dos dados. Além disso, deve responder prontamente às dúvidas e às reclamações dos titulares dos dados.

É essencial alinhar-se a práticas globais de proteção, como General Data Protection Regulation (GDPR) e Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), e garantir consentimento informado, articulado em linguagem acessível, especialmente para grupos vulneráveis. Em casos que demandem consentimento coletivo (ex. doenças raras) ou isenções específicas (ex. emergências de saúde), exceções devem ser bem delimitadas e proporcionais.

A GDSAS deve assegurar a qualidade e acessibilidade dos dados, promover sua atualização e adaptação aos padrões globais, e ser continuamente reforçada por evidências e avaliações periódicas. Processos transparentes e sistemas acessíveis são essenciais para envolver as partes interessadas, promovendo o valor, a proteção e a escolha informada sobre o uso dos dados.

Por fim, mecanismos institucionais devem permitir que as pessoas relatem problemas, façam consultas e removam seus dados, assegurando auditorias e supervisão independente, fortalecendo a confiança e a responsabilização institucional.

Princípio III – Garantir a segurança dos dados

A segurança de dados na GDSAS é fundamental e inclui práticas técnicas e processuais para proteger pessoas e comunidades durante o ciclo de vida dos dados, acompanhando a evolução das tecnologias.

Medidas rigorosas de segurança devem ser adotadas em todos os processos de dados, desde autenticação e criptografia até auditorias periódicas. A GDSAS precisa mitigar os riscos de segurança cibernética e proteger dados sensíveis, respeitando o direito à privacidade. Em caso de violações, é essencial notificar os afetados e os órgãos reguladores, garantindo transparência sobre o evento e as medidas preventivas.

A adoção de sistemas de dados federados também é recomendada para proteger e descentralizar o armazenamento e o processamento de dados, permitindo análise consentida e integração entre diferentes setores da saúde.

Princípio IV – Melhorar os sistemas e serviços de saúde

A GDSAS promove o uso de dados de saúde para ampliar o acesso e a equidade nos cuidados, integrando dados para entender e reduzir as desigualdades no sistema de saúde. Esse princípio engloba iniciativas para fortalecer os atendimentos individual e coletivo, impulsionando a saúde pública por meio de diagnósticos mais precisos, vigilância epidemiológica e medicina de precisão. Com dados compartilhados entre unidades de saúde e profissionais, a GDSAS facilita uma continuidade de cuidados mais eficiente, garantindo que as decisões clínicas e gerenciais sejam embasadas e integradas aos avanços tecnológicos.

Além disso, o princípio valoriza o papel das comunidades e dos profissionais de saúde no processo de tomada de decisão baseada em dados. Incentiva-se o desenvolvimento de habilidades de análise e interpretação de dados nos profissionais de linha de frente, reconhecendo sua importância em um sistema de saúde orientado por dados. A GDSAS ainda contempla uma estrutura de governança que fortalece a propriedade comunitária dos dados, promovendo a inclusão de diversas vozes no planejamento e no aprimoramento dos serviços de saúde, sempre com o intuito de criar um ambiente de colaboração e empoderamento comunitário.

Princípio V – Promover o compartilhamento e interoperabilidade

Para maximizar o impacto dos dados na saúde, o compartilhamento ético e a interoperabilidade são fundamentais. A GDSAS deve promover políticas de compartilhamento de dados que reduzam a coleta duplicada e os riscos individual e coletivo, apoiando a equidade nos serviços de saúde pública. O compartilhamento seguro e transparente entre setores público e privado fortalece a resposta às necessidades de saúde, especialmente em emergências, facilitando a colaboração global e regional para uma atuação coordenada em crises.

A interoperabilidade é uma base para o uso consistente e padronizado dos dados, facilitando trocas eficientes entre sistemas e garantindo que diferentes plataformas se comuniquem de maneira integrada. Com padrões como Health Level Seven (HL7), Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR) e normas International Standards Organization (ISO), a GDSAS promove a criação de estruturas de dados comuns, reduzindo erros e otimizando a qualidade dos dados transferidos. Além disso, ao definir níveis de acesso, a GDSAS ajuda a

proteger dados sensíveis e permite o uso direcionado de dados anonimizados, respeitando o direito à privacidade e a segurança das informações coletadas.

Princípio VI – Facilitar a inovação usando os dados sobre a saúde

A inovação é crucial para transformar o sistema de saúde, e a GDSAS visa criar um ambiente que se adapte e incentive o uso responsável de tecnologias emergentes. Com diretrizes que antecipam a implementação de Inteligência Artificial (IA), Big Data e outras inovações, a GDSAS propõe um ambiente onde novas tecnologias são testadas e reguladas por meio de políticas adaptáveis, como as “caixas de areia” para ensaios controlados. Essas diretrizes ajudam a mitigar potenciais riscos enquanto maximizam o impacto positivo da inovação na saúde.

Ao incluir dados de várias fontes, além da saúde, a GDSAS permite o cruzamento de dados que potencializam pesquisas e o desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas. Essa integração de dados, sempre baseada em propósitos definidos, ajuda a prevenir riscos, como a reidentificação de dados, e promove uma gestão ética e segura dos dados. Assim, a GDSAS se estabelece como uma base para a evolução contínua dos sistemas de saúde, aproveitando as inovações digitais e tecnológicas para alcançar os ODS e a UCASS.

Princípio VII – Promover benefícios equitativos dos dados sobre a saúde

Para garantir que os avanços em saúde alcancem todos os segmentos da sociedade, a GDSAS estabelece diretrizes para a inclusão representativa de todos os grupos demográficos e sociais nos dados de saúde. Esse princípio visa garantir que as necessidades de grupos historicamente marginalizados sejam incorporadas nas políticas de governança de dados, assegurando que a coleta e a análise sejam sensíveis às realidades de populações vulneráveis. Dessa forma, a GDSAS promove a equidade na representação e no acesso aos benefícios gerados pelo uso de dados de saúde.

Além disso, o princípio propõe mecanismos para identificar e mitigar o viés nos dados, que podem levar a interpretações incorretas e reforçar desigualdades. A GDSAS defende o uso de linguagem acessível e inclusiva, garantindo que todas as comunidades compreendam seus direitos e tenham acesso a informações transparentes e práticas sobre o uso de seus dados. Com mecanismos de retorno inclusivos, a GDSAS assegura que indivíduos e comunidades tenham controle

sobre suas informações, participando ativamente da tomada de decisões em sistemas de saúde orientados por dados.

Princípio VIII – Estabelecer direitos de propriedade sobre os dados

A GDSAS defende que os direitos sobre dados de saúde estejam ancorados em princípios de direitos humanos, como o direito à privacidade e ao benefício compartilhado dos dados. Reconhecendo que dados de saúde são propriedades individuais e comunitárias, o princípio estipula que as pessoas têm direito de saber e decidir como suas informações são usadas. A governança deve ser desenhada para proteger esses direitos em todos os níveis, incluindo o direito a benefícios derivados de produtos e serviços baseados em dados.

O princípio destaca a necessidade de papéis de governança definidos, incluindo o responsável pelos dados e o beneficiário, assegurando que os direitos de privacidade e segurança sejam mantidos em todo o ciclo de vida dos dados. Além disso, a GDSAS propõe a criação de fundos e cooperativas de dados para gerenciar o compartilhamento seguro e a aplicação de direitos de dados, promovendo um sistema de governança participativo e transparente, onde as pessoas possam exercer seus direitos e participar de decisões sobre o uso de seus dados.

Discussão e conclusão

No Brasil, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) vem discutindo e disseminando a questão da proteção dos dados em seus planos diretores de informação e tecnologia da informação em saúde (PladITIS) (Silva et al., 2020), e vem influenciando decisivamente a política nacional sobre o tema.

Em sua terceira edição, o PladITIS alertou para a falta de governança na condução da informatização das redes de atenção do SUS, em especial a porta de entrada composta de Unidades Básicas de Saúde e Núcleos de Saúde da Família, cuja responsabilidade é municipal por determinação constitucional.

O conjunto de princípios apresentados aponta a literacia digital da sociedade como novo direito fundamental que tem uma relevância maior no contexto do processo saúde-doença em que os problemas de comunicação, de hipervigilância não consentida e de exercício danoso do poder da clínica não estão resolvidos.

Uma lacuna observada no documento apresentado é o aprofundamento do risco ambiental na digitalização da saúde. Enquanto a computação quântica não é acessível, já está provado que o treinamento de sistemas computacionais de

aprendizagem profunda consome muita energia, aumentando significativamente a pegada de carbono (Anthony, Kanding & Selvan, 2020). Além disso, esses sistemas empregam pessoas globalmente de maneira precária que etiquetam os dados, aumentando o contingente de trabalhadores sem seguridade social.

Espera-se que a disseminação destes princípios entre leigos, pesquisadores do campo da Saúde Coletiva, profissionais de saúde e professores possa estimular o cada vez mais pulsante debate multidisciplinar no país em torno da condução ética da digitalização dos registros de saúde dos cidadãos e da manipulação desses registros por IA, estabelecendo limites concretos e evidentes na garantia de seus direitos.

Assinala-se, nesse sentido, o pensamento de Kate Crawford (2021), que aborda a IA como poder e mecanismo de ampliação de assimetrias sociais em sua obra. Ela também sinaliza que as iniciativas globais de defesa à proteção de dados, aos direitos laborais, à justiça climática e à igualdade racial devem ser ouvidas em conjunto como resistência a este movimento necropolítico e em defesa dos direitos humanos sob uma nova perspectiva integrada.

Os dados digitalizados são extensões das pessoas naturais, trazem benefícios no campo da saúde, como o uso da telessaúde para atender povos isolados. No entanto, o uso indevido dessa informação em rede e a falta de transparência dos sistemas de aprendizagem profunda e de outros tipos de IA no campo da saúde apresentam novos desafios, trata-se de um problema a ser ponderado e regulado globalmente, contemplando a multiplicidade humana.

Referências

- ANTHONY, L. F. W.; KANDING, B. & SELVAN, R. *Carbontracker: Tracking and Predicting the Carbon Footprint of Training Deep Learning Models*. arXiv, 6 jul. 2020. Disponível em: <http://arxiv.org/abs/2007.03051>. Acesso em: 25 out. 2024.
- BRASIL. Presidência da República. *Decreto n.º 591*, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Brasília, DF, 1992a.
- BRASIL. Presidência da República. *Decreto n.º 592*, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos. Promulgação. Brasília, DF, 1992b.
- CRAWFORD, K. *The Atlas of AI: Power, Politics, and the Planetary Costs of Artificial Intelligence*. [s.l.] Yale University Press, 2021.
- KICKBUSCH, I. et al. The Lancet and Financial Times Commission on governing

- health futures 2030: growing up in a digital world. *The Lancet*, Londres, vol. 398, n.º 10.312, pp. 1.727-76, nov. 2021.
- OECD/LEGAL/0433. *Recommendation of the Council on Health Data Governance*. 2022. Disponível em: <https://legalinstruments.oecd.org/api/print?id=348&lang=en>. Acesso em: 12 abr. 2022.
- OECD/LEGAL/0449. *Recommendation of the Council on Artificial Intelligence*. 2019. Disponível em: <https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/OECD-LEGAL-0449>. Acesso em: 12 abr. 2022.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Oito Princípios Orientadores da Transformação Digital do Setor da Saúde. Um apelo à ação pan-americana*. 2021. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54669/OPASEIHIS210004_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 12 abr. 2022.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. *Comunicação & Educação*, vol. 0, n.º 3, p. 13, 30 ago. 1995.
- SILVA, A. B. et al. Three decades of telemedicine in Brazil: Mapping the regulatory framework from 1990 to 2018. *PLOS ONE*, vol. 15, n.º 11, p. e0242869, 25 nov. 2020.
- SOUZA, V. de L. E. *O poder decisório em saúde no Brasil: gestores, informação e o cuidado à saúde*. 280f. Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.
- THE DIGITAL IMPACT ALLIANCE. *Principles for Digital Development*. 2017. Disponível em: <https://digitalprinciples.org/>. Acesso em: 12 abr. 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Health Organization Data Principles*. Genebra, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/data/principles>. Acesso em: 12 abr. 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance*. Genebra, 2021.

