

Annabelle de Fátima Modesto Vargas
Carlos Henrique Medeiros de Souza
Mauro Macedo Campos

Organizadores

TENDÊNCIAS e controvérsias nas PESQUISAS em CIÊNCIAS SOCIAIS e SAÚDE

Annabelle de Fátima Modesto Vargas
Carlos Henrique Medeiros de Souza
Mauro Macedo Campos

Organizadores

TENDÊNCIAS e controvérsias
nas PESQUISAS em CIÊNCIAS
SOCIAIS e SAÚDE

Copyright © 2019 Brasil Multicultural Editora

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem a expressa autorização do autor.

Diretor editorial

Décio Nascimento Guimarães

Diretora adjunta

Milena Ferreira Hygino Nunes

Coordenadoria científica

Gisele Pessin

Fernanda Castro Manhães

Design

Fernando Dias

Foto de capa: Shutterstock/Freepik

Gestão logística

Nataniel Carvalho Fortunato

Bibliotecária

Ana Paula Tavares Braga – CRB 4931

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T291 Tendências e controvérsias nas pesquisas em ciências sociais e saúde / organizadores Annabelle de Fátima Modesto Vargas, Carlos Henrique Medeiros de Souza e Mauro Macedo Campos. – Campos dos Goytacazes, RJ : Brasil Multicultural, 2020. 200 p.

Inclui bibliografia
ISBN 978-85-5635-135-7

1. PESQUISA SOCIAL 2. SAÚDE PÚBLICA 3. PARTO HUMANIZADO
4. DISTANÁSIA 5. EDUCAÇÃO MÉDICA I. VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto (org.) II. SOUZA, Carlos Henrique Medeiros de (org.) III. CAMPOS, Mauro Macedo (org.) IV. Título

CDD 300.72



Instituto Brasil Multicultural de Educação e Pesquisa - IBRAMEP
Av. Alberto Torres, 371 - Sala 1101 - Centro - Campos dos Goytacazes - RJ
28035-581 - Tel: (22) 2030-7746
www.editorabrasilmulticultural.com.br
contato@brasilmulticultural.com.br

Comitê científico/editorial

Prof. Dr. Antonio Hernández Fernández - UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPAÑA)

Prof. Dr. Carlos Henrique Medeiros de Souza – UENF (BRASIL)

Prof. Dr. Casimiro M. Marques Balsa – UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA (PORTUGAL)

Prof. Dr. Cássius Guimarães Chai – MPMA (BRASIL)

Prof. Dr. Daniel González - UNIVERSIDAD DE GRANADA – (ESPAÑA)

Prof. Dr. Douglas Christian Ferrari de Melo – UFES (BRASIL)

Profa. Dra. Ediclea Mascarenhas Fernandes – UERJ (BRASIL)

Prof. Dr. Eduardo Shimoda – UCAM (BRASIL)

Profa. Dra. Fabiana Alvarenga Rangel - UFES (BRASIL)

Prof. Dr. Fabrício Moraes de Almeida - UNIR (BRASIL)

Prof. Dr. Francisco Antonio Pereira Fialho - UFSC (BRASIL)

Prof. Dr. Francisco Elias Simão Merçon - FAFIA (BRASIL)

Prof. Dr. Helio Ferreira Orrico - UNESP (BRASIL)

Prof. Dr. Iêdo de Oliveira Paes - UFRPE (BRASIL)

Prof. Dr. Javier Vergara Núñez - UNIVERSIDAD DE PLAYA ANCHA (CHILE)

Prof. Dr. José Antonio Torres González - UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPAÑA)

Prof. Dr. José Pereira da Silva - UERJ (BRASIL)

Profa. Dra. Magda Bahia Schlee - UERJ (BRASIL)

Profa. Dra. Margareth Vetis Zaganelli – UFES (BRASIL)

Profa. Dra. Marília Gouvea de Miranda - UFG (BRASIL)

Profa. Dra. Martha Vergara Fregoso – UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA (MÉXICO)

Profa. Dra. Patricia Teles Alvaro – IFRJ (BRASIL)

Prof. Dr. Rogério Drago - UFES (BRASIL)


Profa. Dra. Shirlena Campos de Souza Amaral – UENF (BRASIL)

Prof. Dr. Wilson Madeira Filho – UFF (BRASIL)

Certificado de publicação

Certificamos que a obra *Tendências e controvérsias nas pesquisas em Ciências Sociais e Saúde*, de organização de Annabelle de Fátima Modesto Vargas, Carlos Henrique Medeiros de Souza e Mauro Macedo Campos, ISBN 978-85-5635-135-7, teve sua publicação aprovada em 01 de dezembro de 2019, conforme deliberação do Conselho Científico Editorial do Instituto Brasil Multicultural de Educação e Pesquisa, considerando o aceite da comissão de parecer e revisão por pares, composta por membros internos e externos.

Campos dos Goytacazes/RJ, 25 de março de 2020.



Prof. Dr. Décio Nascimento Guimarães
Presidente do Conselho Científico Editorial

Sumário

Prefácio	9
1	
Falhas de cooperação entre governos locais e desigualdades territoriais: o caso SUS	12
José Angelo Machado	
2	
O desuso do termo “violência obstétrica” pelo Ministério da Saúde: antecedentes históricos, disputas e controvérsias	40
Marianne Azevedo Bulhões	
Mauro Macedo Campos	
Luciana Cristina de Campos Barbosa	
3	
As jovens e seus “amores”: itinerários de vida e medicalização dos afetos..	56
Annabelle de Fátima Modesto Vargas	
Ívia Maksud	
4	
Não à distanásia: dilemas e perspectivas..	72
Larissa de Paula Ferreira	
Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral	
Carlos Henrique Medeiros de Souza	
5	
Educação permanente em saúde como estratégia de reorganização dos serviços de referência: revisão integrativa	86
Kelly Gomes Messias Andrade	
Elaine Antunes Cortez	
Audrey Vidal Pereira	

6	Despatologização e reconhecimento da cidadania trans nos cenários jurídicos brasileiro e maranhense: análise do conteúdo da jurisprudência sobre retificação do registro civil das pessoas naturais	100
	Klécia Patrícia de Melo Lindoso	
	Cássius Guimarães Chai	
	José Manuel Peixoto Caldas	
7	As políticas de saúde mental, álcool e outras drogas no início do século XXI ..	129
	Annabelle de Fátima Modesto Vargas	
	Mauro Macedo Campos	
8	Segurança alimentar e nutricional no Brasil: uma (re)construção apoiada por políticas públicas e pela agroecologia ..	141
	Regina Rodrigues de Oliveira	
	Hidelano Delanusse Theodoro	
	Melissa Luciana de Araújo	
9	Desmistificando os muros do silêncio: tendências dos estudos sobre o fenômeno suicídio e o impacto na saúde pública ..	155
	Juliana da Conceição Sampaio Lóss	
	Rosalee dos Santos Crespo Istoe	
	Mariana Fernandes Ramos dos Santos	
10	Entre o ideal da lei e a realidade caótica: isonomia social para a promoção da saúde de minorias sexuais	167
	Fernanda Santos Curcio	
	Tauã Lima Verdán Rangel	
	Bianca Magnelli Mangiavacchi	
11	Saúde Pública no Brasil e o princípio da reserva do possível ..	181
	Ari Gonçalves Neto	
	Hideliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral	
	Carlos Henrique Medeiros de Souza	
	Sobre os autores ..	194

Prefácio

Articulando abordagens multifacetadas, esta obra oferta estudos inéditos que gravitam ao derredor da temática da **saúde humana**, cuja valoração, em qualquer vertente que se prospecte, é indene de controvérsia, à vista da importância que esse bem assume como pressuposto de preservação da vida.

Essa valoração atribuída à saúde humana justifica sua abordagem pelos mais variados ramos da ciência, propiciando, desse modo, a ultimação de recortes que viabilizem a sua melhor compreensão. Situam-se, dessa maneira, os trabalhos que integram esta obra, no domínio das Ciências Sociais, privilegiando-se sua análise sob o ponto de vista jurídico.

Nesse particular, impõe-se registrar a importância atribuída ao **direito à saúde** no nosso ordenamento jurídico, nas mais variadas categorias de normas – nacionais e internacionais, constitucionais e infraconstitucionais –, atribuindo-lhe, através da sua consagração no art. 6º da Constituição Federal de 1988, o cariz de **direito fundamental**, como tal integrante de um rol de posições jurídicas que, a um só tempo fundamentadas no **princípio da dignidade da pessoa humana** (insculpido no art. 1º, III, da Constituição Federal de 1988) e voltadas à concretização deste, num jogo constante de retroalimentação, constituem, dentre outros, pilares do Estado Democrático de Direito.

E é a partir dessa perspectiva fundante da República brasileira que o **direito à saúde** é abordado nesta obra, sendo objeto de análises acuradas, realizadas sob pontos de vista teórico e prático, por pesquisadores que empreendem investigações sérias e não se eximem de analisar os mais variados aspectos que o tema comporta, por mais controversos que se apresentem.

Com efeito, as investigações trafegam com desenvoltura desde a análise de temas de caráter individual e também coletivo; privado ou público; afeto à universalidade de cidadãos ou a coletivos determinados; pertinentes à saúde do corpo e da mente.

Nesse mister, os estudos empreendidos lançam olhares atentos sobre o **direito à saúde**, dissecando criteriosamente o objeto de estudo eleito por cada pesquisador, apontando avanços e conclusões para os problemas que justificaram suas pesquisas.

Como modo de empreender esses estudos, seus autores não renunciam o enfrentamento corajoso das controvérsias identificadas, tampouco se desencorajam pela sempre presente aridez das temáticas abordadas, que soa, ao longo da obra, antes como um elemento catalisador da missão de investigar.

E é dessa maneira que os autores superam percalços, dissecando, de modo criterioso e corajoso, suas hipóteses de estudo, para, ao fim, assumirem conclusões que representam avanços no campo do objeto de estudo a que se dedicam.

Trazem, desse modo, estes estudos, a partir da abordagem de temáticas relacionadas ao **direito à saúde**, contribuição para a construção de relações sociais que se revelem mais sãs, mais equânimes, mais compatíveis com a dimensão que o Estado brasileiro, em sua Constituição Federal de 1988, atribuiu a esse bem jurídico.

Chega esta obra, pois, em momento em que as circunstâncias mundialmente enfrentadas, decorrentes de uma pandemia que consigo traz grandes preocupações quanto às suas graves consequências, põem em evidência a importância do **direito à saúde**, que deve ser universalmente concretizado como modo de preservação de muitos outros bens juridicamente protegidos, em especial, o **direito à vida digna**. E, se as incertezas que estes tempos nos apresentam são muitas, há sempre a inarredável convicção de que da ciência virão sempre as soluções para os males físicos e sociais que acometem a humanidade.

Desse modo, esta obra é o eco do grito de guerra que todos abrigamos em nossos peitos na luta por dias mais saudáveis para o nosso povo, sob todos os pontos de vista, e que a força das palavras de Caetano Veloso bem exprimem:

*“Atenção, precisa ter olhos firmes
Pra este sol, para esta escuridão
Atenção
Tudo é perigoso
Tudo é divino e maravilhoso
Atenção para o refrão
É preciso estar atento e forte
Não temos tempo de temer a morte”.*

Avante!!!

Teresina (PI), 25 de março de 2020.

Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Almeida

Doutora em Direitos Humanos pela Universidade de Salamanca (Espanha)

Juíza do Trabalho vinculada ao Tribunal Regional do Trabalho da 16ª Região – Vara do Trabalho de Barreirinhas (MA).

Falhas de cooperação entre governos locais e desigualdades territoriais: o caso SUS

José Angelo Machado

Considerações iniciais

O descompasso entre o relativo sucesso da coordenação federativa em sentido vertical, vis-à-vis resultados em dimensão horizontal, aponta para falhas de cooperação que têm comprometido, ao menos em parte, a redução das desigualdades territoriais em saúde. A despeito de avanços parciais obtidos sob os consórcios intermunicipais de saúde (CIS) e sob as redes regionalizadas de atenção, tais falhas requerem uma reflexão, não apenas sob a ótica da fragmentação político-territorial que resultou da descentralização política emergente da Constituição de 1988, mas também sobre a natureza dos problemas de ação coletiva envolvidos em cada caso e sobre a adequação das formas institucionais mobilizadas na sua solução.