Judicialização da saúde no Brasil e a violação dos direitos humanos

*Alberto Jucelino Pereira Junior
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos*

A discussão sobre direitos humanos abrange a garantia dos direitos de todos os cidadãos, devendo ser aplicada de maneira universal e sem discriminação. Essa compreensão, no entanto, nem sempre foi assim tão evidente. Com frequência, os direitos humanos são erroneamente associados a estigmas, como “direitos de bandidos” ou “direitos de pobres”, quando, na verdade, abrangem a totalidade da população, independentemente de classe, raça, gênero, profissão ou quaisquer outras características. A dignidade e os direitos dos indivíduos devem ser assegurados simplesmente pelo fato de serem seres humanos.

O século XX foi um marco de atrocidades e desumanidades, em grande parte em razão do nazismo, que resultou na morte de milhões por questões raciais. No pós-guerra, uma nova realidade emergiu, pautada pela valorização do ideal democrático, pelo crescimento econômico e pelas revoluções políticas e culturais, que culminaram na ênfase ao direito à vida e à solidariedade. Em 1945, a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) visou proteger a paz internacional e prevenir futuros conflitos. Dois anos depois, a Declaração

Universal dos Direitos Humanos foi aprovada, estabelecendo a igualdade e a dignidade como pilares fundamentais e reconhecendo os direitos e as liberdades essenciais a todos (ONU, 1948).

Os direitos humanos consideram fatores territoriais e culturais, com o intuito de identificar violações e promover a proteção de direitos individuais, sociais, políticos, econômicos e ambientais; abrangendo grupos como idosos, crianças, mulheres e indígenas. A dignidade humana é, portanto, inseparável do que se entende por justiça e direitos humanos, representando um princípio universal reconhecido.

No Brasil, estes direitos foram consagrados na Constituição de 1988, que reconheceu a saúde como um direito universal e um dever do Estado (Brasil, 1988), e foram posteriormente regulamentados pela lei que estruturou o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990). A falta de conhecimento e educação sobre esses direitos, entretanto, contribuem para violações ainda maiores. Em contrapartida, observa-se um aumento nas demandas judiciais relacionadas ao acesso a medicamentos, tratamentos e serviços de saúde; indicando um avanço no exercício da cidadania.

A falha na prestação destes serviços levou ao fenômeno conhecido como “judicialização da saúde”, que teve início na década de 1990, com as demandas por medicamentos para portadores do vírus HIV/aids. Esse crescente fenômeno tem despertado o interesse de acadêmicos, profissionais da saúde, operadores do direito e da sociedade civil, revelando a complexidade da relação entre o Judiciário e a garantia dos direitos humanos no contexto da saúde no Brasil.

Direito à saúde

A década de 1980 foi marcada pela redemocratização do Brasil e pelos emblemáticos debates ocorridos na Assembleia Nacional Constituinte, que culminaram na promulgação da Carta Cidadã (Brasil, 1988). Segundo Bercovici (2013, p. 306), “o poder constituinte é manifestação da soberania, sendo um poder histórico e não limitado pelo direito”. Desde a Revolução Francesa, o poder constituinte do povo é visto como a verdadeira forma de soberania popular. Essa teoria surge quando o povo é “chamado a decidir coletivamente sobre a sua forma política” (p. 307). O poder constituinte é permanente e somente o povo possui “autoridade e força para estabelecer a constituição” (pp. 309-10).

A Assembleia Nacional Constituinte expressou diversos direitos reivindicados pela população, incluindo o direito fundamental à saúde, consagrado na Constituição Federal (CRFB). Assim, as ações e os serviços de saúde passam a ser

de importância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle. Ademais, determina que o sistema de saúde deve ser articulado em uma rede regionalizada e hierarquizada, visando garantir o direito à saúde a todos os brasileiros, baseado em princípios doutrinários (universalidade, igualdade/equidade e integralidade) e diretrizes organizacionais (unicidade federativa, descentralização e participação da comunidade/cidadania) (Brasil, 1988).

Dallari (1988) observa que a complexidade do termo “direito” abrange tanto a ciência do direito quanto o sistema de normas que regulam a convivência social. O direito pode ser analisado sob diferentes perspectivas: como uma regra interna que regula ações ou como um conceito de ‘ordem de conduta humana’, segundo a teoria de Kelsen. O “direito à saúde” é entendido em seu sentido subjetivo, incorporando aspectos sociais e individuais, como a liberdade de escolher tratamentos e a autonomia dos profissionais de saúde.

A realização deste direito é condicionada pelo desenvolvimento socioeconômico do Estado, que influencia a capacidade dos indivíduos de obter o bem-estar físico, mental e social. O direito à saúde deve considerar os aspectos sociais e a equidade, garantindo acesso igualitário às ações e aos serviços de saúde. Segundo Dallari (1988), a igualdade e a liberdade no direito à saúde devem ser equilibradas, refletindo a necessidade de um Estado desenvolvido para garantir proteção e cuidados iguais.

Oliveira & Vasconcellos (2009) argumentam que saúde e direito são constructos históricos da humanidade que expressam as relações da natureza e o corpo, mediadas pelo trabalho, pelo meio ambiente, pela habitação, pela alimentação e pelo transporte, regulados por mecanismos de harmonização de conflitos entre as pessoas.

Os conceitos de “direito” e “saúde” não surgiram de forma isolada, mas são frutos da evolução histórica da sociedade. O “direito” evoluiu com a civilização, refletindo normas para regular a convivência social. A “saúde”, antes ligada a práticas religiosas, hoje inclui aspectos físicos, mentais e sociais.

Com o passar do tempo, as duas áreas convergiram para buscar a defesa do bem-estar, especialmente em países democráticos como o Brasil. O direito à saúde, portanto, é entendido como a expressão do próprio corpo que sustenta a vida.

No Brasil, a garantia desse direito está fundamentada na CRFB e nas leis que criaram o SUS. Esses fundamentos foram incluídos no relatório da 8.^a Conferência Nacional de Saúde, que aponta que a saúde é definida pelas lutas cotidianas da população. Nela foram abordadas duas concepções de saúde: o conceito ampliado de saúde, atrelado ao direito social e à cidadania, para englobar um conjunto de políticas que visem à garantia de emprego, renda, previdência, educação, alimentação, lazer entre outros; e a ampliação do acesso à saúde

visando à garantia da prestação de serviços de saúde, além da oferta de serviços médico-hospitalares (Rosário, Baptista & Matta, 2020)

O direito à saúde, conforme definido na CRFB, implica que o acesso deve seguir os princípios de universalidade e igualdade e estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Contudo, as profundas desigualdades no Brasil afetam grupos vulneráveis que não têm garantidos esses princípios e sofrem com a ausência de renda, péssimas condições de vida, falta de escolaridade e discriminação. O enfrentamento das desigualdades socioeconômicas, por meio de políticas públicas que garantam melhores condições de vida, depende de um direito à saúde elevado ao seu mais alto padrão atingível, conjugado aos distintos direitos sociais (Oliveira et al., 2017; 2018).

Para alcançar este ideal, o direito à saúde deve ser integrado a uma rede abrangente de outros direitos sociais, conforme previsto na CRFB (Brasil, 1988), que estabelece que esses direitos são interdependentes. Oliveira et al. (2017) destacam que a saúde não pode ser dissociada das condições sociais que impactam a qualidade de vida dos indivíduos. Promoção e proteção da saúde exigem um enfoque holístico que crie um ambiente propício para alcançar o máximo padrão de saúde capaz de ser atingido.

No Estado Democrático de Direito, Oliveira & Vasconcellos (2009, p. 14) destacam que “o direito à saúde passou a ser uma palavra de ordem na luta pela saúde” após ser inserido na Carta Cidadã de 1988. Os autores ressaltam a importância de entender o direito à saúde como um produto de processos históricos complexos que contextualizam normas e práticas atuais relacionadas às suas origens.

Além disso, o direito à saúde, expresso na CRFB, reflete o compromisso do Estado com a dignidade humana e a justiça social. A interrelação entre os direitos sociais e o direito à saúde é central para analisar a eficácia das políticas públicas e a realização plena dos direitos fundamentais garantidos constitucionalmente.

Todavia, a análise da eficácia de uma norma jurídica constitucional envolve a investigação de diversos aspectos, entre eles o estudo da efetividade. A efetividade é frequentemente referida como eficácia social, o que implica no reconhecimento e na observância das normas pela sociedade, manifestando-se, assim, na prática das interações sociais (Azevedo, Girianelli & Bonfatti, 2020).

A definição legal do direito à saúde implica na responsabilização de cada ente federativo, que, ao se omitir ou permitir a ausência de condições básicas, evidencia a necessidade de intervenção do Judiciário para garantir que não ocorram violações aos direitos humanos e aos direitos fundamentais assegurados pela CRFB.

Judicialização da saúde

O fenômeno da judicialização é caracterizado pelo recurso ao Poder Judiciário para resolver conflitos que poderiam ser solucionados de outras formas, especialmente em determinados contextos políticos. Definido como “ato de judicializar”, esse conceito tem implicações significativas nas esferas política e social. A judicialização da política resulta na resolução de demandas que tradicionalmente caberiam ao Congresso Nacional e ao Poder Executivo, fenômeno que emergiu com a redemocratização e a ampliação da CRFB (Barroso, 2009).

A judicialização das políticas públicas reflete a capacidade dos tribunais de decidir questões morais e políticas essenciais, garantindo direitos fundamentais. As origens e os impactos desse fenômeno, não exclusivos do Brasil, relacionam-se com a evolução das democracias contemporâneas. Segundo Santos (2003), a judicialização da política ocorre quando os tribunais afetam significativamente as condições da ação política, podendo influenciar em dois níveis (baixa e alta intensidade). Para o autor, a judicialização da política induz à politização da justiça. A judicialização, portanto, não só altera as dinâmicas de poder, mas também contribui para a justiça influenciar a ação política em diferentes níveis.

A judicialização da saúde no Brasil surge com o reconhecimento da saúde como um direito universal e dever do Estado (Brasil, 1988; 1990). Esse fenômeno se manifesta por meio de um aumento nas demandas judiciais relacionadas ao acesso a medicamentos, cirurgias e serviços de saúde, representando um avanço na cidadania da população, mas os direitos sociais que estão relacionados ao conceito ampliado à saúde ainda não são judicializados, pois somente impactam as populações menos favorecidas.

As primeiras reivindicações judiciais surgiram na década de 1990, quando pacientes portadores do HIV buscavam o fornecimento gratuito de medicamentos antirretrovirais em razão do alto custo. Infecção que inicialmente atingiu a população com maior poder econômico e, portanto, maior poder político e social.

O direito à saúde, para Oliveira et al. (2018), está vinculado ao princípio da dignidade da pessoa humana, amplamente reconhecido em tratados internacionais, especialmente no Pacto de San José da Costa Rica. A autora enfatiza que a dignidade humana é um valor universal e essencial para a justiça e os direitos humanos.

Direitos humanos violados

A judicialização da saúde no Brasil revela diversas formas de violação de direitos humanos analisados sob diferentes perspectivas. O fenômeno frequentemente acentua as desigualdades preexistentes, nas quais indivíduos com maior poder aquisitivo ou acesso a recursos jurídicos têm mais facilidade em garantir seus direitos, enquanto aqueles em situação de vulnerabilidade enfrentam barreiras significativas. Esse cenário resulta em um acesso desigual a ações e serviços de saúde que deveriam ser garantidos universalmente.

Oliveira & Vasconcellos (2009) enfatizam que o direito à saúde é um direito humano fundamental. O Estado, quando falha em assegurar esse direito, força os cidadãos a recorrerem ao Judiciário, o que pode culminar, muitas vezes, em um tratamento desigual baseado em decisões que priorizam casos individuais em detrimento da saúde da coletividade. Essa situação pode comprometer a efetividade da política pública de saúde no Brasil.

Esta tensão, provocada pela judicialização da saúde, questiona a capacidade do Estado em cumprir suas obrigações estatuídas na Carta Cidadã de 1988. O aumento das demandas judiciais pode sobrecarregar o sistema judiciário, desviando recursos que poderiam ser aplicados na melhoria dos serviços públicos de saúde para atender às necessidades da população como um todo, prejudicando, assim, a efetividade da assistência à saúde (Delduque, Marques & Ciarlini, 2013).

Vincular a judicialização para assegurar os direitos à saúde pode desencorajar investimentos em políticas públicas efetivas, porque as decisões judiciais se tornariam o principal meio de acesso à saúde, assim comprometendo a capacidade do Estado em planejar e implementar políticas adequadas. Notadamente, a judicialização da saúde evidencia a fragilidade do sistema de saúde pública e a urgência de reformas estruturais.

Para mitigar a violação destes direitos humanos, algumas medidas urgentes devem ser propostas, tais como: investir na melhoria da infraestrutura do SUS; capacitar profissionais e ampliar o acesso a serviços para reduzir a judicialização; implementar mecanismos administrativos que possibilitem a resolução de demandas de saúde antes que essas cheguem ao Judiciário; promover a conscientização da população sobre seus direitos e sobre o funcionamento do sistema de saúde; promover diálogo entre os Poderes Judiciário, Executivo e Legislativo para a formulação de políticas públicas que atendam às necessidades da população e respeitem os direitos humanos. Além de priorizar as políticas que garantem os direitos sociais, como emprego, renda, educação, alimentação, lazer, entre outros, que impactam positivamente na saúde da população como um todo.

Desvendando casos concretos no Poder Judiciário

A judicialização da saúde é um fenômeno que surge quando os cidadãos buscam a proteção de seus direitos à saúde por meio do sistema judiciário. Isso pode gerar conflitos entre as necessidades individuais e as políticas públicas de saúde estabelecidas para atender a coletividade (Delduque, Marques & Ciarlini, 2013).

Diversos autores enfatizam a importância de discutir o direito à saúde de forma equilibrada, considerando tanto as demandas individuais quanto as diretrizes das políticas públicas de saúde, para garantir a dignidade humana e a efetivação dos direitos sociais previsto na Constituição Cidadã de 1988 e evitar violações aos direitos humanos (Oliveira & Vasconcellos, 2009; Delduque, Marques & Ciarlini; 2013; Oliveira et al., 2018).

Delduque, Marques & Ciarlini (2013) relataram que o Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul impetrou mandados de segurança em favor de portadores do vírus HIV que tiveram negados os medicamentos essenciais para o tratamento da doença (STJ, 2007). A decisão judicial de primeira instância baseou-se nos direitos à vida e à saúde, conforme estabelecido na CRFB — saúde é dever do Estado garantida a todos os cidadãos. Foi ressaltado que o Estado tem a obrigação de assegurar o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, incluindo a distribuição gratuita de medicamentos para pessoas portadoras do vírus HIV, conforme previsto na legislação infraconstitucional (Brasil, 1996). Essa lei estabelece a distribuição de medicamentos a pessoas com HIV por meio do SUS. Esse caso exemplifica a necessidade de judicialização para garantia de direitos à saúde que foram violados.

O segundo caso, mencionado pelos autores, aborda a questão dos limites da atividade jurisdicional em relação à garantia do direito à vida e à saúde (STJ, 2006a). Foi destacada a complexidade e a importância da atuação do Poder Judiciário nesse contexto. A decisão judicial enfatiza que, embora o Judiciário tenha a responsabilidade de proteger os direitos fundamentais, incluindo o direito à saúde, essa proteção não deve ser vista como uma ingerência indevida nas funções do Poder Executivo. Esse caso ilustra a tensão entre a necessidade de garantir o acesso a tratamentos de saúde e as diretrizes orçamentárias e administrativas do Estado. O Judiciário, ao ser acionado, deve considerar a primazia do direito à vida e à saúde, que são direitos fundamentais assegurados pela Carta Magna. A decisão judicial, portanto, não apenas reafirma a aplicabilidade imediata das normas constitucionais que garantem esses direitos, mas também reconhece que a não proteção da vida é uma violação dos direitos humanos, sendo a vida um valor central que deve ser priorizado em qualquer análise.

A sentença argumenta que a atuação judicial, longe de ser uma interferência negativa, é, na verdade, um meio necessário para assegurar a efetividade dos direitos constitucionais. O Judiciário deve, assim, agir de forma a garantir que as políticas públicas de saúde sejam implementadas de maneira que respeitem e promovam esses direitos, mesmo diante de limitações orçamentárias ou administrativas.

Por conseguinte, destaca-se a importância de um diálogo entre os Poderes Executivo e Judiciário, no qual o Judiciário deve atuar com responsabilidade, respeitando os limites de sua função, mas também garantindo que os direitos fundamentais dos cidadãos sejam efetivamente protegidos. A decisão reafirma que a violação de proteção da vida e da saúde deve ser uma prioridade, e que a judicialização da saúde, quando bem fundamentada, pode ser uma ferramenta crucial para a defesa dos direitos humanos.

Outro caso estudado por Delduque, Marques & Ciarlini (2013) aborda a tensão entre o direito à saúde e a disponibilidade de recursos públicos, destacando a complexidade da judicialização da saúde no Brasil (STJ, 2006b). Esse caso é emblemático, sendo adotado como paradigma representativo do posicionamento do Supremo Tribunal Federal, pois ilustra como a atuação do Poder Judiciário pode impactar diretamente a gestão de recursos públicos e a implementação de políticas de saúde. A decisão judicial em questão enfatiza a importância do direito à vida e à saúde, reconhecendo que esses direitos são fundamentais e devem ser garantidos pelo Estado. A decisão também ressalta, contudo, que a efetivação desses direitos deve ser feita nos limites da capacidade financeira do Estado. Delduque, Marques & Ciarlini (2013) destacam que, embora o Judiciário tenha o dever de proteger os direitos dos cidadãos, ele também deve considerar a realidade orçamentária e as prioridades estabelecidas nas políticas públicas de saúde.

Então, como fica a questão da violação dos direitos humanos? Segundo Delduque, Marques & Ciarlini (2013), o caso revela a dificuldade de equilibrar as demandas individuais por tratamentos e medicamentos com a necessidade de manter um sistema de saúde que funcione com eficiência e equidade. A judicialização, ao exigir que o Estado forneça tratamentos específicos para indivíduos, pode levar a um esgotamento dos recursos disponíveis, prejudicando a capacidade do sistema de saúde de atender a população em geral e evitar a violação dos direitos humanos à coletividade.

A decisão judicial também destaca que a proteção do direito à saúde não deve ser vista como uma responsabilidade exclusiva do Judiciário, mas sim como uma obrigação compartilhada entre os diferentes poderes do Estado. O Judiciário deve atuar para garantir que as políticas públicas sejam implementadas de maneira que respeitem os direitos fundamentais (direitos humanos), mas

também deve reconhecer os limites impostos pela realidade financeira e administrativa do Estado.

Para Delduque, Marques & Ciarlini (2013) este caso ilustra a necessidade de um diálogo contínuo entre os Poderes Executivo e Judiciário, em que ambos devem trabalhar juntos para garantir que os direitos à saúde e à vida sejam efetivamente protegidos, sem comprometer a viabilidade do SUS como um todo. Assim, a judicialização, quando não gerida adequadamente, pode criar um círculo vicioso que prejudica tanto a assistência individual quanto a coletiva, evidenciando a complexidade do tema e a necessidade de soluções integradas e sustentáveis.

No Rio de Janeiro, a autarquia de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON) propôs Ação Civil Pública após realização de mapeamento de ações judiciais individuais, em que as operadoras de planos de saúde negaram o fornecimento do serviço de *home care*, sob a alegação de não estarem obrigadas a fornecer o serviço pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou o serviço não constar no contrato de seguro saúde (TJRJ, 2019). Os Tribunais Superiores entendem que o tratamento domiciliar, conhecido como *home care*, é desdobramento do atendimento hospitalar contratualmente previsto. A limitação ou a recusa da operadora de plano de saúde, portanto, constitui conduta abusiva e ilegal (STJ, 2015; TJRJ, 2015).

Santos (2011) aborda a relevância da redução do tempo de internação e das reinternações nas instituições de saúde, evidenciando que tal abordagem diminui os custos operacionais e mitiga os riscos associados às hospitalizações para os pacientes. A redução da permanência hospitalar propicia a liberação de leitos, permitindo que mais pessoas tenham acesso a cuidados, especialmente aqueles que apresentam condições de saúde mais fragilizadas.

A necessidade de uma reformulação no modelo de atenção à saúde é ainda mais premente diante do aumento da demanda e do contexto econômico atual (Santos, 2011). A transferência dos cuidados secundários para ambientes ambulatoriais e domiciliares emerge como uma alternativa viável, capaz de otimizar os recursos escassos da área da Saúde. O modelo centrado na hospitalização, já ultrapassado, se mantido, pode resultar em superlotação das unidades de saúde e comprometer a qualidade do atendimento, especialmente para a população idosa com doenças crônicas.

Nesse contexto, a judicialização da saúde pode ser compreendida como uma manifestação da busca por acesso equitativo a cuidados adequados, revelando a violação dos direitos humanos quando o sistema falha em garantir uma assistência de qualidade. A implementação de soluções que promovam cuidados domiciliares também é fundamental para assegurar a eficiência do sistema de saúde, o respeito à dignidade da pessoa humana e os direitos à saúde dos cidadãos.

Conclusão

A judicialização da saúde no Brasil reflete falhas na implementação dos direitos humanos, especialmente no acesso à saúde. O Judiciário, embora tenha um papel crucial na proteção dos direitos individuais, sua utilização como via para garantir direitos básicos evidencia a necessidade de reformas estruturais no SUS para assegurar um acesso equitativo e eficiente a todos os cidadãos.

A análise deste fenômeno revela um complexo panorama no qual os direitos humanos e a dignidade se entrelaçam com falhas nas políticas públicas de saúde. A CRFB reconhece a saúde como um direito universal e um dever do Estado, mas desigualdades sociais persistentes e a falta de recursos adequados comprometem sua efetividade. A judicialização, embora avance a cidadania, frequentemente privilegia aqueles com maior acesso a recursos jurídicos, resultando em decisões que priorizam interesses individuais em detrimento da coletividade.

É crucial que o Estado assuma sua responsabilidade de garantir o direito à saúde de forma eficaz e equitativa. Medidas como o fortalecimento do SUS, a implementação de mecanismos administrativos para resolução de conflitos e a promoção da educação em saúde são fundamentais para diminuir a dependência do Judiciário. Além disso, um diálogo constante entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, até mesmo com participação da academia e pesquisadores, é essencial para formular políticas públicas que respeitem e promovam os direitos humanos.

Enfim, a judicialização da saúde deve ser vista como um indicador das fragilidades do sistema de saúde pública. Para avançar na realização dos direitos humanos, é necessário um compromisso coletivo em promover a dignidade e o acesso igualitário à saúde, refletindo os valores fundamentais consagrados na Constituição Federal de 1988 e na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Referências

- AZEVEDO, A. A.; GIRIANELLI, V. R. & BONFATTI, R. J. A efetividade da lei de prioridade especial quanto às demandas judiciais de saúde na 2.^a Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Janeiro. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, vol. 23, n.º 4, p. e200212, 2020.
- BARROSO, L. R. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. *Suffragium - Revista do Tribunal Regional Eleitoral do Ceará*, Fortaleza, vol. 5, n.º 8, pp. 11-22, jan.- dez. 2009.