Neste trabalho, com base em desenvolvimentos teóricos recentes e circunscritos pela Teoria da Ação Coletiva Institucional, assumimos o objetivo de elucidar a natureza dos obstáculos à cooperação em ambos os casos, com objetivo de fornecer uma chave para a interpretação dos problemas e limites apresentados pelas instituições que operam em cada um deles, sob as quais temos obtido resultados ainda limitados diante das expectativas depositadas sobre ambos arranjos.

Na primeira seção, descrevemos a combinação dos mecanismos de coordenação federativa ativados no processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) para compensar eventuais problemas decorrentes da diversidade decisória e desigualdade de capacidades, que derivam da fragmentação político-territorial no setor. Na segunda, descrevemos os arranjos institucionais construídos sob os CIS e para a formação das redes regionalizadas de atenção à saúde e que, em dimensão horizontal, têm apresentado impacto limitado na redução das desigualdades territoriais em saúde. Na terceira, apresentamos a abordagem da Ação Coletiva Institucional e algumas das suas contribuições para o entendimento dos problemas de cooperação entre governos locais. Na quarta, introduzimos uma distinção entre categorias de problemas de ação coletiva que, na quinta e última seções, nos orienta na avaliação das potencialidades e limites envolvidos nos dois arranjos de cooperação interlocal analisados.

Fragmentação político-territorial, coordenação e autonomia

O Federalismo brasileiro que emergiu da Constituição Federal (CF) de 1988 foi relativamente bem-sucedido em combinar exigências de igualdade social e descentralização da gestão das políticas públicas correspondentes, a partir da devolução dos poderes previamente centralizados sob o Regime Militar para estados e municípios. Se, por um lado, a nova Constituição fixou garantias sociais nacionais, portanto extensivas a qualquer cidadão brasileiro - não importando a região, estado ou município de residência -, por outro ela promoveu a descentralização política, administrativa e fiscal para estados e municípios, alçando os últimos à condição de terceiro ente federado. Se garantias sociais nacionais, sem distinção territorial, requerem coordenação a partir do governo central, a descentralização supõe autonomia e diversidade decisória (OBINGER *et al.*, 2005; GREER, 2010; ARRETCHÉ,

2012). Coordenação e autonomia constituiriam, assim, um par dicotômico de difícil combinação.

No caso brasileiro, após a redemocratização, foram diversas as combinações adotadas entre coordenação e autonomia em diferentes áreas governamentais, gerando diferentes esquemas de distribuição das tarefas entre níveis de governo envolvendo formulação e implementação de políticas sociais. A qualidade dessas combinações dependeu da diversidade e intensidade com que foram mobilizados instrumentos de coordenação a partir do Governo Central, incluindo constrangimentos constitucionais ou legais, constituição de fóruns federativos institucionalizados ou transferências condicionadas de recursos federais (MACHADO; PALOTTI, 2015). Os constrangimentos constitucionais ou legais, decorrentes de produção legislativa no parlamento nacional, vincularam diferentes níveis de governo a obrigações de execução da despesa, como nos pisos constitucionais para a Educação ou Saúde, ou mesmo estabeleceram responsabilidades detalhadas para cada nível nas políticas públicas (ALMEIDA, 2005; SOUZA, 2005; ARRETCHE, 2004). A pactuação em arenas federativas institucionalizadas para decisões relativas à implementação dessas políticas foi estabelecida de forma ampla na Saúde e Assistência Social, embora mais restritamente na Educação (PALOTTI; MACHADO, 2014). Já as transferências condicionadas de recursos federais para governos subnacionais, geralmente por adesão a programas nacionais, foram adotadas em diversas políticas sociais, sendo estruturantes para a construção de sistemas ou padrões nacionais de oferta de serviços, bem como para a redução das desigualdades territoriais (ARRETCHE, 2012).

Via de regra, a mobilização desses instrumentos de coordenação gerou um padrão comum: a centralização do *policy decision making* e a descentralização do *policy making* (ARRETCHE, 2012), ou seja, nas diferentes políticas sociais coube à União o papel central na formulação, enquanto aos estados e, principalmente, aos municípios, coube o papel de implementadores.

O setor saúde foi precursor nesse sentido. Nele, dispositivos constitucionais e legais (Lei nº 8080/1990 e Lei nº 8.142/1990) estabeleceram uma divisão funcional de responsabilidades entre níveis de governo, ao contrário da atribuição de responsabilidades por diferentes áreas da atenção à saúde a cada um. Sob a divisão de funções, coube à União a coordenação, normatização e definição de padrões nacionais para o sistema de saúde; aos estados, a coordenação e normatização complementar, bem como acompanhamento,

avaliação e controle das redes regionalizadas, mais o apoio técnico e financeiro aos municípios; e, finalmente, a estes últimos foram reservadas as funções de “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde” (Artigo 18, inciso I da Lei nº 8.080/90). O Executivo federal foi, assim, investido de autoridade para tomar iniciativas nacionais no sentido da formulação dessa política pública (ARRETCHE, 2004), embora dependendo dos estados e municípios para sua implementação. A Emenda Constitucional nº 29/2000, posteriormente regulamentada sob a Lei nº 141/2012, fixou ainda patamares mínimos das receitas próprias de cada nível de governo a serem alocados no setor saúde, decisão vinculatória emanada do legislativo nacional com óbvias restrições à autonomia orçamentária dos estados e municípios, embora de significativa relevância para a sustentação financeira do sistema nacional de saúde.

Por outro lado, foi institucionalizada uma arena de pactuação federativa nacional entre representações dos três níveis de governo, reproduzida em cada unidade da federação por meio de arenas de pactuação bipartite, envolvendo representações dos respectivos estados e municípios. A formulação das próprias normativas nacionais que regulariam a descentralização das responsabilidades de gestão e recursos passou a ser objeto de acordo entre atores federativos sob a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com implementação pactuada nos estados por meio das Comissões Intergestores Bipartite (CIB). A atuação dessas arenas conferiu flexibilidade suficiente para promover adaptações conjunturais e qualificar melhor as propostas emanadas do Executivo Federal (PALOTTI; MACHADO, 2014), considerando diversidades regionais e locais. Se, num primeiro momento, por exemplo, o desafio foi descentralizar a gestão das unidades e dos serviços de saúde para os municípios (Norma Operacional Básica – NOB 01/1993), a estruturação da atenção primária e dos níveis de atenção especializados foi a pauta na segunda metade dos anos 90 (NOB 01/1996); seguida, no início dos anos 2000, da necessidade de organizar as redes regionalizadas de atenção à saúde, como estratégia para incrementar a integralidade e equidade no acesso aos serviços especializados (Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01/2002).

Por fim, as transferências condicionadas constituíram um dos principais motores para a implementação de modelos para gestão e prestação de serviços nos diferentes níveis de atenção, além de reduzir desigualdades territoriais e conferir sustentabilidade ao SUS, mesmo nos momentos em que crises econômicas atingiram mais diretamente os estados e municípios. As transferências

fundo a fundo – diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais ou municipais – ocorreram sob regras universais, estabelecendo condicionantes aplicáveis a qualquer ente subnacional, e incluíram centenas de modalidades, reorganizadas sob o Pacto pela Saúde (Portaria Ministerial GM 399/2006) em cinco blocos de financiamento – atenção básica; média e alta complexidade; assistência farmacêutica; vigilância à saúde e gestão do SUS (MACHADO, 2014) –, que, posteriormente, incluíram um sexto bloco destinado aos investimentos em saúde. A despeito da reorganização das transferências em blocos de financiamento, as regras específicas para cada modalidade de recurso vinculada a programa federal, estabelecida em portarias ministeriais, foram suspensas no final de 2017, pela Portaria Ministerial nº 3.992, o que praticamente desmontou o sistema de transferências condicionadas ao reunir os cinco blocos originais em um único bloco de custeio e manter o bloco de investimentos.

Não obstante essa última alteração, cujos efeitos poderão ser oportunamente avaliados, os instrumentos de coordenação federativa combinados no setor saúde estruturaram um sistema único com forte identidade nacional, ao longo de quase três décadas. Entre seus resultados, é digno de nota que, em 1999, com menos de meia década de implementação do SUS, mais de 97% dos municípios brasileiros estiveram habilitados em alguma das condições de gestão estabelecidas pela Norma Operacional Básica 01/1996 (SCATENA; TANAKA, 2001), o que lhes exigia a organização dos fundos e conselhos municipais de saúde, entre outras exigências. Quanto à estruturação da rede de atenção, foi intensa a disseminação da Estratégia Saúde da Família, adotada pelo Ministério da Saúde como eixo para organizar a atenção primária, com uma evolução de 2.054 equipes, em 1998, para 41.619 em 2017, ampliando a cobertura populacional inicial, estimada de 4,4%, para cerca de 70% da população brasileira nesse mesmo período (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Porém, a operação dos instrumentos de coordenação vertical do SUS levaram a resultados expressivos, o mesmo dificilmente poderia ser dito em relação aos avanços na dimensão horizontal, que abarca a necessária articulação entre governos locais. As duas principais experiências conhecidas do âmbito do SUS – os consórcios intermunicipais de saúde e a regionalização das redes de atenção à saúde – produziram resultados ainda controversos quanto ao atendimento dos objetivos nacionais de universalização, integralidade e equidade. Desenvolveremos esse ponto na próxima seção.

Consórcios intermunicipais e redes regionalizadas de atenção à saúde

A experiência dos consórcios se disseminou em diversas regiões do país desde a primeira metade dos anos 90, enquanto o primeiro esforço explícito para construção das redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS somente veio no início dos anos 2000, com a NOAS 01/2002. Não obstante, a replicabilidade dos benefícios trazidos pelos consórcios se mostrou limitada, não apenas no que se refere à sua adoção nas diversas regiões do país, mas também quanto ao seu potencial para abarcar integralmente os componentes da atenção à saúde no SUS. De outro lado, a despeito da experimentação sob diferentes formatos normativos, as redes regionalizadas têm obtido resultados mais limitados que os pretendidos em termos de equalização inter e intra regional do acesso aos serviços especializados - os de média e alta complexidade assistencial - ou de superação dos conflitos interlocais, o que tem frequentemente motivado propostas de revisão no âmbito do Ministério da Saúde ou das representações nacionais de estados e municípios. A seguir, tratamos de cada um dos casos.

Os consórcios públicos são associações voluntárias entre entes governamentais para produção e compartilhamento de valores, requerendo cooperação entre as partes interessadas na realização de objetivos comuns. Embora as primeiras experiências bem-sucedidas remetam a associações entre municípios paulistas para realização de atividades nas áreas de promoção social e desenvolvimento nos anos 60, foi no setor saúde que eles se desenvolveram com maior intensidade a partir de experiências pioneiras, como o Consórcio de Penápolis, criado em 1986 (RIBEIRO; COSTA, 2000). Na década seguinte, o crescimento dos CIS foi intenso, chegando ao final da década com 141 associações distribuídas por 13 estados da federação, englobando 1.618 municípios e 25.376.829 cidadãos (LIMA; PASTRANA, 2000). Com a regulamentação dos consórcios públicos por meio da Lei nº 11.107/2005 e do Decreto nº 6.017/2007, houve um novo surto de crescimento dos CIS nos anos seguintes, assim como de resto ocorreu com os consórcios públicos em geral, segundo pesquisa de 2009 realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (IPEA, 2010). Entretanto, esse crescimento rapidamente se mostrou estagnado, conforme levantamento realizado pelo IBGE dois anos depois, inclusive com ligeiro decréscimo de municípios consorciados no setor saúde (MACHADO; ANDRADE, 2014).

Na saúde, responsável por quase 40% das participações municipais em consórcios em 2011 (*idem*), a difusão dos CIS contou com forte presença indutora dos governos estaduais (RIBEIRO; COSTA, 2000; LIMA; PASTRANA, 2000). Em 2008, um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde registrou que apenas três estados da federação — Minas Gerais, Paraná e Mato Grosso — concentravam cerca de 60% dos CIS (BRASIL, 2008). Isso se explicaria pelas estratégias de indução e sustentação dos consórcios pelos governos estaduais, incluindo, respectivamente, transferências financeiras diretas para investimentos de capital e custeio, sua definição como estratégia de regionalização no estado ou a oferta de convênios junto ao estado para gerir serviços hospitalares regionais (MACHADO; PALOTTI, 2015).

De um modo geral, os consórcios foram vistos como “importante mecanismo de regionalização da oferta pública”, fator de “redução de barreiras de acesso e de descentralização” e de inovação ao criar “parâmetros inusuais de cooperação e coordenação da política de saúde em nível local” (RIBEIRO; COSTA, 2000, p. 214, 215, 217). Tomados como uma das experiências de “desfragmentação da gestão” municipal no caso brasileiro (ROCHA; FARIA, 2004), eles poderiam otimizar recursos existentes nos municípios maiores de modo a serem adotados como estratégia pertinente para a montagem das redes de atenção no âmbito do SUS (SANTOS, 2002) ou mesmo significar a articulação entre municípios menores para viabilizar a oferta de serviços previamente inexistentes. Em síntese, os consórcios foram considerados por parte significativa dos pesquisadores como um dos mais importantes modelos de articulação territorial construídos recentemente, tendo como vantagem a relação de igualdade que preservaria, assim, a autonomia decisória dos governos locais, evitando a subordinação hierárquica a um dos parceiros ou à entidade administrativa (ABRUCIO; FRANZESE; SANO, 2010), embora se constitua como uma dentre outras formas de associativismo local (ABRUCIO; SANO, 2013).

Os CIS ofereceriam uma combinação de vantagens bastante peculiar. Por um lado, trariam ganhos em economia de escala na realização dos procedimentos de maior densidade tecnológica e, ao menos para municípios de menor porte, a oferta desses procedimentos aos cidadãos. Em outro sentido, o mecanismo que sustenta a coleta das contribuições individuais dos associados e a produção ou compra dos serviços a serem compartilhados operaria sob mínimos riscos de perda de autonomia ou controle de cada membro sobre a associação: todos eles são formalmente equivalentes; os CIS se dedicam

restritamente aos interesses comuns entre eles, do que decorre processos decisórios supermajoritários ou baseados no consenso; não se estabelece, assim, relação hierárquica entre a associação e cada um dos membros. Os CIS preservariam, assim, um balanço de poder próprio ao municipalismo que inspirou a distribuição de competências sob o SUS, ao mesmo tempo que contornam *problemas distributivos*, tais como os que ocorrerem na história do próprio consórcio de Penápolis, onde se estabeleceram conflitos quanto aos critérios para participação dos associados no custeio (se proporcional à população de cada um ou de acordo com a quantidade de serviços utilizados). Os CIS desenvolveram formas eficazes para mitigar *riscos de comportamentos freerider* antes mesmo da regulamentação dos consórcios públicos, como foi o caso da contribuição compulsória de associados via transferência bancária automática de fração do Fundo de Participação dos Municípios (MACHADO, 2010).

Entretanto, os CIS apresentaram limites consideráveis para oferecer serviços de forma integrada à rede SUS preservando seus princípios e diretrizes. A solução dos problemas distributivos ou comportamentos *freerider*, que agregaram estabilidade ao fluxo orçamentário e credibilidade de compromissos entre associados, se deu pela via de adaptações institucionais que convergiram para dois requisitos: 1) exclusão dos não contribuintes, sejam cidadãos oriundos de municípios inadimplentes ou que não fazem parte do consórcio; 2) priorização da oferta de serviços que pudessem ser programados e fracionados, atribuindo a cada associado uma quantidade de serviços proporcional às suas contribuições (MACHADO, 2010). Essa combinação, entretanto, terminou criando problemas de compatibilidade com dois princípios fundamentais do SUS: o primeiro, ao estabelecer um nicho de ofertas públicas em que não vigora a universalidade de acesso a qualquer cidadão brasileiro; o segundo, ao restringir essas ofertas a um subconjunto de serviços de interesse comum, mas que não contempla a integralidade das ações e serviços prometida pelo SUS.

Após a regulamentação dos consórcios públicos – que estabeleceu o contrato de rateio entre associados, com possibilidade de que contratos complementares ajustassem a participação nos custos aos benefícios aferidos por cada associado –, a equalização entre ambos (custos e benefícios) foi flexibilizada, podendo evoluir para dois padrões distintos. Num primeiro, como anteriormente já ocorria, a participação de cada associado nos custos e benefícios estaria estipulada *ex ante*, o que supõe a restrição dos benefícios àquelas modalidades que sejam previamente programáveis e mensuráveis. Num segundo,

a especificação da participação de cada associado nos custos do consórcio se faria *ex post*, nos termos estabelecidos sob os contratos complementares, uma vez mensurada a cada mês de exercício qual teria sido sua participação nos benefícios disponibilizados pelo CIS, de modo a ampliar a possibilidade da oferta de modalidades de serviços que não fossem previamente programáveis (MACHADO; ANDRADE, 2014).

Porém, sob ambos os padrões, os CIS operam sob uma lógica do tipo *pay for service*, vigente nas relações de mercado, em que o contratante paga pelo que consome, o que limita sobremaneira que eles possam desempenhar funções solidárias ou redistributivas em perspectiva regional (*ibidem*). Nesse contexto, faz sentido uma distinção quanto ao limite dos CIS: se até aqui se mostraram suficientemente potentes para realizar os interesses comuns dos municípios de uma região, não demonstram potencialidades para contemplar os interesses coletivos dos cidadãos de uma região de saúde, ponto ao qual retornaremos ao final deste trabalho.

Já a construção de redes regionalizadas de atenção à saúde, por sua vez, ainda que tenha sido amparada pelo artigo 198 da CF de 1988, segundo o qual “ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada” (BRASIL, 1988), bem como pelo artigo 7º da Lei nº 8.080/1990, foi tratada na NOB 01/1996 de modo incipiente e sem a introdução de instrumentos suficientes para sua implementação. Foi somente com a NOAS 01/2002 que as redes regionalizadas foram definidas como estratégia para promover a equidade no acesso aos serviços do SUS em todos os níveis de atenção à saúde, resultando na proposição de instrumentos de gestão que, combinados, lhe serviriam de base: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que recortaria os territórios dos estados em regiões de saúde; a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que, dentro de cada região, especificaria metas físicas e financeiras para atendimento às populações das regiões nos municípios definidos como referência (municípios polo) para atendimento especializado; e os Planos Diretores de Investimento (PDI), que identificariam lacunas assistenciais e investimentos necessários para equacionamento da sua oferta nas regiões (MACHADO, 2007). Em cada estado, as CIB seriam constituídas como arenas para pactuação na formulação de três instrumentos, incluindo os compromissos firmados nas regiões para o referenciamento dos cidadãos aos municípios polo.

Em 2006, por meio da Portaria Ministerial 399, foram promovidas mudanças importantes nas normativas para a regionalização das redes sob o chamado

Pacto pela Saúde, que tinha entre seus principais objetivos viabilizar uma “regionalização solidária e cooperativa” (BRASIL, 2006), o que em si já aponta para o reconhecimento de dificuldades e conflitos entre governos locais na implementação da NOAS 01/2002. Entre suas inovações, destacam-se: 1) Flexibilização do desenho das regiões de saúde em cada estado, abandonando requisitos técnicos nacionais uniformes estabelecidos anteriormente, que vinculavam níveis de complexidade assistencial a determinados agregados territoriais; 2) Adoção de colegiados de gestão regional (CGR) como arena de pactuação em cada região de saúde, com representação estadual e de cada um dos respectivos municípios; 3) Extinção das antigas habilitações de municípios para gestão dos seus sistemas locais de saúde, bastando, a partir de então, a assinatura dos gestores locais nos Termos de Compromisso de Gestão nas respectivas regiões mediante aprovação dos conselhos municipais de saúde; e 4) Ampliação das funções dos estados na regulação do acesso assistencial, porém mantendo o controle do acesso aos prestadores de serviços nos municípios polo, uma vez respeitado o comando único sobre todas unidades de saúde em seu território.

Já cinco anos depois, o Decreto nº 7.508/2011 estabeleceu o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), novamente propondo mudanças nas normativas para a regionalização das redes de atenção, sendo a mais importante delas a atribuição de status jurídico a tais contratos, onde seriam firmados compromissos entre entes federados nas regiões de saúde com o intuito de produzir mais transparência e *enforcement* sobre os pactos regionais. Entretanto, sua implementação não foi concluída em função do baixo nível de adesão dos governos subnacionais, que lhe atribuíram elevados riscos jurídicos e financeiros, dados os novos compromissos propostos (MOREIRA *et al.*, 2017).

Em linhas gerais, a regionalização incorporaria ganhos de economia de escala e otimização da capacidade instalada em municípios que concentram serviços de maior densidade tecnológica, mas, ao contrário dos CIS, ela vai além dos interesses comuns entre governos locais ao assumir como objetivo estruturante a promoção da equidade e da integralidade da atenção a todos os cidadãos das regiões de saúde. Recortadas estas regiões nos respectivos territórios estaduais, os municípios implicados participariam da pactuação de metas físicas e financeiras a serem realizadas nos municípios polo de modo a assegurar o acesso aos serviços de maior complexidade assistencial para todos os cidadãos da região. Os municípios polo receberiam transferências federais diretas nos respectivos

fundos de saúde para provisão destes serviços às populações dos demais municípios em suas regiões, mas os parâmetros assistenciais, diferentemente dos CIS, abrangeriam todo o conjunto dos procedimentos especializados providos pelo SUS, a fim de assegurar a integralidade da atenção.

Porém, desde os primeiros momentos, a implementação da NOAS 01/2002 foi marcada por dificuldades, a despeito da crescente adesão de estados e municípios. A escassez de recursos disponíveis para suprir as necessidades regionais não eliminou conflitos ou comportamentos predatórios entre os municípios (VIANNA *et al.*, 2002), além do fato de que as respostas dos municípios foram mais lentas e marcadas por dificuldades na promoção das articulações entre níveis de governo e na implantação dos instrumentos de cooperação (QUEIROZ, 2004). Pouco tempo após o início da sua implementação, documentos do próprio Ministério da Saúde e das representações nacionais dos secretários estaduais e municipais apontavam a necessidade de promover ajustes que favorecessem mais cooperação e solidariedade no relacionamento entre governos subnacionais (CONASS, 2004; BRASIL, 2005). Nem mesmo as mudanças promovidas sob o Pacto de Gestão, em 2006, tiveram o sucesso esperado nesse sentido, a despeito da esperança mobilizada e do esforço nacional coordenado a partir da CIT para sua implementação.

Decorridas quase duas décadas da NOAS 01/2002, “desigualdades regionais em todos os níveis – grandes regiões, unidades federativas e regiões de saúde – são apontadas pela literatura especializada como fato marcante” (RIBEIRO *et al.*, 2017, p. 1042), o que “torna mandatária a reabertura do debate sobre a descentralização do SUS” (p. 1032), a despeito da detecção de fatos positivos como o aumento do movimento de pacientes para fora das suas regiões de saúde, acompanhando o aumento dos níveis de complexidade. A persistência ou, até mesmo, o aprofundamento de desigualdades regionais e problemas decorrentes da fragmentação territorial na gestão do SUS poderiam realimentar “assimetrias regionais (que) representam evidente obstáculo à regionalização por aumentar o esforço de cooperação entre desiguais” (MOREIRA *et al.*, 2017, p. 1104). E, desse modo, mesmo após as mudanças introduzidas nas normativas que regulamentaram a regionalização, ainda “há dúvidas concretas em como produzir maior grau de responsabilização e solidariedade frente às decisões e à pactuação entre os gestores” (REIS *et al.*, 2017, p. 1051).

Cabe notar que, a despeito das supracitadas mudanças nas normativas, elas tiveram que se conter dentro de limites institucionais fixados pelo próprio

SUS no que tange à autonomia da gestão local e ao comando único sobre os prestadores de serviços nos respectivos territórios, condicionando o processo de regionalização a depender das barganhas entre “exportadores” e “importadores” de serviços especializados, detendo os primeiros o controle sobre o acesso aos serviços que atenderiam aos demais (MACHADO, 2013). Combinado ao crônico problema de financiamento do SUS e ao *gap* entre valores da tabela SUS e custos de produção no mercado, tetos financeiros transferidos para os municípios polo se mantiveram descolados das metas físicas definidas nas PPI, incapacitando o cumprimento destas últimas segundo parâmetros de cobertura estabelecidos pelo próprio Ministério da Saúde. Como agravante, a totalidade dos recursos transferidos para os municípios polo, diante da inexistência de algum mecanismo *ex post* acima dos municípios, que equacionasse recursos previstos *versus* executados conforme pactuados, se incorporaria em definitivo aos seus fundos, fossem ou não efetivamente utilizados no atendimento aos municípios “importadores”.