- BERCOVICI, G. O Poder Constituinte do povo no Brasil: um roteiro de pesquisa sobre a crise constituinte. *Lua Nova*, São Paulo, vol. 88, pp. 305-25. 2013.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 1990.
- BRASIL. Lei n.º 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm. Acesso em: 20 set. 2024.
- DALLARI, S. G. O direito à saúde. *Rev. Saúde púb*, São Paulo, vol. 22, n.º 1, pp. 57-63, fev. 1988.
- DELDUQUE, M. C., MARQUES, S. B. & CIARLINI, A. Judicialização das políticas de saúde no Brasil. In: ALVES, S. M. C.; DELDUQUE, M. C. & DINO NETO, N. (orgs.). *Direito sanitário em perspectiva*. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União; Fiocruz Brasília, vol. 2., pp. 185-221, 2013.
- OLIVEIRA, M. H. B. & VASCONCELLOS, L. C. F. *Direito e Saúde: um campo em construção*. 1.ª ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2009.
- OLIVEIRA, M. H. B. et al. *Direitos Humanos e Saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos*. 1.ª ed. Rio de Janeiro: CEBES, 2017.
- OLIVEIRA, M. H. B. et al. Direitos humanos e saúde: 70 anos após a Declaração Universal dos Direitos Humanos. *Reciis – Rev Eletron Comun InfInov Saúde*, Rio de Janeiro, vol. 12, n.º 4, pp. 370-4, out.-dez. 2018.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. 1948.
- ROSÁRIO, C. A.; BAPTISTA, T. W. F. & MATTA, G. C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, vol. 44, n.º 124, pp. 17-31, jan.-mar. 2020.
- SANTOS, B. S. A judicialização da política. *Jornal Público*, Portugal, 27 maio 2003. Disponível em: <https://www.publico.pt/2003/05/27/jornal/a-judicializacao-da-politica-201706>. Acesso em: 20 set. 2024.
- SANTOS, L. R. Princípios Éticos como Norteadores no Cuidado Domiciliar. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 16, suppl. 1, pp. 857-9, mar. 2011.
- SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (STJ). *Recurso Especial n.º 857.502 - RS (2006/0138024-6)*, de 17 de outubro de 2006. 2006a. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=200601380246&dt_publicacao=30/10/2006. Acesso em: 20 set. 2024.
- SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (STJ). *Informativo n.º 414*, de fevereiro de

2006. 2006b. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo414.htm>. Acesso em: 20 set. 2024.
- SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (STJ). *Recurso em Mandado de Segurança n.º 23.184 - RS (2006/0259093-6)*, de 27 de fevereiro de 2007. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=200602590936&dt_publicacao=19/03/2007. Acesso em: 20 set. 2024.
- SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (STJ). *Recurso Especial n.º 1.378.707 - RJ (2013/0099511-2)*, de 26 de maio de 2015. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201300995112&dt_publicacao=15/06/2015. Acesso em: 20 set. 2024.
- TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (TJRJ). *Súmula da jurisprudência predominante n.º 338*, de 4 de maio de 2015. Disponível em: <https://www.tjrj.jus.br/documents/10136/71563/sumula-tjerj-annotada.pdf>. Acesso em: 20 set. 2024.
- TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (TJRJ). *Agravo de instrumento n.º 0011134-58.2019.8.19.0000*, de 7 de março de 2019. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/su/suspensa-liminar-obrigava-planos-rio.pdf>. Acesso em: 20 set. 2024.

Capítulo 12

Tuberculose na população em situação de rua e demais populações brasileiras de 2015 a 2021

Hana Yasmim Marques Silva de Souza

Vania Reis Girianelli

Maria Helena Barros de Oliveira

Atuberculose continua sendo um importante problema de saúde pública no Brasil, apesar de ser uma doença curável (Brasil, 2019). As populações mais vulneráveis enfrentam diversas barreiras, como adequação dos serviços para sua necessidade e individualidade, ações inexistentes ou prejudicadas pela falta de continuidade, preconceito dos profissionais de saúde etc. (Valle & Farah, 2020). Dentre as populações em situação de vulnerabilidade destacam-se as pessoas em situação de rua, que se configuram como um grupo de risco especial para a tuberculose pelo processo experienciado de extrema exclusão social, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, situações de violência, discriminação e possuem vínculos familiares fragilizados ou inexistentes (Hino, Santos & Rosa, 2018; Patrício et al., 2020; Valle & Farah, 2020). Santos et al. (2021) observaram que a chance de perda do seguimento para tratamento foi 2,9 vezes maior na população em situação de rua (PSR) do que nas demais, e de óbito foi 2,5 vezes maior.

A PSR caracteriza-se por pessoas que utilizam espaços públicos como moradia, de forma temporária ou permanente, em razão de dificuldades econômicas ou vínculos familiares fragilizados, ou interrompidos (Brasil, 2009). A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), assim como o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, reconhecem que a PSR faz parte de um público que possui especificidades para acessar os serviços de saúde, em todos os níveis de complexidades, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, é essencial que essas especificidades sejam (re)conhecidas na organização das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Ademais, a PNPSR encoraja que a relação a ser estabelecida entre os serviços e a PSR seja por meio de diálogo, fortalecimento de vínculos, confiança e respeito à diversidade cultural e ao aprimoramento do controle social por efetivar uma qualificação da assistência (Brasil, 2009).

Um passo importante para a construção de políticas públicas para a saúde está na construção de dados básicos para compreender a magnitude do problema. O Brasil, entretanto, não tem informação sobre o tamanho da PSR, apesar de estar previsto na PNPSR, nem o Censo de 2022 considerou essa população. Tal situação compromete a condução da política, a organização dos serviços de saúde para esse segmento e contribui para a invisibilidade dessas pessoas. Dados informados por gestores de 1.924 prefeituras estimaram para 2022 a existência de 281.472 pessoas em situação de rua no Brasil (Natalino, 2022).

As dificuldades de acesso dessa população aos serviços de saúde ocorrem em função do preconceito numerosas vezes vivenciados ao buscar assistência, burocracia ao exigir comprovante de endereço ou documentos de identificação pessoal, fragilidade de encaminhamento, lentidão para a realização de exames, baixa escuta qualificada dos profissionais, distância dos estabelecimentos de saúde e falta de humanização no atendimento (Oliveira et al., 2020). Tais barreiras de acesso configuram negligência com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como: integralidade, equidade e universalidade.

A busca pelos serviços de saúde geralmente decorre de situações agudas, tornando os serviços de emergências a principal porta de acesso (Oliveira & Guizardi, 2020); ou procuram tardiamente, vivenciando um elevado grau de sofrimento e aumento do consumo de álcool e outras drogas (Oliveira et al., 2020). Equipes de Consultório na Rua (eCR), integradas às ações das Unidades Básicas de Saúde (UBS), foram criadas visando propiciar o acesso dessa população à saúde (Brasil, 2011). As ações são direcionadas ao estabelecimento de vínculo, acolhimento e escuta qualificada, para valorizar o saber e a experiência do indivíduo e sua autonomia (Jorge & Corradi-Webster, 2012). As eCR, entretanto, nem sempre são resolutivas, pois as características estigmatizantes (mau cheiro, efeito do uso de drogas etc.) e burocracias (agendamento

de consultas, exigência de documento e endereço) ainda são barreiras que dificultam o acesso aos demais serviços do SUS (Hallais & Barros, 2015).

Os Determinantes Sociais de Saúde estão associados diretamente às condições de saúde e doença das populações e os fatores econômicos, sociais, raça/cor, gênero exercem influência na potencialização das vulnerabilidades (Pinto et al., 2018). O conceito de vulnerabilidade social se associa a um conjunto de fatores que não estão apenas condicionados à ausência de renda, mas à dificuldade em acessar os serviços públicos e à fragilidade dos vínculos afetivos, como é o caso da PSR (Carmo & Guizardi, 2018).

As PSR têm direitos fundamentais e que devem ser reconhecidos, respeitados, implementados e efetivados. É indispensável o direito à vida, à saúde, ao trabalho, à educação, à moradia, à assistência social, ao lazer etc. Esses elementos irão interagir com o princípio da dignidade da pessoa humana no reconhecimento do valor em sua dimensão de liberdade. A dignidade é a qualidade intrínseca da pessoa humana, independentemente da origem, raça, sexo, idade, condição social ou qualquer outro marcador. É algo irrenunciável e inalienável, se configurando como elemento que qualifica o ser humano como tal.

Os principais problemas de saúde que acometem a PSR são: dores, infecções e demais problemas nos pés; infestações de pediculoses corporal, pubiana, na cabeça e escabiose; tuberculose; HIV e demais infecções sexualmente transmissíveis (ISTs); gravidez de alto risco, doenças crônicas, problemas de saúde bucal e o uso abusivo do álcool e outras drogas (Brasil, 2012). Em relação à tuberculose, a PSR tende a apresentar maior abandono do tratamento e óbito do que a população geral (Santos et al., 2021).

Este capítulo compara as características sociodemográficas e clínicas dos casos novos de tuberculose na PSR com as demais populações brasileiras no período de 2015 a 2021. Os casos novos referem-se aos diagnosticados que nunca utilizaram medicação antituberculosa, ou por menos de 30 dias. Também foram incluídos os diagnosticados após o óbito e com história prévia de tuberculose desconhecida, conforme orientação do Ministério da Saúde (Brasil, 2019). Os dados foram oriundos de microdados anonimizados compactados, acessados em outubro de 2022, do sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que são de acesso irrestrito.

Foram analisadas as variáveis relacionadas às características sociodemográficas (faixa etária, sexo, raça/cor da pele, escolaridade, recebimento de benefício do programa de transferência de renda e macrorregião de residência), clínicas (tipo de entrada, tipo de tuberculose e doenças associadas) e tipo de população (PSR e demais); disponíveis na ficha de notificação. Foi calculado o percentual de cada categoria das variáveis estudada, estratificando por tipo de

população (PSR e demais). O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para avaliar a existência de diferença estatisticamente significativa entre os estratos ($p \leq 0,05$), com correção de Yates, se necessário. A tendência temporal foi descrita tendo como variável independente o ano da notificação e como variável dependente a proporção dos casos novos de tuberculose da PSR em relação à população total. A avaliação foi realizada por regressão linear generalizada, utilizando o método de Prais-Winsten (Antunes & Cardoso, 2015). O aumento ou o declínio das proporções no período foi avaliado com base no coeficiente de regressão (β) e respectiva significância estatística ($p \leq 0,05$). Os dados foram analisados no programa estatístico R versão 4.2.1.

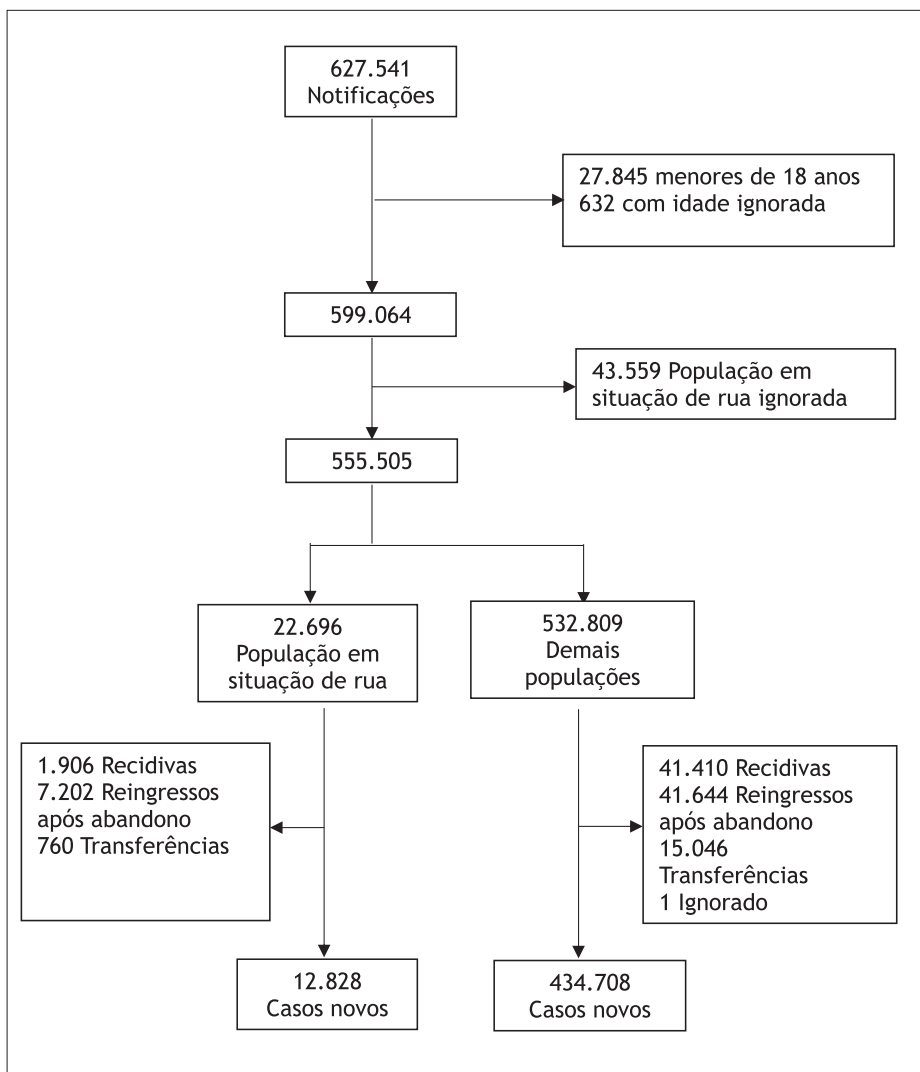
Tendência dos casos novos de tuberculose na população em situação de rua

No período estudado, foram notificados 627.541 casos de tuberculose, sendo 555.505 (88,5%) com 18 anos ou mais e com informação sobre PSR (figura 1). Desses, 447.536 correspondiam a casos novos, e 12.828 (2,9%) se referiam à PSR.