Nessas condições, o conflito distributivo reiterado ao longo das pactuações entre “exportadores” e “importadores” se estruturou como um jogo de transferência recíproca de potenciais perdas futuras: da parte do município polo, a perda de ter que complementar os recursos federais recebidos com receitas próprias, a fim de realizar as metas físicas destinadas aos “importadores”; da parte dos “importadores” de serviços, via de regra, não tendo outra alternativa para dar acesso aos seus cidadãos àqueles procedimentos de maior complexidade dentro do SUS, a perda de ter que pagar de forma avulsa e direta pelos serviços com receitas próprias (*Ibidem*). Comportamentos predatórios de parte a parte, como a estratégia de municípios “importadores” de encaminhar pacientes para os municípios polo por fora dos limites pactuados, via serviços de urgência, intensificaram os conflitos horizontais e geraram perda de confiança entre as partes.

Embora poucas, há evidências de que as populações dos “importadores” e “exportadores” não têm usufruído das mesmas chances de acesso aos procedimentos mais especializados nas regiões de saúde. Analisando as 13 (treze) macrorregiões de saúde de Minas Gerais no ano de 2005, ainda sob a vigência da NOAS 01/2002 no estado, Machado (2007) constatou que em 11 (onze) delas os tetos financeiros haviam sido executados *além do programado* para as populações dos municípios polo e *aquém do programado* para as populações dos municípios referenciados; em uma delas, os tetos foram executados *além*

para ambas categorias de população, e, em outra, foram executados *aquém do programado* também para ambas; em nenhum caso, a execução privilegiou residentes nos municípios “importadores”. Moraes (2019), analisando dados de 78 regiões de saúde em Minas Gerais para o ano de 2017, porém após a implementação do Pacto pela Saúde, constatou a formação de um padrão sob o qual a proporção dos pacientes atendidos em procedimentos de média complexidade hospitalar fora da sua região de saúde era, em relação à sua população, maior entre residentes em municípios referenciados (“importadores”) que entre os residentes nos municípios polos (“exportadores”). Por outro lado, Machado e Guim (2017), com base em inquérito realizado pelo IBGE para todos municípios brasileiros, constataram que 84% dos municípios com até 20 mil habitantes (tipicamente “importadores”) compraram serviços em estabelecimentos particulares de forma avulsa e com receitas próprias, enquanto este percentual caiu para 39% no caso daqueles municípios com mais de 400 mil habitantes (tipicamente “exportadores”), o que aponta para assimetrias entre as duas categorias de municípios para ter acesso aos procedimentos especializados, pela via das pactuações regionais no SUS.

Ao final desta seção, é não é difícil notar que, diferentemente dos CIS, a regionalização das redes de atenção construiu institucionalidades instáveis e com baixa credibilidade em torno da capacidade de cumprimento dos compromissos previamente assumidos entre governos locais, o que torna atraente a ideia de que a forma consorciada possa se constituir como modelo mais adequado para substituí-la na promoção da regionalização no SUS. Embora intuitiva, entretanto, essa hipótese requer, antes, reexaminar não apenas as finalidades a que se destina a cooperação em cada caso, mas, principalmente, qual a natureza dos problemas de ação coletiva envolvida em cada um deles. A Ação Coletiva Institucional é um campo de estudos dedicado, há algum tempo, aos problemas de cooperação emergentes sob as relações entre governos locais sob formatos institucionais variados e, na próxima seção, mobilizamos alguns dos seus desenvolvimentos para análise dessa questão.

Ação Coletiva Institucional e falhas de cooperação

A Ação Coletiva Institucional emergiu como esforço para enquadramento teórico dos problemas de cooperação envolvidos em organizações regionais constituídas nos Estados Unidos, como conselhos regionais, conselhos de

governos, organizações de planejamento metropolitanas e parcerias interlocais de diversos tipos. Via de regra, trata-se de associações voluntárias em que governos locais geralmente mantêm autonomia, participando das barganhas para desenvolver iniciativas frente a problemas regionais, o que em geral se faz com limites importantes à autoridade e capacidade independente para agir por parte dessas associações regionais (KWON, 2007). Na ausência dessas associações, governos locais se veriam presos a estados sub ótimos, em que dois ou mais deles buscariam resolver, unilateralmente e com baixo grau de sucesso, problemas que são comuns (TAVARES; FEIOCK, 2013).

Ao constituir tais organizações regionais, governos locais, entretanto, enfrentam um dilema: ceder poder a ponto de capacitar essas organizações a produzirem os benefícios que atendam à comunidade regional como um todo, a despeito de interesses ou particularidades locais; ou renunciar a esses benefícios para evitar perder o controle sobre resultados por elas produzidos, que eventualmente poderiam lhes contrariar. A primeira opção favorece a solução de problemas que extrapolem uma única jurisdição ou a promoção da redistribuição, mas esvazia o poder dos governos locais para atender preferências dos seus cidadãos sobre várias questões. Já a segunda, ao ceder poucas prerrogativas para a organização regional, em nome de preservar a autonomia local, restringe as possibilidades de superação dos problemas regionais que podem, eventualmente, respingar sobre os interesses locais.

Esses dilemas têm recebido pouca atenção na literatura europeia, em geral referenciada em associações voluntárias entre municípios que visam ganhos de economia de escala na produção conjunta de serviços públicos, induzidas ou subsidiadas por governos nacionais ou pela União Europeia (ALLERS; GEERTSEMNA, 2016; NIAOUKANIS; BLANK, 2017; ALLERS; DE GREEF, 2018). Na literatura norte-americana, entretanto, a referência a esses dilemas é frequente, em geral abordando organizações regionais constituídas por iniciativa própria dos entes locais e com finalidades diversas que, além da economia de escala na provisão de serviços, inclui: gestão de recursos naturais comuns, distribuição dos custos de externalidades positivas ou absorção de externalidades negativas a partir de processos locais (TAVARES; FEIOCK, 2013). A variedade de resultados obtidos sob as diferentes modalidades associativas e sob contextos regionais diversos estimulou o desenvolvimento da Ação Coletiva Institucional, cuja agenda de pesquisa tem se dedicado a identificar as condições sobre as quais a

cooperação tem efetivamente ocorrido ou apresentado melhores níveis de desempenho (FEIOCK, 2005).

Entre os principais pressupostos da Ação Coletiva Institucional, estão:

- 1 – Motivações individuais para aderir ou não à cooperação na produção de bens públicos, nos termos propostos por Olson Júnior (1968), podem ser estendidos à lógica da ação coletiva entre organizações como governos locais (SKUZINSKI, 2015);
- 2 – Representantes dos governos locais são atores capazes de agir estrategicamente na adequação de meios às suas preferências por resultados (atores racionais) e, como tais, levam em consideração constrangimentos institucionais (SKUZINSKI, 2015), como parte de uma estrutura de incentivos que afeta o cálculo de custos e benefícios da cooperação e, daí, a probabilidade da sua adesão;
- 3 – Nesse cálculo, os custos de transação - recursos gastos para identificar interessados em realizar uma transação, negociar com os mesmos e chegar a um acordo, formalizar um contrato e aplicar as medidas necessárias para que ele seja observado (COASE, 1960) – constituem a variável explicativa chave (FEIOCK, 2007);
- 4 – A probabilidade de sucesso na cooperação varia inversamente com os custos de transação, assumindo especial relevância os fatores capazes de afetá-los (KWON, 2008; HAWKINS, 2010).

Esses fatores podem incluir atributos como o grau de homogeneidade ou heterogeneidade entre governos locais potencialmente beneficiários da cooperação (GERBER; GIBSON, 2005; FEIOCK, 2005; 2007; KWON; 2007; TAVARES; FEIOCK, 2013), sendo que quanto mais desiguais, maiores os custos para se chegar a algum entendimento sobre uma pauta de ação comum. Outro fator relevante inclui características dos próprios bens ou serviços compartilhados, como a sua mensurabilidade, cuja ausência pode dificultar a aferição do nível de benefício usufruído por cada associado, aumentando custos para se chegar a um entendimento sobre a participação relativa de cada um no seu financiamento (TAVARES; FEIOCK, 2013; FEIOCK, 2005; 2007; KWON, 2007). As próprias regras do processo decisório adotadas pela organização regional poderiam contribuir para aumentar os custos de transação, por exemplo, na

medida em que envolvam muitos participantes ou que exijam super maiorias para tomar uma decisão (GERBER; GIBSON, 2005; 2009).

Por outro lado, a Ação Coletiva Institucional tem incluído na sua análise outros elementos, ausentes na clássica consideração dos problemas de deserção sob o Dilema do Prisioneiro, reconhecendo a necessidade de incorporar especificidades das interações entre governos locais, como a repetição infinita das rodadas de barganha ou a restrição do número de interlocutores pelas condições geográficas. Essas especificidades tornam relevantes a reputação ou o desenvolvimento da confiança entre agentes locais como fatores capazes de baixar custos de transação, reduzindo a incerteza quanto ao comportamento dos interlocutores. A análise, nesse sentido, passa a incluir variáveis como o desenvolvimento, ou não, de redes informais entre gestores locais ou o exercício da função de corretagem por parte de organizações regionais previamente estabelecidas na região (HAWKINS, 2010; KWON, 2007), tidas como espaços que favorecem o desenvolvimento de novas pautas cooperativas.

Sob a variedade de organizações regionais analisadas pela Ação Coletiva Institucional, entretanto, problemas referidos estritamente aos riscos de deserção dos governos locais, frente à opção de cooperar com a realização de interesses comuns, constitui apenas um subconjunto das situações. Neste último caso, aliás, em que tipicamente temos associações voluntárias para a estrita promoção daqueles interesses, como é o caso dos CIS, o relativo sucesso das formas institucionais destinadas a constringer comportamentos *freerider* ou limitar estratégias oportunistas de diversos tipos, tem levado a algum esvaziamento do interesse por uma análise propriamente focada em problemas de ação coletiva. Geralmente voltadas para ganhos de escala, essas parcerias voluntárias entre governos locais têm operado mais restritamente na provisão daqueles benefícios que são mensuráveis (TAVARES; FEIOCK, 2013; FEIOCK, 2005; 2007; KWON, 2007) e construído mecanismos de *enforcement* que efetivamente assegurem o fluxo de contribuições para sua sustentação financeira.

Porém, como frequentemente tem ocorrido nas organizações de governança regional norte-americanas ou para gestão de regiões metropolitanas em geral, a pauta de interações entre governos locais não é restrita a temas de interesse comum, assumindo um caráter multifinalitário que inclui funções como mitigar externalidades negativas, geradas por processos ou decisões não coordenadas, ou promover atividades que gerem externalidades positivas para toda a região (GERBER; GIBSON, 2005; FEIOCK, 2007). À medida que essa

pauta se amplia, há diferentes graus de sucesso na solução de problemas de cooperação. Entre as principais constatações, tem se percebido que as ações para regulação das externalidades interlocais ou redistribuição de valores em dimensão regional são mais tímidas ou menos desenvolvidas quanto mais assimétricas as condições econômicas e sociais entre as localidades (GERBER; GIBSON, 2005). Especialmente nestes casos, governos locais relutam em ceder autonomia para as organizações regionais agirem independentemente (HAWKINS, 2010). No caso das regiões metropolitanas, especificamente, há apontamentos de falta de coordenação para ordenar o crescimento urbano e dificuldades de se chegar a uma agenda comum, em decorrência da dispersão de prioridades entre os governos envolvidos a partir da usual heterogeneidade entre eles, com a manutenção da segregação econômica e disparidades na qualidade de serviços (ORFIELD; DAVES, 2016), bem como falta de integração entre governos e iniciativas seletivas incapazes de reverter desigualdades internas (SAVITH; ADHIKARI, 2016).

Assim, a diversificação dos casos empíricos abordados pela Ação Coletiva Institucional a afastou do contexto particular envolvido originalmente no argumento olsoniano, fundado nos riscos de deserção entre agentes envolvidos na produção de bens públicos puros¹, passando a incluir outros tipos de valores como serviços públicos congestionáveis² ou funções regulatórias em âmbito regional. Tais estudos passaram a lidar com situações que vão além daquelas em que os agentes compartilham interesses comuns, incluindo aquelas em que eles lidam com temas aos quais atribuem diferentes níveis de saliência ou prioridade, quando não divergem quanto às soluções possíveis. Esse desenvolvimento empírico tem um interessante paralelo no campo teórico, especialmente na releitura proposta por Holzinger (2003) para discriminar e categorizar os problemas de ação coletiva sob a teoria dos jogos, o que oferece uma chave explicativa para a interpretação dos diferentes graus de sucesso das organizações regionais e, inclusive, das distinções aqui observadas entre os CIS e a regionalização das redes de atenção. Iremos a este ponto na próxima seção.

-
1. Bens que, uma vez disponíveis a uma parte das pessoas, não teriam como ter o acesso negado aos demais.
 2. Bens em que o aumento dos níveis de consumo por parte de alguns pode, a partir de determinado limiar, restringir probabilidade de acesso para os demais.

Problemas de ação coletiva: interesses comuns de governos locais *versus* interesse da região

Holzinger (2003) reformulou o conceito de “problemas de ação coletiva” ampliando sua abrangência sem, contudo, incorrer em estiramento conceitual³ (SARTORI, 1981). O contexto originalmente referido por Olson (*ibidem*), a partir daí, se converte em um dos subconjuntos de problemas de ação coletiva, conceitualmente distinto de outros. Nesse empreendimento, a autora parte da reformulação da própria definição sobre a ação coletiva: aquela por meio da qual indivíduos buscam realizar e distribuir algum ganho por meio da coordenação entre suas ações, para o que é requerida sua cooperação. Por desdobramento, problemas de ação coletiva seriam obstáculos emergentes em diferentes contextos de interação estratégica que dificultariam a requerida cooperação. Tais obstáculos incluem, como originalmente em Olson (*ibidem*), a propensão à deserção da ação cooperativa pela possibilidade de gozar dos benefícios sem incorrer nos custos (comportamento *freerider*), mas incluem também dificuldades de coordenar as escolhas entre cooperar ou não em razão de lacunas informacionais ou pela dificuldades de se chegar a um acordo sobre a distribuição dos benefícios entre os pactuantes, por exemplo.

Balizada por critérios previamente fixados⁴, Holzinger (*ibidem*) chegou à definição de sete categorias de problemas de ação coletiva, das quais consideramos aqui a aplicabilidade de pelo menos três ao tratamento das falhas de cooperação entre governos locais:

- 1) *Problemas de deserção*: individualmente, cada agente tem incentivos para desertar enquanto os outros cooperam, mas também para se protegerem dos resultados advindos da deserção dos outros. O Dilema do

3. O estiramento conceitual em um problema teórico decorrente da ampliação do conjunto de objetos abrangidos por um conceito (denotação) sem, contudo, reduzir explicitamente os critérios que o balizam (ou sua conotação). Para não incorrer neste equívoco, a ampliação de um conceito – no caso “problemas de ação coletiva” – requer a manipulação explícita da sua conotação ou dos critérios que o fixam, no sentido de diminuir seu nível de restrição.

4. Que incluíram, dentre outros, a existência de um ou mais equilíbrios de Nash; Pareto-otimalidade ou não dos equilíbrios ou conflitos dos jogadores na avaliação dos resultados possíveis.

Prisioneiro⁵ é o mais conhecido exemplo para comportamentos não cooperativos desse tipo. Ao não dispor de nenhum resultado ótimo de Pareto⁶ e estabelecer um conflito entre o melhor resultado preferível para cada agente (desertar quando os outros cooperam), o jogo contém um segundo resultado com ganhos simétricos para os jogadores, porém cujo alcance dependeria da cooperação de ambos, mas que não constitui equilíbrio, dado que ambos poderiam melhorar sua posição desertando unilateralmente. Nessas condições, o melhor resultado possível para cada jogador, não importa se o outro coopera ou deserta, seria a deserção, que, sendo escolhida por ambos, conduziria o resultado a um único equilíbrio de Nash⁷ (deserção universal), que é sub ótimo;

- 2) *Problemas de coordenação*: neste padrão de interação, há múltiplos equilíbrios, com pelo menos um ótimo e um sub ótimo. Porém, o desafio é que, para migrar do equilíbrio sub ótimo para o ótimo e, portanto, para melhorar os resultados para si, os jogadores devem alterar suas escolhas simultaneamente, o que envolve riscos para ambos e requer confiança mútua, já que mudar a própria escolha sem que o outro o faça levaria ao pior resultado possível para cada um. Esse contexto interativo é representado por jogos conhecidos como *assurance game* ou *Stag Hunt*⁸;

5. Criado pelo matemático Alfred Tucker nos anos 40 como recurso didático, refere-se ao contexto estratégico em que dois suspeitos são capturados próximos ao local de um suposto crime, sendo interrogados em separado sob um conjunto de condições estabelecidas pelo investigador. Sob estas condições, a não cooperação com o parceiro de delito (ou deserção) é a estratégia com maior recompensa para cada suspeito, superior mesmo àquela obtida sob a cooperação de ambos. O grande interesse por este jogo está no fato de que, não importa qual seja a escolha do outro capturado, para cada um deles o melhor resultado advém da deserção, sendo que o pior de todos adviria da cooperação quando o outro deserta. A estratégia de deserção domina a estratégia de cooperação sob qualquer escolha hipotética do outro jogador, o que resultaria, para ambos, na produção de um estado de equilíbrio sub ótimo, ou seja, com ganhos para ambos inferiores àqueles obtidos caso ambos cooperassem.

6. Um estado social em que ninguém pode melhorar sua situação a não ser piorando a de alguém.

7. Um estado social em que nenhum dos agentes envolvidos tem como melhorar sua posição unilateralmente, ao fazer uma opção diferente da atual.

8. Baseado em descrição de Rousseau, o jogo descreve um contexto interativo em que dois caçadores devem optar por caçar, individualmente, lebres ou, conjuntamente, um veado. Neste último caso, as recompensas são maiores, mas será exigida a cooperação recíproca,

- 3) *Problemas de desacordo*: neste terceiro caso, diferente dos anteriores, não está envolvida propriamente uma tensão entre racionalidade individual e o bem-estar coletivo, como consagrado na expressão “problemas de ação coletiva”. Há múltiplos equilíbrios de Nash possíveis, mas cada um contém resultados com ganhos assimetricamente opostos para os jogadores, estruturando um conflito entre eles quanto à preferência por resultados futuros que poderiam advir da cooperação. Assim, o obstáculo à cooperação se refere às dificuldades para que cheguem a um acordo quanto ao que fazer, já que tem preferências distintas sobre onde chegar. Dois jogos que representam problemas de ação coletiva desse tipo são o *Battle of the Sexes*⁹ e o *Chicken Game*¹⁰.

A sistematização conceitual de Holzinger (*ibidem*) oferece categorias úteis à identificação, no mundo empírico, de contextos interativos em que diferentes obstáculos podem minar a cooperação com a ação coletiva, em especial os frequentes casos em que não estão em jogo apenas os interesses comuns ou a

havendo riscos, uma vez que o outro caçador poderia desistir e caçar lebres, enquanto o outro ficaria escondido e em silêncio à espera do veado. Diferente do Dilema do Prisioneiro, as recompensas da cooperação recíproca são superiores à deserção quando o outro jogador coopera, configurando um dos resultados em equilíbrio. É um jogo em que a confiança no outro, para que cumpra o sacrifício necessário para chegar ao melhor resultado para ambos, é tensionada pelos riscos e insegurança envolvidos na sua deserção, caso qualquer um dos dois jogadores reavalie sua promessa durante o jogo.

9. Este jogo, utilizado desde os anos 50 como recurso pedagógico, representa um contexto interativo em que há mais de um equilíbrio possível, porém com recompensas assimétricas entre os jogadores. Originalmente, se refere ao contexto interativo em que um casal quer se encontrar, mas sem que tenham chegado previamente a um acordo sobre onde fazê-lo. Com base no estereótipo cultural, o homem prefere que seja numa luta e a mulher em uma apresentação de balé. Supondo a impossibilidade de comunicação entre ambos, deve-se se considerar que ambos preferem estar juntos que sós, o que estrutura as recompensas, de forma que estar com a pessoa desejada no programa preferido é o melhor resultado para cada um, sendo preferível a estar com ela no local não desejado ou, ainda, a estar sozinho em qualquer lugar.
10. O jogo alude a uma disputa entre jovens, ao estilo dos Ted Boys dos anos 50, em que o mais fraco ou desistente é chamado de galinha. Dois desafiantes posicionam seus carros em lados opostos de uma estrada reta, ambos virados de frente, um contra o outro, tendo que arrancar e correr em alta velocidade na direção de uma colisão entre ambos. A escolha para cada jogador é entre desistir ou não desistir: se ambos não desistem, perdem a vida; se ambos desviam, ficam com a vida, mas perdem o respeito dos amigos; nos demais casos, o desistente fica nesta última condição, enquanto o insistente fica com a vida e a admiração dos amigos.

produção de bens públicos puros, o que tem desafiado mais recentemente a Teoria da Ação Coletiva Institucional. Organizações de governança regional norte-americanas ou para gestão das regiões metropolitanas, como já mencionado, têm se defrontado frequentemente com situações em que governos locais atribuem diferentes prioridades sobre temas ou mantêm preferências conflitantes quanto a soluções possíveis para problemas enfrentados. A análise desses casos, naturalmente, requer um enquadramento que mobilize premissas distintas daquelas envolvidas na cooperação para realização de interesses comuns, em especial na formatação das regras que regulam as interações entre agentes, ou seja, das instituições.

Na estrita realização de interesses comuns, como nas parcerias voluntárias para produzir e compartilhar benefícios, as ameaças à cooperação tipicamente decorrem dos riscos de deserção, que poderiam levar individualmente a resultados inferiores àqueles obtidos sob a cooperação recíproca. A superação dos riscos de deserção requer principalmente o constrangimento dessa alternativa por meio de procedimentos que a tornem penosa o suficiente para que os custos superem os benefícios da sua adoção. Já no caso de problemas de cooperação emergentes na governança regional ou gestão metropolitana, os desafios institucionais parecem ser bem diferentes. Orfield e Dawes (2016) vão a este ponto, ao notarem que regras institucionais que estabelecem processos decisórios a partir de estruturas colegiadas e que são baseados no consenso, como geralmente ocorre nas parcerias voluntárias, favorecem exclusão ou fortes restrições sobre ações regulatórias voltadas para conter externalidades negativas ou para realizar redistribuição, restringindo a agenda apenas a temas para os quais os governos compartilham as mesmas preferências. Na visão dos autores, a gestão de problemas regionais requer instituições que, não apenas admitam interesses conflitantes entre localidades, mas contenham regras para processá-los adequadamente, “elegendo perdedores e ganhadores”, já que não seria possível atender aos interesses de todas as localidades ao mesmo tempo (*ibidem*).

Nesse sentido, instituições adequadas para superar os problemas de ação coletiva emergentes nas parcerias voluntárias entre governos locais não seriam as melhores para processar os obstáculos à cooperação que surgem na gestão de problemas regionais, como comumente tem ocorrido no caso das regiões metropolitanas. Na próxima seção, finalizamos este trabalho buscando extrair algumas implicações desses breves desenvolvimentos para a análise

dos problemas de ação coletiva e adequação institucional envolvidos nos CIS e nas redes regionalizadas de atenção à saúde, especialmente no que se refere ao sucesso para promover a cooperação e, aspecto intimamente vinculado a este, para produzir estabilidade na operação das formas institucionais que lhes dão substrato.

Retomando as falhas de cooperação

Os CIS e as redes regionalizadas de atenção à saúde se referem a objetos que articulam distintamente interesses locais e regionais: enquanto os primeiros se destinam a promover os interesses comuns entre governos locais, as últimas se destinam a promover o acesso integral e equânime de todos os cidadãos da região aos serviços de saúde. Nesse sentido, é notável que as redes regionalizadas transcendem áreas de interseção constituída pelos interesses comuns dos governos locais, incluindo necessariamente outros interesses que, embora possam compor apenas uma parte dos cidadãos da região ou que possam colocar em lados opostos tais governos, devem necessariamente compor a agenda regional, sob pena de comprometer a integralidade e a igualdade de acesso.