Houve um aumento da proporção das notificações de casos novos de tuberculose na PSR no período ($\beta = 0,39$; $p = 0,044$), mas que não foi acompanhada pelo quantitativo de notificação nessa população, variando de 1.684 em 2015 a 1.787 em 2021, sendo maior em 2019 (1.986) (figura 2).

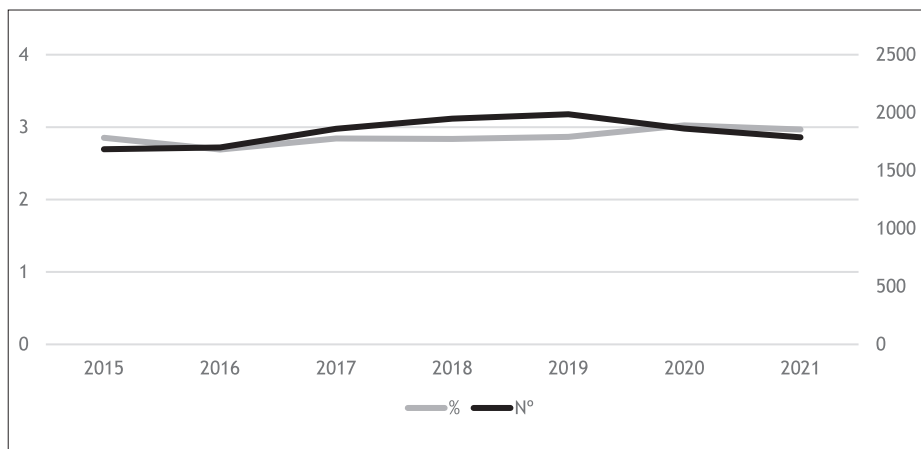
A PSR é exposta a diferentes níveis de vulnerabilização e condições degradantes de vida, que aumentam em 56 vezes o risco de ocorrência de tuberculose em relação à população em geral (Brasil, 2019). A desigualdade social é o principal promotor de risco de desenvolvimento da doença que se agrava com a pobreza (Aguilar et al., 2021). Ademais, a dificuldade de acesso e a baixa adesão ao tratamento são desafios para o cuidado em saúde, necessitando de estratégias específicas para atender essa população (Gioseffi, Batista & Brignol, 2022).

Figura 1. Diagrama do processo de identificação das notificações de tuberculose elegíveis. Brasil, 2015 a 2021



Fonte: Elaboração própria.

Figura 2. Número e percentual de casos novos de tuberculose na população em situação de rua. Brasil, 2015 a 2021



Fonte: Elaboração própria.

Tuberculose na população em situação de rua e demais populações

A maioria dos casos novos na PSR foi na faixa etária de 30 anos a 49 anos (59%), enquanto nas demais populações foi proporcionalmente maior nos mais jovens e mais idosos (30% e 16,5%, respectivamente; $p < 0,001$) (tabela 1). Os homens foram os mais atingidos, em particular aqueles em situação de rua (83,1%; $p < 0,001$), bem como os(as) negros(as) (64,1%; $p < 0,001$) e residentes na Região Sudeste (55,4%; $p < 0,001$). Nas demais populações, as notificações nas regiões Norte e Nordeste foram proporcionalmente maiores (11,8% e 24,4%, respectivamente; $p < 0,001$). Destaca-se o alto percentual de escolaridade e a informação sobre beneficiário de programas de transferência de renda ignorada, atingindo 50% na PSR.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos casos novos de tuberculose segundo tipo de população. Brasil, 2015 a 2021

Características sociodemográficas	População em situação de rua		Demais populações		p
	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária					
18 a 29 anos	2218	17,3	130627	30,0	< 0,001
30 a 39 anos	3995	31,1	93188	21,4	
40 a 49 anos	3583	27,9	74735	17,2	
50 a 59 anos	2116	16,5	64513	14,8	
60 anos ou mais	916	7,1	71645	16,5	
Sexo					
Masculino	10662	83,1	300177	69,1	< 0,001
Feminino	2165	16,9	134504	30,9	
Ignorado	1	0,0	27	0,0	-
Raça/cor da pele					
Branca	3198	24,9	135318	31,1	< 0,001
Negra	8328	64,9	261095	60,1	
Amarela	101	0,8	3561	0,8	
Indígena	60	0,5	3786	0,9	
Ignorado	1141	8,9	30948	7,1	-
Escolaridade					
Analfabeto	611	4,8	17053	3,9	< 0,001
1 a 4 anos	2150	16,8	64560	14,9	
5 a 8 anos	2979	23,2	102681	23,6	
> 8 anos	1729	13,5	132982	30,6	
Ignorado	5359	41,8	117432	27,0	
Beneficiário de programa de transferência de renda					
Sim	640	5,0	24184	5,6	< 0,001
Não	5780	45,1	245045	56,4	
Ignorado	6408	50,0	165479	38,1	

Características sociodemográficas	População em situação de rua		Demais populações		p
	Nº	%	Nº	%	
Região de residência					
Norte	732	5,7	51157	11,8	< 0,001
Nordeste	2144	16,7	106139	24,4	
Centro oeste	667	5,2	20633	4,7	
Sudeste	7105	55,4	203572	46,8	
Sul	2180	17,0	52861	12,2	
Ignorado	0	0,0	346	0,1	
Total	12828	100,0	434708	100,0	-

Fonte: Elaboração própria.

A maioria dos casos apresentou tuberculose pulmonar, sendo proporcionalmente maior na PSR (91,8%; $p < 0,001$), mas a tuberculose extrapulmonar foi maior nas demais populações (13,3%, $p < 0,001$) (tabela 2). Dentre as doenças associadas na PSR destacaram-se: alcoolismo (52,6%), uso de drogas ilícitas (51,7%), tabagismo (45,4%) e doença mental (5,9%). Já nas demais populações, o diabetes (8,9%, $p < 0,001$) foi proporcionalmente maior do que na PSR. Em relação aos testes de resistência, foi muito alto o percentual não realizado tanto para os medicamentos de 1.^a linha, quanto para o teste molecular para rifampicina.

A maior parte da população com diagnóstico de tuberculose é do sexo masculino, negra e residente na Região Sudeste, onde concentra grande parte da população brasileira e apresenta indicadores insatisfatórios para controle da doença (Pinto et al., 2022). Tais características foram proporcionalmente maiores na PSR do que nas demais. O alto percentual de dados ignorados, principalmente para escolaridade e recebimento de benefício de programa de transferência de renda, inviabilizou o conhecimento dessas características nas populações estudadas. Também não dispunha de dados sobre resistência a medicamento para a maioria das populações estudadas, o que compromete o planejamento do programa e o controle da doença. O aumento dos casos de resistência também tem sido considerado um dos marcadores de qualidade do funcionamento dos programas de tuberculose, pois dentre os principais fatores associados destacam-se a recidiva e o abandono do tratamento (Fregona et al., 2017). Os dados ignorados ou não registrados dificultam a compreensão de quais populações mais sofrem com esse tipo de adoecimento e quais são as ligações entre a falha em relação à garantia de direitos básicos e o adoecimento das pessoas.

Tabela 2. Características clínicas dos casos novos de tuberculose segundo tipo de população. Brasil, 2015 a 2021

Características clínicas	População em situação de rua		Demais populações		p
	Nº	%	Nº	%	
Forma da tuberculose					
Pulmonar	11781	91,8	363557	83,6	< 0,001
Extrapulmonar	590	4,6	57904	13,3	
Pulmonar e extrapulmonar	457	3,6	13242	3,0	
Ignorado	0	0,0	5	0,0	-
Doenças associadas*					
Aíds	2375	18,5	36543	8,4	< 0,001
Alcoolismo	6750	52,6	71408	16,4	< 0,001
Diabetes	508	4,0	38558	8,9	< 0,001
Doença mental	753	5,9	9491	2,2	< 0,001
Uso de drogas ilícitas	6635	51,7	52917	12,2	< 0,001
Tabagismo	5818	45,4	98773	22,7	< 0,001
Outros	876	6,8	32630	7,5	0,004
Resistência a medicamento de 1.ª linha (teste de sensibilidade)					
Sim	183	1,4	3899	0,9	< 0,001
Não	2653	20,7	48131	11,1	
Em andamento	291	2,3	6144	1,4	
Não realizado	4573	35,6	164836	37,9	
Ignorado	5128	40,0	211698	48,7	
Resistência a Rifampicina (teste molecular)					
Não	5188	40,4	112065	25,8	< 0,001
Sim (resistente)	122	1,0	3311	0,8	
Não detectável	663	5,2	21042	4,8	
Inconclusivo	193	1,5	6657	1,5	
Não realizado	6084	47,4	260776	60,0	
Ignorado	578	4,5	30857	7,1	-
Total	12.828	100,0	434.708	100,0	-

*Categorias não excludentes.

Fonte: Elaboração própria.

A tuberculose pulmonar é a mais frequente e a mais relevante para a saúde pública, por ser a principal responsável pela transmissão da doença (Brasil, 2019), e foi proporcionalmente maior na PSR do que nas demais. Alcoolismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas foram frequentes e são hábitos que alteram negativamente a resistência individual (Silva et al., 2018). As altas prevalências de doenças na PSR estão ancoradas por comportamentos vulneráveis e privação de direitos (Hino, Santos & Rosa, 2018).

Estudo realizado no período de 2013 a 2016 estimou uma subnotificação de tuberculose de 16,5% por ano para o país, sendo maior em alguns estados das regiões Norte e Nordeste (Bartholomay et al., 2020). A notificação é fundamental para dar visibilidade ao problema e subsidiar as políticas públicas, mas também é uma dimensão da linha de cuidado. A redução das desigualdades contribui para promover maior garantia dos direitos à promoção, à proteção e à recuperação de saúde (Lorenzo, 2006), sendo necessárias a formulação e a implementação de políticas públicas para esse feito.

Considerações finais

A análise das características sociodemográficas e clínicas dos casos de tuberculose na PSR e a sua comparação com a população geral mostraram haver um recorte específico de pessoas que são acometidas e diagnosticadas pela doença. A desigualdade social que afeta o país, a negligência dos direitos básicos para a sobrevivência humana e outros aspectos comprometem a garantia do exercício da cidadania.

Há muitos empecilhos para que haja de fato a disponibilidade e a qualificação de tratamento para PSR. O Plano Nacional, entretanto, mesmo com grandes obstáculos para sua realização, ainda promove a tentativa de realizar os cuidados necessários para essa parcela populacional. Os resultados deste estudo sinalizam que há necessidade de acelerar os planos nacionais que busquem diminuir os indicadores de vulnerabilidade à tuberculose, fortalecendo os pilares de ações promovidas pelo Ministério da Saúde, garantindo os direitos de forma equitativa para toda a população, acrescidos de um olhar de cuidado maior para aqueles em situação de vulnerabilidade.

Referências

- AGUIAR, Y. D. et al. Tuberculose pulmonar: adesão e vulnerabilidade dos pacientes em situação de rua. *Brazilian Journal of Development*, Paraná, vol. 7, n.º 8, pp. 81.286-304, ago. 2021.
- ANTUNES, J. L. F. & CARDOSO, M. R. A. Uso da análise de séries temporais em estudepidemiológicos. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, vol. 24, n.º 3, pp. 565-76, jul.-set. 2015.
- BARTHOLOMAY, P. et al. Lacunas na vigilância da tuberculose drogarresistente: relacionando sistemas de informação do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 36, n.º 5, pp. e00082219, 2020.
- BRASIL. *Decreto n.º 7.053*, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/CCivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm. Acesso em: 20 out. 2023.
- BRASIL. *Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/539.pdf>. Acesso em: 19 out. 2023.
- BRASIL. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: MS/CGDI, 2019. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em: 17 fev. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 2.488*, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 19 fev. 2024.
- CARMO, M. E. & GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 34, pp. 1-14, jun.-dez. 2018.
- FREGONA, G. et al. Fatores associados à tuberculose resistente no Espírito Santo, Brasil. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, vol. 54, n.º 4, 2017.
- GIOSEFFI, J.; BATISTA, R. & BRIGNOL S. Tuberculose, vulnerabilidades e HIV em pessoas em situação de rua: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, vol. 56, n.º 43, 2022.
- HALLAIS, J. A. S. & BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 31, n.º 7, pp. 1.497-504, jul. 2015.