Desse modo, não se pode tomar os problemas de ação coletiva envolvidos em cada caso como equivalentes. Como associação voluntária para realizar interesses comuns, os CIS lidam basicamente com problemas de deserção e sua tarefa, uma vez definido o escopo daquilo a ser provido entre os governos associados, é construir instituições que limitem a possibilidade de que uns possam explorar o comportamento cooperativo de outros (*freerider*): seja usufruindo individualmente mais benefícios que sua participação relativa nos custos; seja por usufruir benefícios para os quais não participou dos custos, como na inadimplência.

Por outro lado, as redes regionalizadas lidam simultaneamente com problemas de coordenação e distribuição entre governos locais, porém agravados por condicionantes estruturais e contextuais que merecem ser melhor examinados. Em primeiro lugar, a municipalização da gestão e o afastamento dos estados do controle sobre a provisão de serviços regionais induziu o desenho institucional ao reconhecimento de duas categorias de municípios – “exportadores” e “importadores” de serviços –, constituindo focos de interesse distintos nos

processos de barganha regional. Além disso, a escassa base de recursos financeiros para cobrir as metas físicas de procedimentos especializados nas regiões de saúde e as assimetrias informacionais e de recursos envolvidas na operação do acesso assistencial geraram um problema distributivo de difícil solução entre os municípios polo, que controlam o acesso aos serviços que atendem à região, e os municípios referenciados, cujos pacientes supostamente seriam atendidos naqueles serviços. A combinação dessas condições estrutura um jogo de ganhos assimétricos entre “exportadores” e “importadores” de serviços cujos resultados oscilam a partir do quão são mais ou menos bem-sucedidos em desenvolver estratégias que assegurem o acesso dos seus cidadãos aos procedimentos especializados. “Exportadores” contam com uma vantagem importante, mantendo o controle sobre o acesso aos “seus” serviços especializados, mas os “importadores” também podem desenvolver estratégias, como driblar as dificuldades de acessar tais serviços, como, por exemplo, enviando pacientes para os serviços de urgência regionais (MACHADO, 2007).

Quanto ao sucesso na promoção da cooperação e estabilização institucional, os CIS se beneficiam da funcionalidade apresentada pelas estruturas colegiadas e processos decisórios consensuais, embora sejam desafiados a desenvolverem mecanismos de compartilhamento de custos e benefícios (MACHADO; ANDRADE, 2014) para procedimentos previamente selecionados e mensuráveis, por meio dos quais é possível barrar comportamentos do tipo *freerider*. Ao operarem sob a lógica do *pay for service*, nesse sentido, os CIS podem conseguir elevados níveis de estabilidade nos comportamentos cooperativos, ao mesmo tempo em que afastam interesses conflitantes ou com diferente saliência entre associados da sua agenda.

Já no caso das redes regionalizadas, a despeito do papel coordenador exercido pelos gestores estaduais, mesmo que com variações, na condução das pactuações regionais entre gestores locais, a municipalização da gestão no SUS lhes retirou o controle sobre os prestadores de serviços e a possibilidade de interferir diretamente na equalização do acesso entre cidadãos residentes nos “exportadores” e “importadores” de serviços. Os gestores locais, identificados a partir de um desses lugares, assumem a defesa dos interesses de seus *constituents*, sob um processo de pactuação que, se leva a ganhos maiores que aqueles possíveis unilateralmente (na inexistência das redes regionalizadas), por outro lado produz ganhos assimétricos. Nesse cenário, estruturas colegiadas e processos decisórios consensuais não constroem a entrada de interesses

conflitantes na agenda, mas multiplicam os pontos de veto a iniciativas redistributivas voltadas para superar desigualdades ou processar conflitos em dimensão regional. Conforme advoga Knight (2001), instituições produzindo efeitos distributivos terminam por formar endogenamente distintos interesses sobre regras - ganhadores querem mantê-las enquanto perdedores querem mudá-las -, cenário propenso a uma relativa instabilidade em que ambos os lados produzem ações e reações na direção dos procedimentos que aumentem as chances para realizar seus resultados preferidos.

As análises aqui empreendidas têm implicações sobre dois campos de controvérsias distintos, embora com considerável interseção: a discussão sobre a extensão da aplicabilidade e dos limites dos CIS na organização do acesso dos cidadãos aos serviços mais especializados nas regiões de saúde, por um lado; e a discussão sobre a adequação institucional para a governança regional das redes de atenção em saúde, por outro. Apresentamos, a seguir, algumas conjecturas acerca desses pontos, à guisa de conclusão.

Em primeiro lugar, quanto à aplicabilidade dos CIS ao processo de regionalização, os achados aqui apresentados sugerem que os consórcios podem assumir um papel complementar, mas não estruturante do processo de regionalização. Constituídos como parcerias voluntárias para realização de interesses comuns dos associados, os CIS são limitados para realização da equidade e integralidade, uma vez que estas últimas requerem ações redistributivas e orientadas pelo interesse regional, incluindo pontos conflitantes ou aos quais os governos locais envolvidos não atribuem a mesma saliência. Daí, reduzir a regionalização aos “interesses comuns” dos governos locais significaria excluir parte significativa dos problemas regionais da agenda: curiosamente, aqueles que envolveriam o enfrentamento das desigualdades regionais.

Já quanto à busca por formatos institucionais que favoreçam a realização da equidade e integralidade no acesso aos procedimentos especializados, os achados aqui apresentados remetem à consideração da necessária concentração de autoridade e controle sobre o acesso aos serviços de vocação regional que permita a tomada de decisões, visando proteger o direito de acesso a todo e qualquer cidadão da região de saúde, não importa em que município resida. Mas a construção de formatos que atendam a esse requisito, superando os efeitos das barganhas assimétricas entre “importadores” e “exportadores” - tais como a criação de autoridades sanitárias regionais ou câmaras de compensação *ex post* de procedimentos realizados - tem esbarrado no arranjo federativo

e distribuição constitucional e legal de competências entre níveis de governo no setor saúde. Mantidos estes últimos parâmetros, a redução das desigualdades territoriais tenderá a ser mais lenta que o desejável, pelo menos no que depende da cooperação horizontal.

Referências

- ABRUCIO, F.; SANO, H. **Associativismo Intergovernamental: experiências brasileiras.** GARCIA, Luciana de Oliveira; OLIVEIRA, Nelcilândia Pereira de; ANTERO, Samuel A. (Orgs.). 2013. Fundação Instituto para o Fortalecimento das Capacidades Institucionais – IFCI/Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento – AECID/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG/Editora IABS, Brasília - DF, Brasil.
- ABRUCIO, F. L.; FRANZESE, C.; SANO, H. Coordenação e Cooperação no Federalismo Brasileiro: avanços e desafios. In: CUNHA, Alexandre dos Santos; Bernardo Abreu de Medeiros; Luseni Cordeiro de Aquino (Org.). **Estado, Instituições e Democracia: República.** Brasília: IPEA. 1, p. 177-212, 2010.
- ALLERS, M. A.; GEERTSEMNA, J. B. The Effects of Local Government Amalgamation on Public Spending, Taxation, and Service Levels: evidence from 15 years of municipal consolidation. **Journal of Regional Science**, 56 (4):659–682, 2016.
- ALLERS, Maarten A.; DE GREEF, J. A. Intermunicipal cooperation, public spending and service levels. **Local Government Studies**. 44 (1): 127-150, 2018.
- ALMEIDA, Maria Hermínia T. “Recentralizando a federação?”. **Revista de Sociologia e Política**, 24:29-40, 2005.
- ARRETCHE, Marta T. S. “Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: Problemas de Coordenação e Autonomia”. **São Paulo em Perspectiva**, 18 (2): 17-26, 2004.
- ARRETCHE, M. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil.** 2012. Rio de Janeiro, FGV/Fiocruz.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 abr. 2019.
- BRASIL. **Documento Base para Discussão Tripartite do Pacto pela Saúde:** documento elaborado pelo Ministério da saúde para discussão tripartite. Brasília: mimeo, 2005.
- BRASIL. **Portaria 339, de 22 de fevereiro de 2006.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 04 ago. 2019.
- COASE, R. **The Problem of Social Cost in Journal of Law and Economics.** 3 (1): 1-44, 1960.
- CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Relatório da Oficina “Pacto de Gestão”.** Brasília: mimeo, 2004.
- FEIOCK, R. C. **Institutional Collective Action and Local Governance.** Paper presented at the symposium Creating Collaborating Communities. Wayne State University, 2005.

- FEIOCK, R. C. Rational choice and regional governance. **Journal of Urban Affairs**, 29 (1):47-63, 2007.
- GERBER, E. R.; GIBSON, C. C. Balancing Competing Interests in American Regional Governance. **American Democracy Speaker Series**, Notre Dame University, 2005.
- GERBER, E. R.; GIBSON, C. C. Balancing Regionalism and Localism: how institutions and incentives shape American transportation policy. **American Journal of Political Science**. 53 (3):633–648, 2009.
- GREER, S. How Does Decentralization Affect the Welfare State? Territorial Politics and the Welfare State in the UK and US. **Journal of Social Policy**, 39 (2): 181-201, 2010.
- HAWKINS, C. V. Competition and Cooperation: Local Government Joint Ventures for Economic Development. **Journal of Urban Affairs**. 32 (2): 253–275, 2010.
- HOLZINGER, K. **The Problems of Collective Action: A New Approach**. Bonn: Max Planck, 2003.
- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. **Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2010.
- KNIGHT, Jack. **Institutions and social conflict**. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.
- KWON, Sung-Wook. Regional governance institutions and interlocal cooperation for service delivery. **Working Group on Interlocal Services Cooperation**. 2007. Paper 28.
- KWON, Sung-Wook. **Regional organizations and interlocal cooperation among Florida cities**. Ph.D. dissertation, Florida State University, 2008.
- LIMA, A. P. G.; PASTRANA, R. **Relatório de Pesquisa: Diagnóstico da Situação Atual de Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil**, Brasília: OPAS, 2000.
- MACHADO, J. A. **Políticas públicas descentralizadas e problemas de coordenação: o caso do Sistema Único de Saúde** (Tese). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.
- MACHADO, J. A. Ação coletiva e provisão de bens públicos por meio de formas consorciadas entre governos locais: os consórcios intermunicipais de saúde no Brasil. **Teoria & Sociedade**, 18.1:144-165, 2010.
- MACHADO, J. A. **Pacto de Gestão na Saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”?** Federalismo e Políticas Públicas no Brasil (Gilberto Hochman & Carlos Aurélio Pimenta de Faria (Orgs.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.
- MACHADO, J. A. Federalismo, poder de veto e coordenação de políticas sociais no Brasil pós-1988. **O&S**, 21 (69): 335-350, 2014.
- MACHADO, J. A.; ANDRADE, M. L. C. Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. **Rev. Adm. Pública**, 48 (3): 695-720, 2014.
- MACHADO, J. A.; PALOTTI, P. L. M. **Entre Cooperação e Centralização: federalismo e políticas sociais no Brasil pós-1988** RBCS 30, (88): 61-83, 2015.
- MACHADO, J. A.; GUIM, A. L. S. Descentralização e igualdade no acesso aos serviços de saúde: o caso do Brasil. **Rev. Serv. Público Brasília**, 68 (1):37-64, 2017.
- MORAIS, M. M. **Regionalização da Assistência à Saúde no Estado de Minas Gerais: capacidade de provisão de serviços hospitalares de média complexidade**. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte: Escola de Governo da Fundação João Pinheiro, 2019.