- HINO, P.; SANTOS, J. O. & ROSA, A. S. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília, vol. 71, supl. 1, pp. 732-40, nov. 2018.
- JORGE J. S. & CORRADI-WEBSTER C. M. Consultório de rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. *Saúde Transform. Soc.*, Florianópolis, vol. 3, n.º 1, pp. 39-48, jan. 2012.
- LORENZO, C. Vulnerabilidade em Saúde Pública: implicações para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Bioética*, Salvador, vol. 2, n.º 3, pp. 299-312, 2006.
- NATALINO, M. *Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022)*. Brasília: IPEA, 2022.
- OLIVEIRA, A. & GUIZARDI, F. L. A construção da política para inclusão de pessoas em situação de rua: avanços e desafios da intersetorialidade nas políticas de saúde e assistênciasocial. *Saude soc.*, São Paulo, vol. 29, n.º 3, pp. 1-12, jun., 2020.
- OLIVEIRA, M. A. et al. O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, vol. 55, pp. 1-17, ago.- dez. 2020.
- PATRÍCIO, A. C. F. A. et al. Condições de risco à saúde: pessoas em situação de rua. *Rev enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, vol. 28, pp. 1-8, ago. 2020.
- PINTO, A. H. et al. Determinantes sociais, equidade e consultório na rua. *Rev enferm. UFPE*, Recife, vol. 12, n.º 12, pp. 3.513-20, dez. 2018.
- PINTO, P. F. P. S. et al. Avaliação de desempenho do controle da tuberculose em municípios brasileiros. *Rev Saude Publica*, São Paulo, vol. 56, n.º 3, pp. 1-12, 2022.
- SANTOS, A. C. E. et al. Análise e comparação dos desfechos do tratamento de tuberculose na população em situação de rua e na população geral do Brasil. *J Bras Pneumol.*, Florianópolis, vol. 47, n.º 2, pp. 1-4, jul. 2021.
- SILVA, D. R. et al. Fatores de risco para tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas. *J Bras Pneumol.*, Porto Alegre, vol. 44, n.º 2, pp. 145-152, 2018.
- VALLE, F. A. A. L. & FARAH, B. F. A saúde de quem está em situação de rua: (in) visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, vol. 30, n.º 2, pp. 1-21, jan. 2020.

Capítulo 13

A gestão do conhecimento da produção acadêmica dos egressos do curso de pós-graduação *lato sensu* em Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade

Carine dos Santos Lima

Patrícia da Silva Von Der Way

Angélica Baptista Silva

Maria Helena Barros de Oliveira

A gestão do conhecimento quando aplicada à produção acadêmica impõe desafios que envolvem a criação de um modelo de sistematização dos conteúdos, factível e funcional, que considere as formas de comunicação científica e o rigor da produção científica conforme as estruturas das comunidades científicas, o campo científico com os temas que aborda e as culturas acadêmicas onde se situa (Leite & Costa, 2007, p. 92). No Brasil, a gestão do conhecimento da produção acadêmica no campo dos Direitos Humanos pode ser realizada com base no mapeamento da produção dos egressos no âmbito da pós-graduação *stricto sensu* — mestrado e doutorado — com levantamento nos repositórios de teses e dissertações (Silva & Brabo, 2022). No entanto, há escassez de trabalhos sobre a gestão do conhecimento da produção acadêmica na pós-graduação *lato sensu* — especialização — no país.

Este trabalho buscou mapear e sistematizar a produção acadêmica dos egressos do curso de pós-graduação *lato sensu* em Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade, ofertada pelo Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS), da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) com o objetivo de identificar os principais contributos científicos.

Esta pós-graduação destaca-se por ser a única no campo dos Direitos Humanos no Brasil com a característica de abordar gênero e sexualidade em uma instituição pública e de forma gratuita contribuindo para a democratização do ensino de forma acessível com periodicidade anual, em formato presencial e remoto. Há o compromisso de promover a equidade e maior diversidade na inclusão de alunos, considerando as suas interseccionalidades de gênero, raça/etnia, pessoas com deficiências, idade e origem geográfica (Akotirene, 2019, Collins & Bilge, 2021).

A metodologia empregada neste estudo foi a de uma pesquisa qualitativa por meio de revisão documental dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCCs). Foram incluídos os TCCs aprovados de 2019 a 2022, totalizando 69 trabalhos. A análise inicial ocorreu valendo-se do acesso aos dados organizados em formato de planilha, onde constavam títulos, autores e orientadores dos TCCs da pós-graduação organizados por ano.

O estudo teve como objetivos específicos: compreender a diversidade dos temas abordados de acordo com os descritores da saúde; identificar as áreas de pesquisa na saúde abrangidas pelos temas dos TCCs; apontar as lacunas de conhecimento e oportunidades para futuras pesquisas. Os objetivos foram atingidos pela sistematização do conhecimento, que resultou em três dimensões apresentadas nesse trabalho.

Utilizou-se como fator de inclusão os TCCs dos alunos aprovados que concluíram o curso e como fator de exclusão os TCCs reprovados. Foram realizadas três etapas de análise, resultando em três dimensões: 1) Identificação de títulos, descritores e palavras-chave alinhados aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH); 2) Correlação dos descritores com áreas de conhecimento da saúde; e 3) Análise das áreas mais recorrentes e inovações na produção científica dos egressos com identificação das lacunas de conhecimento e oportunidades futuras.

Como resultado a sistematização dos TCCs possibilitou mapear os contributos científicos trazidos pelos egressos de acordo com seus trabalhos acadêmicos contribuindo para a gestão do conhecimento e a consolidação dos Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade no campo da Saúde Coletiva onde a pós-graduação se situa ao revelarem que temas como interseccionalidade de gênero e raça, direitos reprodutivos e saúde da população LGBTQ+ foram frequentemente abordados.

Em suma, o estudo apontou para a relevância da sistematização do conhecimento na consolidação dos Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade no campo da Saúde Coletiva, ao mesmo tempo que destacou as inovações e lacunas que podem direcionar futuras pesquisas acadêmicas e aprimoramentos no curso de especialização para ampliar a formação acadêmica em Direitos Humanos e Saúde, alinhando-se aos objetivos da instituição.

Da análise da produção acadêmica, por intermédio dos TCCs, resultou a sistematização dos resultados em três dimensões, a saber:

1.^a dimensão da análise: sistematização dos descritores DeCSs

Com base na seleção da amostra, foram definidas as categorias iniciais formadas a partir dos dados inseridos manualmente na planilha, com o conjunto dos títulos, palavras-chave e descritores iniciais utilizados pelos egressos na elaboração dos TCCs. Os dados analisados, sem auxílio de *software* de análise de revisão documental, inicialmente totalizaram 69 títulos de TCCs distribuídos em 19 TCCs para o ano de 2019, 13 TCCs para o ano de 2020, 17 TCCs para o ano de 2021 e 20 TCCs para o ano de 2022. De acordo com as normas ABNT, o resumo do trabalho de conclusão deve possuir no mínimo três palavras-chaves, portanto, a média interpretada neste estudo foi de aproximadamente 207 palavras.

Esta organização dos dados possibilitou a etapa seguinte de realização da sistematização dessas informações pelo alinhamento de palavras-chaves e descritores por grupos afins, resultando na redução do volume de dados para a construção da padronização dos temas.

Nesta fase de sistematização adotou-se como critério que cada descritor e/ou palavra-chave utilizados no TCC fosse relacionado a apenas um descritor da área da Saúde utilizando os códigos constantes nos DeCSs/MeSH. Como resultado dessa etapa, foi gerada a planilha com as categorias finais que emergiram da análise contendo quatro colunas, uma para cada ano respectivamente (2019, 2020, 2021 e 2022). O total identificado no resultado desta primeira dimensão foi de 82 descritores resultantes da sistematização e da padronização.

Logo, obtivemos como resultado da formação de especialista na pós-graduação *lato sensu* em Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade um conjunto de temas que configuram a primeira dimensão sobre o conteúdo abordado na produção científica dos egressos cuja produção acadêmica, de 2019 a 2022, estão detalhados, por ano, na figura 1.

Figura 1. Tabela de sistematização dos descritores dos TCCs de acordo com o DeCS

DeCS/MeSH 2019	DeCS/MeSH 2020	DeCS/MeSH 2021	DeCS/MeSH 2022
Maternidade no processo criminal	Resistência das mulheres	Sexo seguro	Maternidades esquecidas
Homofobia e masculinidades	Machismo	Travestis e transexual no acesso as políticas SUS	Homossexualidade nas Forças Armadas
Interseccionalidade e HIV/AIDS	Desigualdade de gênero	Precarização da saúde do trabalhador na pandemia	Direito à Igualdade
Mulheres negras e pré-natal	Castração do prazer	Saúde do trabalhador e gênero	Violência contra a mulher
Homem ativistas pró-feministas	Pandemia e LGBTQIA+	Direitos humanos e gênero	Ativismo político
Saúde das mulheres privadas de liberdade	Sexismo	Direitos reprodutivos	Gravidez na Universidade
Violência contra a mulher	LGBTfobia	Reprodução assistida	Maternidade de mulheres africanas no nordeste do Brasil
Bixa funkeira e favelada	Identidade de gênero	Racismo estrutural	Estudantes do nordeste
Violência psicológica de gênero	Gênero e sexualidade na escola	Mulheres racializadas	Crianças trans
Mutilação genital	Gênero, crime e transtornos mentais	Sexualidade na adolescência	Cuidado não-nosológico
LGBTI e a evasão escolar	Transexual e travesti no acesso à saúde	Violação dos direitos sexuais de crianças e adolescentes	Maternidade para mulheres lésbicas
Sexualidade feminina	Idealização da sexualidade feminina	Gênero e sexualidade no âmbito neopentecostal	Reprodução Humana Assistida (RHA)
Transexualidade e religião de matriz africana	Gênero e o trabalho	Políticas públicas de gênero e sexualidade	Vida, arte e sonhos

DeCS/MeSH 2019	DeCS/MeSH 2020	DeCS/MeSH 2021	DeCS/MeSH 2022
Pessoas Intersexo		Apagamento de identidades de mulheres transexuais e travestis	Masculinidades hegemônicas
Criminologia e saúde		Trabalho de cuidado	Gênero na sociedade patriarcal
Travesti em prostituição		Centro de reeducação feminino	Invisibilidade e exclusão socioterritorial
Mortalidade materna		Negros e negras de pele clara	Lesbianidade
Violência doméstica e familiar		Autoidentificação	Reprodução humana na educação básica
Pró-feministas		Direitos humanos, raça e sexualidade	Impactos psicossociais da LGBT-fobia
Homens gays e homofobia		Mulheres negras do Nordeste	Violência doméstica
		Saúde da população LGTBQIA+	Violência de gênero
			Masculinidade e suas possibilidades
			Religião e papéis de gênero
			Conversão religiosa e cárcere feminino
			Neoliberalismo e precarização do SUS
			Acesso à saúde por trabalhadoras sexuais
			Masculinidade Inconformes
			Subjetividades e gênero

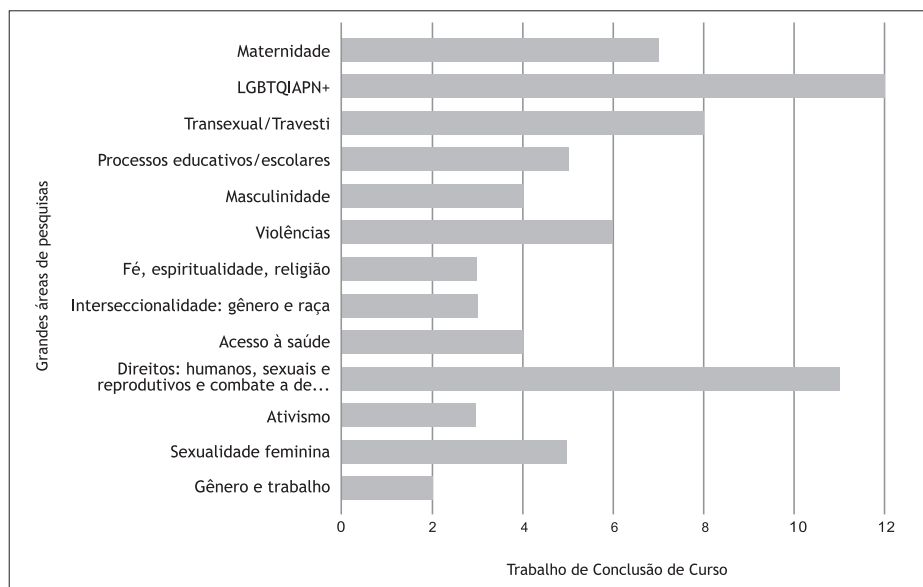
Fonte: Elaborado pelas autoras (2024).