- MOREIRA M. R. *et al.* Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4):1097-1108, 2017.
- NIAOUNAKIS, T.; BLANK, J. Inter-municipal cooperation, economies of scale and cost efficiency: an application of stochastic frontier analysis to Dutch municipal tax departments. **Local Government Studies**, 43 (4): 533-554, 2017.
- OBINGER, Herbert; LEIBFRIED, Stephan; CASTLES, Francis (eds.). **Federalism and the Welfare State: New World and European Experiences**. New York: Cambridge University, 2005.
- OLSON JÚNIOR, M. **The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups**. New York: Schocken Books, 1968.
- ORFIELD, M.; DAWES, B. **Metropolitan Governance**. Local Government Reconsidered. Paper 8, 2016.
- PALOTTI, P.; MACHADO, J. A. **Coordenação federativa e a “armadilhada decisão conjunta”**: as comissões de articulação intergovernamental das políticas sociais no Brasil. *Dados*, 57 (2): 399-441, 2014.
- PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 23 (6): 1903-1913, 2018.
- QUEIROZ, L. F. N. A Regionalização da Assistência à Saúde no Brasil: avanços e dificuldades na implantação da NOAS-SUS. *In: Revista de Políticas Públicas e Gestão Governamental: Res. pública/Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental*. Brasília, 1 (1):9-36, 2004.
- REIS, A. A. C. *et al.* Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4):1045-1054, 2017.
- RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R. **Regionalização da Assistência à Saúde no Brasil**: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde, in *Planejamento e Políticas Públicas*, Rio de Janeiro, 22: 173-220, 2000.
- RIBEIRO, J. M. *et al.* Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4):1031-1044, 2017.
- ROCHA, C. A. V.; FARIA, C. A. P. Cooperação Intermunicipal, Reterritorialização da Gestão Pública e Provisão de Bens e Serviços Sociais no Brasil Contemporâneo: a experiência dos Consórcios de Saúde de Minas Gerais. **Cadernos Metrôpole**. 11: 73-106, 2004.
- SANTOS, L. **Consórcio administrativo intermunicipal**: aspectos gerais. Suas especificidades em relação ao sistema único de saúde. Secretaria de Políticas Públicas do Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: www.nesc.ufg.br/uploads/19/original_CIS_Lenir_Santos.pdf. Acesso em: 29 abril 2019.
- SARTORI, G. A Política – 36. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981.
- SAVITCH, H. V.; ADHIKARI, S. Fragmented Regionalism: why Metropolitan America continues to splinter. **Urban Affairs Review**, 53 (2): 381-402, 2016.
- SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, 10(2): 47-74, 2001.

- SKUZINSKI, T. S. **Risk, Rationality, and Regional Governance**. Dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy (Urban and Regional Planning) in the University of Michigan. 2015.
- SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988”. **Revista de Sociologia e Política**, 24:105-121, 2005.
- TAVARES, A. F.; FEIOCK, R. C. **Intermunicipal Cooperation and Regional Governance in Europe: An Institutional Collective Action Framework**. Paper presented at the European Consortium for Political Research General Conference, Glasgow, Scotland, 2013.
- VIANNA, A. L. D. *et al.* Descentralização e Federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 7 (3): 493-507, 2002.

2

O desuso do termo “violência obstétrica” pelo Ministério da Saúde: antecedentes históricos, disputas e controvérsias

Marianne Azevedo Bulhões
Mauro Macedo Campos
Luciana Cristina de Campos Barbosa

Considerações iniciais

O Ministério da Saúde (MS) publicou, no dia 03 de maio de 2019, um Despacho em resposta a uma solicitação de posicionamento oficial quanto ao uso do termo “violência obstétrica”. O conteúdo do Despacho considera o termo inadequado, apontando a investida do Ministério em estratégias para a “abolição do seu uso”, justificada pela “impropriedade da expressão ‘violência obstétrica’ no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano” (BRASIL, 2019).

Essa decisão do MS provocou reações diversas em entidades brasileiras envolvidas com o tema, que se manifestaram por meio de notas de apoio ou repúdio.

Sindicatos de médicos e conselhos de medicina como o Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), por exemplo, exprimiram apoio ao desuso do termo. Já manifestações contrárias à posição do Ministério da Saúde partiram do Ministério Público Federal (MPF), Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Associação Nacional dos Defensores Públicos Federais (ANADEF), Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SB-MFC), Conselho Nacional de Enfermagem (COFEN), associações de doulas, organizações da sociedade civil e demais entidades.

Os posicionamentos evidenciados nesse episódio apresentam-se em um contexto de disputas envolvendo o tema de humanização da assistência ao parto, indicando controvérsias científicas e conflitos políticos e profissionais entre os grupos envolvidos, que se manifestam na formulação de políticas públicas. O objetivo deste capítulo é apresentar os antecedentes históricos que constroem esse debate, a atuação dos grupos envolvidos nesse processo e demais aspectos da trajetória de construção de políticas públicas relacionadas à assistência ao parto no Brasil.

Para tanto, foi realizado um levantamento de legislações envolvendo o tema, assim como de programas e portarias do Ministério da Saúde nas últimas quatro décadas. Outras metodologias utilizadas foram análise de conteúdo de notas públicas, reportagens e materiais divulgados nas redes sociais, documentos e campanhas institucionais.

Violência obstétrica

O termo violência obstétrica tem sido utilizado nos últimos anos na construção de legislações em estados e municípios brasileiros, produções acadêmicas, campanhas do Ministério da Saúde¹, Secretarias, Ministério Público

1. Disponível em: (1) blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53272-parto-humanizado-e-violencia-obstetrica-informacao-para-ter-seus-direitos-garantidos. (2) blog.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=53079&catid=579&Itemid=50218. (3) [facebook.com/minsaude/posts/voc%C3%AA-sabe-o-que-%C3%A9-viol%C3%AAncia-obst%C3%A9trica-esse-tipo-de-viol%C3%AAncia-pode-ser-%C3%ADsica-co/1936429796375627/](https://www.facebook.com/minsaude/posts/voc%C3%AA-sabe-o-que-%C3%A9-viol%C3%AAncia-obst%C3%A9trica-esse-tipo-de-viol%C3%AAncia-pode-ser-%C3%ADsica-co/1936429796375627/)

Federal, dentre outras instituições. Internacionalmente, o termo está presente em leis de países, como Argentina e Venezuela, desde 2007, além de também constar em campanhas e materiais científicos há décadas.

Apesar da disseminação do uso do termo ocorrer no início do século XXI, o debate sobre violências ocorridas durante a assistência ao parto pode ser evidenciado desde os anos de 1950. Nos EUA, a publicação da matéria “Crueldade nas Maternidades” na Revista *Ladies Homes Journal* resultou no envio de grande quantidade de cartas de leitoras com narrativas de violências semelhantes. Na mesma década, foi criada, no Reino Unido, a *Sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas* (DINIZ *et al.*, 2015).

Um exemplo de como a violência obstétrica tem sido descrita nas legislações brasileiras pode ser observado a partir da lei do estado de Santa Catarina, nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no estado, e que a define como “todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério”. O Artigo 3º da referida lei apresenta vinte e uma condutas consideradas como ofensa verbal e física na assistência ao parto e pré-natal (SANTA CATARINA, 2017).

Se o termo e a definição de “violência obstétrica” estão presentes oficialmente em diferentes normativas, estudos científicos e campanhas, e são reivindicados por movimentos sociais em defesa das mulheres, o que levou, em 2019, o Ministério da Saúde a publicar um despacho com posicionamento contrário ao uso do termo? Um dos principais aspectos que antecedem essa decisão é a postura de conselhos de medicina, sociedades de obstetrícia e sindicatos médicos, constantemente contrários ao uso do termo.

Em 2018, o CFM publicou o Parecer nº 32/2018, cujo conteúdo afirma que a expressão violência obstétrica é “uma agressão contra a medicina e especialidades de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética” (CFM, 2018). O parecer ocorreu em resposta à consulta do CRM-DF (Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal) a respeito da “proliferação de leis sobre ‘violência obstétrica’”. Esse parecer foi citado em nota do Ministério da Saúde dirigida a jornalistas após a repercussão do

despacho de 03 de maio de 2019, justificando que este foi redigido “acompanhando a instrução [parecer nº 32/2018] e atendendo ao apelo de entidades médicas” (CANCIAN, 2019; DOMINGUES, 2019).

Apoio ao desuso do termo

Diversas entidades responderam por meio de notas à publicação do despacho do Ministério da Saúde. Os apoios recebidos vieram de sindicatos de médicos, conselhos de medicina, associações de obstetras e ginecologistas. O Conselho Federal de Medicina (CFM) expressou, por meio de nota, que “o termo ‘violência obstétrica’ é inapropriado, devendo ser abolido, pois estigmatiza a prática médica, interferindo de forma deletéria na relação entre médicos e pacientes” (CFM, 2019).

O Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS) divulgou que considera o despacho uma vitória para o sindicato: “o dirigente lembrou que diversos projetos idealizados por radicais tendem a criminalizar a ação médica, citando violência obstétrica, que é um termo sem nenhuma sustentação científica, apenas política” (SIMERS, 2019). O texto aponta, ainda, que o sindicato contribuiu com argumentos à prefeita de Pelotas - RS para o veto de uma lei sobre violência obstétrica aprovada na Câmara Municipal.

O Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB) também apoiou o despacho do MS e em nota criticou o posicionamento contrário da OAB da seguinte maneira:

Surpreendentemente, o comunicado foi rebatido pela OAB que alegou que este despacho “dificultará a identificação da violência de gênero”. Manifestamos aqui nosso apoio ao Ministério da Saúde e estranheza com o posicionamento aparentemente confuso da OAB que acreditou que violência obstétrica tem algo a ver com violência contra a mulher (CREMEB, 2019).

Também em apoio ao Ministério da Saúde, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) divulgou seu posicionamento pelas redes sociais.

Há anos lutamos para que o termo “violência obstétrica” deixe de ser usado, pois abre brechas contra o obstetra, o demonizando e o colocando como culpado, sendo que, na verdade, ele é vítima junto com a gestante. O que existe na verdade é uma violência institucional por meio de maternidades sem condições e muitas como verdadeiras masmorras medievais Brasil afora, sem obstetras, pré-natal sem médicos, falta de segurança, salários péssimos e isso quando se recebe sem tomar calote, vínculos precários sem concurso. Tudo isso são fatores que atingem as gestantes e também aos médicos. É contra isso que as pacientes devem lutar e não contra nós, médicos atizados por pessoas de viés ideológico antimedicina. É uma luta do atual Cremerj resolver este problema (CREMERJ, 2019).

Para a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), “o uso da referida expressão tenta demonizar a figura do médico obstetra, como único responsável pelas dificuldades do atendimento e por eventuais maus resultados na assistência ao parto e nascimento” (FEBRASGO, 2019). Ao mesmo tempo, a Federação demonstra estar acompanhando as mudanças de paradigmas ocorridas na medicina nas últimas décadas, apresentando-se favorável a tais transformações.

No mundo inteiro, o modelo vigente de assistência ao parto nos últimos 40 anos, recomendado pelas grandes escolas de Obstetrícia, denominado intervencionista, recomendava de forma rotineira prática de amniotomia, indução do trabalho de parto com ocitocina, realização de episiotomia entre outras, que nos últimos anos, à luz das melhores evidências científicas, tem sua utilização restrita a casos específicos, dentro das boas práticas obstétricas. A FEBRASGO entendendo e participando desse momento de transformação no modelo de assistência obstétrica durante o acompanhamento do trabalho de parto e parto, apresenta posicionamento favorável, assistência compartilhada ao parto e nascimento por equipe multiprofissional, em modelo menos intervencionista (FEBRASGO, 2019).

O posicionamento da FEBRASGO difere, nesse ponto, ao de outras entidades que indicaram tais transformações como ideológicas, de caráter político e sem fundamentos científicos, como demonstram as notas de apoio do SIMERS, CREMERJ e CREMEB, assim como o Parecer nº 32/2018 do CFM, e a fala de seu relator ao Jornal Folha de São Paulo, durante a repercussão da publicação do despacho pelo Ministério da Saúde, afirmando que “esta discussão veio importada de países socialistas” (CANCIAN, 2019).

Percebe-se que importantes organizações representativas da categoria médica demonstraram alinhamento à decisão do Ministério da Saúde. Se a preocupação dessas entidades ocorre em relação ao termo “violência obstétrica”, observa-se como outra expressão passa cada vez mais a ganhar uso, o “viés ideológico”. É possível identificar uma tendência que busca deslegitimar, perante a opinião pública, determinados grupos ou modelos de atuação, apontando-os como ideológicos. Tendência alimentada por representantes do governo federal.