2.^a dimensão da análise: alinhamento dos descritores DeCSs dos TCCs às áreas de pesquisa

Na segunda dimensão deste estudo avançou-se na análise a partir dos 82 descritores para evidenciar a quais áreas temáticas da saúde eles se relacionavam. Os resultados, segundo agrupamento dos descritores semelhantes dos trabalhos, indicaram as áreas de pesquisa mais frequentes nos anos analisados com a identificação de 13 áreas de pesquisa.

A figura 2 demonstra a distribuição quantitativa dos TCCs pelas 13 áreas de pesquisa permitindo compreender as maiores frequências dos temas nas respectivas áreas apontando as tendências dos temas propostos nos TCCs no período.

Figura 2. Gráfico do enquadramento dos TCCs com frequência de distribuição pelas 13 áreas de pesquisa



Fonte: Elaborado pelas autoras (2024).

Com base nos resultados obtidos, aprofundamos as análises com as especificidades da produção acadêmica e o detalhamento de temas e subtemas que foram enfatizados ao longo do período. Foi possível compreender o avanço e o amadurecimento de algumas áreas temáticas, bem como identificar as tendências

de pesquisas pela repetição do interesse em abordar determinados temas pela amplitude das temáticas e abordagens possíveis nas áreas de pesquisa.

Nesta 2.^a dimensão de análise, os descritores dos TCCs agrupados em 13 áreas de pesquisa revelaram uma vasta produção acadêmica. Destacamos na sequência as áreas de pesquisa que concentraram as principais contribuições e inovações científicas em suas abordagens provenientes dos TCCs analisados.

Na área das “maternidades” o ano de 2022 se destacou com abordagens inovadoras sobre as maternidades esquecidas na periferia do Rio de Janeiro e a maternidade lésbica, explorando novas perspectivas sobre reprodução assistida para mulheres fora da heteronormatividade.

A área “LGBTQIAPN+” no ano de 2021 trouxe avanços com o estudo da interseccionalidade entre HIV e homossexualidade, além da análise da vida de homossexuais nas forças armadas, temas raramente discutidos.

Destacou-se da área anterior LGBTQIAPN+ os trabalhos que abordaram o grupo “transsexual/travesti” em uma nova área de pesquisa pelo conjunto de TCCs e temas abordados, o ano de 2022 foi marcante com o estudo sobre a amamentação por homens trans que desafiou normas tradicionais de gênero. Trouxe ainda o trabalho sobre o cuidado não nosológico para crianças trans, propondo novos paradigmas de cuidado infantil.

Um fator inovador em 2022 foi o surgimento da regionalidade. Percebeu-se que alunos/as/es expandiram os resultados apresentados ao trazerem temas que condizem com a sua realidade local, atrelados à região geográfica e à cultura em que viviam. A regionalidade dos trabalhos foi evidente na especificação de localidades como Niterói (RJ), Petrolina (PE) e Bahia.

Nas pesquisas na área “educativos/escolas” apresentou-se uma concentração significativa em temas relacionados à educação sexual, à diversidade de gênero e à inclusão. O ano de 2020 trouxe o marco inovador ao abordar o tema debate de gênero e sexualidade na escola, especialmente no âmbito do Plano Municipal de Educação do Rio de Janeiro, explorando os desafios da inclusão de diversidade de gênero no currículo escolar.

A área das “masculinidades” teve no ano de 2021 trabalhos que apresentaram diferentes aspectos contribuindo com a diversidade de perspectivas com destaque para os TCCs que trouxeram: a análise das masculinidades hegemônicas e grupos reflexivos para homens promovendo uma abordagem engajadora para a desconstrução do machismo enraizado na sociedade.

Na área de pesquisa sobre “violências”, a concentração foi a violência de gênero contra a mulher, em aspectos físicos, psicológicos e sociais. Em 2022, houve um estudo inovador sobre o impacto da pandemia na violência contra mulheres em Duque de Caxias (RJ), revelando como o isolamento social intensificou a violência doméstica. Essas inovações não apenas contribuíram para o

avanço teórico, mas também para a implementação prática de políticas e programas mais eficazes no enfrentamento dessas violências.

A área de pesquisa “fé, espiritualidade e religião”, foi marcada em 2021 pelo estudo da relação entre transexualidade e religiões afro-brasileiras, oferecendo uma nova perspectiva sobre como essas tradições tratam questões de gênero. As inovações não somente colaboraram para o crescimento do conhecimento acadêmico, além disso, possuem o potencial de informar sobre políticas públicas, práticas clínicas e programas de intervenção que tratam questões complexas, polêmicas e sensíveis que envolvem o gênero e a religião.

Na área das “interseccionalidade: gênero e raça”, no ano de 2021, trouxe uma contribuição significativa com o estudo sobre o impacto do racismo estrutural na saúde de mulheres racializadas durante a pandemia. Analisou como o racismo estrutural afetou o acesso à saúde integral dessas mulheres durante a pandemia de coronavírus (Covid-19) na cidade do Rio de Janeiro, abordando as desigualdades e as discriminações raciais: racismo e sexismo.

Na área de pesquisa “acesso à saúde”, a inovação esteve na abordagem crítica e interdisciplinar que analisou as diferentes formas de tratamento desigual e de discriminação existentes no acesso e na concretização aos direitos que fornecem uma assistência à saúde de qualidade e inclusiva, que respeitem a autonomia e a dignidade de todas as pessoas, com estudos sobre o acesso à saúde para trabalhadoras sexuais durante a pandemia e os direitos à saúde de pessoas intersexo, que trouxeram à tona as barreiras enfrentadas por esses grupos em estado de vulnerabilidade. Nos anos de 2019 e 2022 foram abordadas questões complexas e interligadas, considerando diferentes perspectivas e contextos sociais na análise dos impactos das políticas públicas e o cenário da pandemia de Covid-19.

A área de pesquisa “direitos humanos, sexuais e reprodutivos” apresentou os problemas sociais — machismo, mulheres racializadas, desigualdade de gênero, entre outros — e políticos importantes, buscando inovação mediante novas perspectivas teóricas e metodológicas, além de considerar a regionalidade para entender melhor as *nuances* locais e contextuais dos desafios enfrentados. Dentre os temas, destacou-se: “O encontro entre loucura, crime e gênero: perspectivas pós-Lei n.º 10.216/2001», que introduziu a reforma psiquiátrica, que visava à desinstitucionalização e à humanização do tratamento de pessoas com transtornos mentais.

A área de pesquisa “ativismo” teve destaque em 2019 com um estudo sobre a participação de homens pró-feministas como agentes de mudança nos feminismos dos movimentos sociais, desafiando normas de masculinidade e promovendo uma visão mais igualitária da sociedade. Em “sexualidade feminina”, todos os temas ofereceram uma perspectiva sobre aspectos fundamentais, destacando a importância da história, da cultura e da diversidade regional para uma

compreensão mais profunda das dinâmicas sociais e individuais envolvidas. Em 2021, surgiu um tema inovador sobre sexo seguro entre mulheres cujo título “sexo seguro entre vulvas” possui foco a promoção da saúde sexual entre mulheres, desafiando estigmas e tabus associados à sexualidade feminina e às lésbicas.

Por fim, a última das 13 áreas de pesquisas que resultaram nas categorias finais, apresentamos “gênero e trabalho”, no qual o ano de 2020 foi um marco inovador ao abordar as relações de gênero e trabalho reprodutivo na enfermagem durante a pandemia; e, a precarização da saúde do trabalhador sob uma perspectiva de gênero em 2021. Em ambos os casos, os temas escolhidos destacaram questões cruciais de gênero, trabalho e saúde em contextos de crise que examinou como a pandemia exacerbou as condições precárias de trabalho, impactando de forma desproporcional homens e mulheres, e as respostas políticas e sociais relacionadas a essa questão.

Os temas abordados trouxeram contribuições relevantes e avanços significativos na produção acadêmica e inovadora dos estudos em direitos humanos, gênero e sexualidade, evidenciando a diversidade e profundidade das pesquisas ao longo dos anos.

3.^a dimensão da análise: oportunidades e lacunas da produção acadêmica *latu sensu* em Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade

A terceira dimensão de análise consistiu na investigação em profundidade do contexto e aplicação dos temas dentro das áreas de pesquisa, o que permitiu discutir os resultados explicitando as tendências, inovações, oportunidades de melhorias, lacunas e indicações para pesquisas futuras no campo dos Direitos Humanos, do Gênero e da Sexualidade na Saúde Coletiva.

Em razão da pandemia de Covid-19 a partir de março de 2020, o curso passou de presencial no Rio de Janeiro para o formato presencial com encontros síncronos onde alunos e professores passaram a interagir em tempo real por intermédio da plataforma de reunião *on-line*. Isso permitiu que cada participante estivesse presente no momento da aula, com as câmeras e os microfones abertos propiciando a transmissão do conhecimento e a discussão dos temas das disciplinas para as aulas, potencializando nos anos subsequentes o ingresso de alunos de outros estados do Brasil, o que aumentou a diversidade com trabalhos que abordaram diferentes contextos geográficos resultando em um ganho de produção acadêmica diversificada ao campo dos Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade dentro da Saúde Coletiva.

Nos anos mais recentes de realização dessa pós-graduação *lato sensu* notou-se uma tendência na abordagem de temas que conectaram questões de gênero e sexualidade com saúde mental, educação sexual nas escolas e interseção de gênero com tecnologias reprodutivas, como a Reprodução Humana Assistida. Além disso, houve um interesse crescente em explorar a regionalidade e as especificidades culturais, que surgiu após a inovação da modalidade híbrida do curso — presencial com aulas remotas — ampliando os limites geográficos e oferecendo oportunidade de avanço para outros estados, especialmente no contexto da pandemia de Covid-19, que trouxe à tona novas dinâmicas sociais e desafios específicos.

Esta inclusão inovadora de estudantes de regiões geográficas diferentes permitiu uma análise mais profunda de como as questões de gênero e sexualidade se manifestaram em diferentes contextos socioeconômicos e culturais. Ressaltam-se os contributos científicos trazidos pelas análises com uma valorização das experiências locais e uma preocupação em contextualizar os temas dentro das realidades específicas, trazendo maior conforto e naturalidade para o egresso ao executar o trabalho atrelado ao seu contexto e possibilitando trazer à tona ao conhecimento científico as especificidades regionais em um país de dimensões continentais como o Brasil, um avanço uma vez que as pesquisas científicas tinham a tendência de se concentrarem nos eixos urbanos, principalmente na Região Sudeste do país.

Os TCCs em seus estudos também revelaram uma preocupação com as diferentes fases do ciclo de vida, desde a infância e adolescência até a velhice. Temas como a identidade de gênero na infância, saúde sexual na adolescência, maternidade lésbica e o envelhecimento LGBTQIAPN+ foram abordados refletindo a importância de considerar as especificidades de cada etapa da vida na análise de questões de gênero e sexualidade.

Porém, foi possível identificar a falta na abordagem do envelhecimento, dado que apenas um trabalho retratou esse ciclo de vida evidenciando a escassez de estudos de direitos humanos, gênero e sexualidade das pessoas idosas com uma tendência de presunção que a idade acima dos 60 anos os torna assexuados. Logo, esta lacuna é também uma oportunidade de fomento para pesquisas futuras nessa área tendo em vista o envelhecimento da população mundial e o ganho de longevidade na expectativa de vida dos brasileiros, segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a expectativa de vida dos nascidos em 2022 era de viverem 75 anos. Para “os homens, essa expectativa era de 72,0 anos e para as mulheres, de 79,0 anos” (IBGE, 2023). As diferenças de gênero impactam no maior tempo de vida das mulheres do que aos homens, com implicações sobre o acesso à saúde, os direitos humanos da pessoa idosa, as implicações de gênero e de sexualidade na velhice.

A análise da frequência dos temas abordados nos TCCs, conforme gráfico apresentado na figura 2, permitiu inferir outras lacunas que são oportunidades para pesquisas futuras: a ausência de trabalhos que tratassem da interseção entre pessoas com deficiência com gênero e sexualidade. A escassez de estudos focados em questões relacionadas à saúde mental de homens e no impacto na saúde pública no bem-estar das populações vulneráveis, como a população em situação de rua. A questão da migração e dos refugiados em relação a direitos humanos, gênero e sexualidade também carece de estudos, representando uma área potencial para futuras pesquisas. Outro grupo minoritário em que identificamos a inexistência de abordagem foram das pessoas indígenas.

Como sugestão para o aprimoramento do curso de pós-graduação *lato sensu* para futuras turmas, seria benéfico incentivar uma maior diversidade de temas, com base nas lacunas, ausências e escassez de estudos supramencionados. Além disso, a promoção de estudos comparativos entre diferentes regiões do Brasil poderia oferecer uma visão mais abrangente das variações culturais e sociais no país.

Considerações finais

Segundo o mapeamento dos títulos dos trabalhos e da revisão documental com a análise dos conteúdos dos TCCs, cumpriu-se o objetivo desta pesquisa de robustecer a gestão do conhecimento a partir da sistematização das contribuições científicas trazidas pelos estudos sobre direitos humanos, gênero e sexualidade elaborados pelos alunos egressos de acordo em seus produtos acadêmicos finais. Assim, investigamos a produção acadêmica dos TCCs dos egressos do curso de pós-graduação *lato sensu* em Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade, que revelou uma ampla gama de temas abordados entre 2019 e 2022, refletindo uma rica e diversificada investigação científica.

Essas produções acadêmicas consideraram as preocupações emergentes e as questões sociais críticas contemporâneas, abordando a existência, as resistências e os combates às múltiplas discriminações e violações de direitos humanos no Brasil. Registrou-se a afronta dos direitos humanos no país e ainda a escassez de oportunidades na garantia do tratamento igual entre os seres humanos e as lacunas dos serviços de saúde no que tange às pessoas no âmbito do gênero e da sexualidade. A pesquisa visou ainda ampliar a visibilidade desses estudos, consolidando o campo de Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade na Saúde Coletiva e apontando caminhos para futuras investigações.

Referências

- AKOTIRENE, C. *Interseccionalidade*. São Paulo: Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições, 70, p. 225, [1977] 2010.
- COLLINS, P. H. & BILGE, S. *Interseccionalidade*. Trad. Rane Souza. 1.^a ed. São Paulo: Boitempo, 2021.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatísticas Sociais: em 2022, expectativa de vida era de 75,5 anos*. Publicado em 29 de novembro de 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/38455-em-2022-expectativa-de-vida-era-de-75-5-anos>. Acesso em: 2 out. 2024.
- LEITE, F. C. L. & COSTA, S. M. de S. Gestão do conhecimento científico: proposta de um modelo conceitual com base em processos de comunicação científica. *Ciência da Informação*, Brasília, vol. 36, n.º 1, pp. 92-107, jan.-abr. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-19652007000100007>. Acesso em: 2 out. 2024.
- SILVA, M. E. F. & BRABO, T. S. A. M. Pesquisas stricto sensu em e relativas à Educação em Direitos Humanos no Brasil: um panorama do estado da arte (2006-2018). In: BRABO, T. S. A. M. (org.). *Direitos Humanos, gênero, cidadania e educação*. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2022, pp. 407-28. DOI: <https://doi.org/10.36311/2022.978-65-5954-279-6>. Acesso em: 2 out. 2024.

Sobre as autoras e os autores

Adriana Mello. Desembargadora do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, doutorado em Direito Público e Filosofia Juridicopolítica pela Universidade Autônoma de Barcelona, Espanha, presidente do Fórum Permanente de Violência Doméstica, Familiar e de Gênero da Escola da Magistratura do Rio de Janeiro e presidente do Núcleo de Pesquisa em Gênero, Raça e Etnia NUPEGRE, na Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro

Alberto Jucelino Pereira Junior. Advogado sanitário, mestre em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ), pesquisador colaborador do Departamento de Direitos Humanos e Saúde (DIHS/ENSP/FIOCRUZ).

Angélica Baptista Silva. Jornalista, doutora em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), pesquisadora do Departamento de Direitos Humanos e Saúde (DIHS/ENSP/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 (DIHS/ENSP/FIOCRUZ).

André Souza Brito. Juiz de Direito no Estado do Rio de Janeiro, mestre em Direito da PPGD/Universidade Veiga de Almeida, doutorando em Direito da PPGD/Universidade Veiga de Almeida.

Carine dos Santos Lima. Graduanda de Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Local de trabalho: Bolsista PIBIC no Departamento de Direitos Humanos e Saúde (DIHS/ENSP/FIOCRUZ).

Carolina Aguiar da Costa Nascimento. Fonoaudióloga, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), fonoaudióloga da Secretaria Municipal da Pessoal com Deficiência (SMPD Rio).

Élida Azevedo Hennington. Médica, doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Campinas (UNICAMP), pesquisadora Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

Gisele O'Dwyer. Médica, doutora em Ciências pelo Instituto de Medicina Social/Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

Hana Yasmim Marques Silva de Souza. Odontóloga, especialista em Direitos Humanos e Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Coordenadora do curso de Odontologia da Estácio de Sá de Recife e secretária adjunta de Saúde da Ilha de Itamaracá em Pernambuco.

Karla Santa Cruz Coelho. Professora associada. Instituto de Ciências Médicas, Centro Multidisciplinar Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - *campus* Macaé.

Laís Silveira Costa. Administradora, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS) da ENSP/FIOCRUZ.

Lays da Silva Elias. Assistente social e especialista em Saúde E Direitos Humanos pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos. Médico, sanitarista, doutor em Ciências (Saúde Pública), coordenador do Núcleo Saúde-Trabalho-Direito/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

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 (DIHS/ENSP/FIOCRUZ)

Marcos Victor Meirelles dos Santos. Artista, filósofo, arte educador, doutorando em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Maria de Fátima Moreira Martins Correa. Historiadora, bibliotecária, mestre em Ciência da Informação, pesquisadora do Departamento de Direitos Humanos e Saúde (DIHS/ENSP/FIOCRUZ).

Maria Helena Barros de Oliveira. Advogada, doutora em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), pesquisadora e chefe do Departamento de Direitos Humanos e Saúde (DIHS/ENSP/FIOCRUZ) e vice-presidenta do Núcleo de Pesquisa em Gênero, Raça e Etnia (NUPEGRE) na Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro (EMERJ).

Mariana Konder. Médica, doutora em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), professora e pesquisadora da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

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 (DIHS/ENSP/FIOCRUZ).

Renata de Lima Machado. Juíza de Direito do TJRJ, doutoranda em Direitos Humanos e Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), mestra em Direitos Humanos e Saúde

(DIHS/ENSP/FIOCRUZ) e EMERJ e presidente do Fórum Permanente de Saúde Pública e Acesso à Justiça, da Escola da Magistratura do Rio de Janeiro.

Simone Mainieri Paulon. Psicóloga, pesquisadora e professora associada do Departamento de Psicologia Social e Institucional e do Programa de Pós-Graduação de Psicologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PP-GPSI/UFRGS).

Sônia Regina da Cunha Barreto Gertner. Psicóloga, pedagoga, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional em Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), pesquisadora do Departamento de Direitos Humanos e Saúde (DIHS/ENSP/FIOCRUZ).

Vanessa de Lima e Souza. Fisioterapeuta, doutorada em Governança, Conhecimento e Inovação e em Informação e Comunicação em Saúde e gerente de Projetos dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde de Portugal.

Vania Reis Girianelli. Psicóloga, pós-doutorado em Epidemiologia pelo Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ), pesquisadora do Departamento de Direitos Humanos e Saúde (DIHS/ENSP/FIOCRUZ).

Weslen Santana Padilha. Enfermeiro e biomédico, doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), Escola de Saúde Pública de Mato Grosso.

TÍTULOS PUBLICADOS NA COLEÇÃO “SAÚDE EM DEBATE” ATÉ DEZEMBRO DE 2020

- Saúde e Assistência Médica no Brasil*, Carlos Gentile de Mello
Ensaíos 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 Esmamoto & 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 Colacioppo
Epidemiologia do Medicamento. Princípios Gerais, Joan-Ramon Laporte et al.
Educação Médica e Capitalismo, Lília Blima Schraiber
Saúde Loucura 1, Antonio Lancetti et al.
Desinstitucionalização, Franco Rotelli et al.
Programação em Saúde Hoje, Lília Blima Schraiber (org.)
Saúde Loucura 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 Barembliitt
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 Adornado, Evelin Naked de Castro Sá & Cid Roberto Bertozzo Pimentel
O Marketing da Fertilidade, Yvan Wolffers et al.
Lacantroças, Gregorio Barembliitt
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
Saúde Loucura 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 Kadt & Renato Tasa
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 Hamerly Sozzi de Moraes
Saúde Loucura 4, Gregorio Barembliitt 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
Razão 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 Vêloso 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, Sílvio Fernandes da Silva
Reabilitação Psicossocial no Brasil, Ana Pitta (org.)
Saúde Loucura 5, Gregório Barembliitt (org.)
Saúde Loucura 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, Ediné 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
Saúde Loucura 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, Sílvio 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 Paideia, Gastão Wagner de Sousa Campos
Biomedicina, Saber e Ciência: Uma Abordagem Crítica, Kenneth R. de Camargo Jr.
Epidemiologia nos Municípios: Muito Além das Normas, Marcos Drummond 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 Chapecó: 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, Luiza Sterman Heimann, 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 Dellarozza & Marli Terezinha Oliveira Vanucchi (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 Drummond Jr. & Yara Maria de Carvalho (orgs.)
Entre Arte e Ciência: Fundamentos Hermenêuticos da Medicina Homeopática, Paulo Rosenbaum
A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade, Luiz Odorico 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 Caszuni (orgs.)
O Médico e Suas Interações: Confiança em Crise, Lília Blima Schraiber
Ética nas Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde, Iara Coelho Zito Guerriero, Maria Luisa 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, Kénia 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 Melhoria Rápida da Qualidade nas Organizações de Saúde, Georges Magueraz
Saúde, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação, Ana Luiza d'Ávila Viana, Aylene Bousquat & Nelson Ibañez
Tecendo 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
Psicanálise 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 Patideia: 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 Elaine 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 Ancieiros 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 Andrezza (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 Lykouroupolous (orgs.)
Rede de pesquisa em Manginhos: sociedade, gestores e pesquisadores em conexão com o SUS, Isabela Soares Santos & Roberta Argento Goldstein (orgs.)
Saúde e Atenção Psicossocial nas Prisiones: um olhar sobre os 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.)
Emvelhecimento: 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 Carsoso 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 Anéas (orgs.)
O Apoio Patideia 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 Cristina 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 & Maria Cristina da Costa Marques (orgs.)
O médico alienado: reflexões sobre a alienação do trabalho na atenção primária à saúde, Lillian Terra

Estudos sobre teoria social e saúde pública no Brasil, Aurea Maria Zöllner Ianni

O Apoio Institucional no SUS: os dilemas da integração interferfederativa 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 & Lígia 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, Jília 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, Marthá 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 Aguilar 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: histórias 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 & Ândrea 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 & Andreza 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, Lucia 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, Patrícia Rodrigues Sanine, Maria do Carmo Guimarães Caccia-Bava, Felipe Alvarenga Marim, Marília Louvison, Lucila Brandão Hirooka, Cecília Kayano Morais & 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, Patrícia Rodrigues Sanine, Maria do Carmo Guimarães Caccia-Bava, Felipe Alvarenga Marim, Marília Louvison, Lucila Brandão Hirooka, Cecília Kayano Morais & 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 Conhecimento, 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 interferfederativa e da cogestão, Nilton Pereira Júnior



50 Anos

Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca
ENSP



FIOCRUZ

HUCITEC EDITORA
PARA VOCE LER E RELER



978-85-8404-344-6



ISBN: 978-85-8404-344-6



9788584043446