Em algumas notas de apoio analisadas, assim como no Parecer nº 32/2018 do CFM, no qual o MS se baseou, observa-se como determinados grupos são considerados responsáveis pela tensão existente entre médicos e pacientes, que se estabeleceria a partir dos usos do termo violência obstétrica e das transformações nas formas de cuidado que buscam disseminar. Esses grupos seriam formados por “pessoas radicais”, “feministas”, “antimedicina”, “não médicos”, “a maioria dos quais não participa do atendimento a pacientes” (CFM, 2018; CREMERJ, 2019; CREMEB, 2019; SIMERS, 2019).

O conteúdo do Parecer nº 32/2018 do CFM apresenta, inclusive, uma marca histórica de tentativa de inferiorização das mulheres ao associá-las à loucura, afirmando que a expressão “violência obstétrica”, que reivindicam, é “impregnada de uma agressividade que beira a histeria” (CFM, 2018).

Repúdio ao desuso do termo

Se os apoios recebidos pelo Ministério da Saúde vieram exclusivamente de organizações médicas, as críticas partiram de instituições e organizações de origens diversas, como juristas, enfermeiras (os), doulas, pesquisadoras (es), movimentos sociais, bem como médicas (os) que atuam pela humanização do parto.

O Ministério Público Federal (MPF), por exemplo, publicou, após o despacho do MS, a recomendação 29/2019, composta por dez páginas, para que o Ministério “esclareça por meio de nota que o termo ‘violência obstétrica’ é expressão já consagrada em documentos científicos, legais e usualmente empregada pela sociedade civil” e ainda, “se abstenha de empregar quaisquer ações voltadas, especificamente, à abolição do uso da expressão violência obstétrica” (MPF, 2019).

Durante o texto, o MPF rebate argumentos empregados no despacho do Ministério da Saúde. Inicia apresentando conteúdo do Inquérito civil nº 1.34.001.007752/2013-81 instaurado por Portaria em 19 de fevereiro de 2014, que tramita em São Paulo pelo MPF, sobre denúncias apresentadas por vítimas de violência obstétrica. De acordo com o texto, são quase 2.000 páginas de documentos técnicos e denúncias de mulheres agredidas física e verbalmente, “ofendidas, ridicularizadas, hostilizadas, negligenciadas e até mesmo criticadas em seus aspectos corporais durante o atendimento obstétrico, em manifesta agressão verbal e emocional durante o atendimento obstétrico”, considerando-as vítimas de inequívoca violência por prestadores de serviços de saúde (MPF, 2019).

O texto questiona ainda que o conceito de violência que o despacho apresenta referindo-se à Organização Mundial da Saúde (OMS) foi utilizado de maneira equivocada, “pois a OMS não exige, para a caracterização de violência, a intenção deliberada de causar dano por parte do profissional, mas somente o ‘uso intencional da força ou poder’ no ato perpetrado”. Afirmando ainda que a forma com que o despacho apresenta o conceito de violência, “restringindo-o à intenção deliberada de causar dano por parte do profissional, é ainda inconsistente do ponto de vista técnico jurídico”, argumento este justificado, pois “ignora a existência do dolo eventual como parte da intencionalidade dolosa da conduta para efeitos de qualificação do ilícito” (MPF, 2019).

Outra entidade a se manifestar do ponto de vista jurídico foi a OAB (Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil), concluindo que a posição do MS “fere os direitos fundamentais das mulheres, as políticas públicas de identificação, prevenção e erradicação da violência contra mulher e o interesse público”, chamando atenção para o fato de que “a medida também constitui ato de censura contra importantes atividades científicas desenvolvidas em todo país sobre o tema, por limitar a utilização de dados e evidências nos programas que serão desenvolvidos pelo Ministério da Saúde” (OAB, 2019).

No mesmo sentido, manifestaram-se contrariamente ao despacho o Coletivo Nacional de Advogadas Nascer Direito e a Associação Nacional dos Defensores Públicos Federais (ANADEF), que em nota comunicou que “julga a extinção do termo um verdadeiro preciosismo político, visto que a justificativa do Governo Federal foi associá-lo ao viés ideológico” (ANADEF, 2019).

No campo da saúde coletiva, grupos de pesquisa, associações, Organizações Não Governamentais (ONGs), médicas e médicos atuantes pela humanização do parto manifestaram-se contra a posição do MS. A REHUNA (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento), formada por médicas (os), psicólogas, doulas, advogadas, enfermeiras e demais profissionais, encaminhou ofício a partir da Nota Técnica nº 01/2019 ao ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, com proposta de diálogo a um trabalho em conjunto pela redução da violência tratada. Sobre os pontos destacados no texto da REHUNA, tem-se, por exemplo, o de caráter científico, diante da disseminação do uso do termo “violência obstétrica” por pesquisadores brasileiros e internacionais, “podendo ser encontrado: a) nas buscas por artigos científicos nas bases Medline, PubMed, Lilacs, Scielo e outras (como *Obstetric violence* e *Disrespect and abuse in childbirth*)” (REHUNA, 2019).

Destaca, ainda, que “as principais interessadas, que podem qualificar a assistência que recebem como violenta (ou não), são as mulheres, que têm se mobilizado para dar visibilidade a essa violência, oculta nos serviços de saúde”, enfatizando que a existência da violência obstétrica é reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal (STF) e pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) (REHUNA, 2019).

Ao fazer uma retrospectiva da construção de políticas públicas da pasta ministerial, a nota da REHUNA expõe a participação, nesse processo, de uma série de organizações, entre representantes de organismos internacionais, sociedades científicas, corporações profissionais, provedores, representações sociais e de mulheres, autarquias, instituições de ensino e pesquisa. A REHUNA entende que a atual gestão do MS, diferentemente, escolheu a corporação médica como “interlocutora privilegiada” para a elaboração do despacho, “desconsiderando todo um histórico de construção democrática e participativa das políticas públicas e atentando contra o princípio da impessoalidade ou imparcialidade, que deve orientar a gestão pública”. Para a organização, “nesse episódio o Ministério da Saúde se prestou ao papel de aliado dessa parte da

corporação médica que busca uma outra narrativa. Felizmente, essa abordagem de disputa de narrativa não é hegemônica na corporação” (REHUNA, 2019).

Dentre as notas de apoio e repúdio analisadas, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) foi a única organização representativa da categoria médica que apresentou-se contrária ao despacho. O texto publicado demonstra discussões e publicações internacionais que resultaram em recomendações da OMS relacionadas a boas práticas que devem ser utilizadas, e a “práticas que deveriam ser abandonadas à luz da evidência disponível”. A nota reconhece que no cotidiano da assistência ao pré-natal, “Médicas e Médicos de Família e Comunidade podem ser reprodutores da Violência Obstétrica institucionalizada e justamente por isso, acreditamos no nosso papel para colaborar com a erradicação da mesma” (SBMFC, 2019).

Manifestaram-se, ainda, grupos de pesquisa como a Liga Acadêmica de Enfermagem em Saúde da Mulher e do Neonato (LAESMN/Unirio), e o grupo de pesquisa Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), responsável pela pesquisa “Nascer no Brasil”, que fez um levantamento da assistência obstétrica e perinatal no país entre 2011 e 2012.

Demais organizações que publicaram notas de repúdio: o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); Associações de Doulas dos estados do RJ, AL, SE; a organização de usuárias do sistema de saúde “Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa”; ONG Artemis, que atua na prevenção e erradicação de violências contra as mulheres; Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH); Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher da Câmara dos deputados, com apresentação do Requerimento nº 29/2019 para realização de Audiência Pública com o tema “Enfrentamento à violência obstétrica no Brasil”.

Antecedentes de disputas

O conflito gerado após a publicação do Ministério da Saúde ocorre dentro de uma trajetória de disputas entre as entidades que se manifestaram contra ou favorável ao posicionamento. A bibliografia brasileira que trata da história do movimento de humanização do parto no país apresenta importantes

momentos de embates entre as organizações de profissionais envolvidos com o tema. O ano de 2012, por exemplo, é considerado como um marco para o movimento pela realização da “Marcha pela Humanização do Parto”, ocorrida em 16 cidades do Brasil, simultaneamente. A pesquisadora Aline Gonçalves, ao analisar o papel da internet para a realização da Marcha, apresenta como o grande número de visualizações do vídeo divulgado por uma terapeuta ocupacional de seu parto domiciliar desencadeou uma série de acontecimentos, debates e ações que levaram à Marcha (GONÇALVES, 2013).

De acordo com a autora, o Conselho Estadual de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) lançou duas resoluções, nº 265/2012 e nº 266/2012, como respostas à repercussão do vídeo. Tais resoluções dispõem, respectivamente, sobre a proibição da participação do médico em partos domiciliares, e sobre a responsabilidade do Diretor Técnico em relação à assistência perinatal prestada por pessoas não habilitadas e/ou de profissões não reconhecidas na área da saúde, onde tal participação é vedada (o que visaria atingir diretamente a atuação de doulas e parteiras, por exemplo). Estes documentos, somados a outras ações dos Conselhos contrárias à bandeira da humanização, geraram indignação e uma mobilização que levou à Marcha Pela Humanização do Parto.

Em 2014, a Justiça Federal anulou tais resoluções após o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN) entrar com uma ação contra a postura do CREMERJ, o que indica também o acionamento feito ao judiciário, por parte das entidades, para mediar conflitos estabelecidos.

Ainda em 2014, uma campanha do Ministério da Saúde chamada “SUS sem Racismo” sob o slogan “Racismo faz mal à saúde. Denuncie!” causou reação, dessa vez, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que publicou uma nota de repúdio à campanha afirmando que, com ela, o Ministério da Saúde insinua que o médico e os outros profissionais diferenciam os pacientes pela raça e “desconsidera problemas estruturais que atingem toda a população” (CFM, 2014). Argumento de cunho parecido ao utilizado pelas entidades médicas no debate sobre o termo ‘violência obstétrica’.

Durante a campanha, o MS divulgou em cartazes alguns dados referentes à desigualdade racial na assistência ao parto, onde apontava que: a) 60% das vítimas de mortalidade materna no país são mulheres negras - entre as mulheres brancas, o número é de 34%; b) 27% das mulheres negras tiveram acompanhantes durante o parto, enquanto ao lado das mulheres brancas esse

número chega aos 46,2%; e c) “uma 17 mulher negra recebe menos tempo de atendimento do que uma mulher branca” (BLOG DA SAÚDE, 2014).

Outro caso importante de conflito envolvendo o termo “violência obstétrica” diz respeito à aprovação de um projeto de lei na Câmara dos Vereadores de Curitiba, em 2015, que dispõe sobre a veiculação de informação às gestantes, com o objetivo de protegê-las contra a violência obstétrica. Na ocasião, o projeto de lei foi sancionado pelo prefeito, porém com o veto do artigo 2º, que especificava as condutas consideradas violência obstétrica (Lei nº 14.598/2015). O veto aconteceu após a Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Paraná ter se mobilizado contra o texto. Houve resistência e mobilizações pela manutenção do artigo, sem sucesso, inclusive com a realização de petição on-line organizada por um grupo de doulas, e assinado por 1.772 pessoas.

No início de 2019, chamou atenção a publicação da Resolução nº 293/2019 do CREMERJ que:

[...] dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio materno-fetal (CREMERJ, 2019).

A publicação é acompanhada de uma justificativa que fala em “modismos na obstetrícia”, “sem fundamento científico, antimedicina”, apresentando violência obstétrica como “termo inventado para difamar médicos” (CREMERJ, 2019).

Diante dessa Resolução, diversas entidades ligadas à humanização do parto publicaram notas de repúdio, e a Comissão pelo Cumprimento das Leis (CUMPRA-SE), da ALERJ, convocou uma Audiência Pública sobre a Lei nº 7191/2016, que “dispõe sobre o direito ao parto humanizado na rede pública de saúde no estado do Rio de Janeiro e dá outras providências”, e garante em seu texto o uso de plano de parto, onde prevê que a gestante deverá ser assistida, durante elaboração do plano de parto, “por um profissional médico ou enfermeiro, que deverá esclarecê-la de forma clara, precisa e objetiva sobre as implicações de cada uma das suas disposições de vontade” (RIO DE JANEIRO, 2016).

A partir desses exemplos, é possível perceber a disputa existente entre saberes e métodos profissionais no universo do parto. Tais conflitos remetem a fatos históricos referentes à fase de institucionalização da medicina no Brasil entre os séculos XIX e XX. A pesquisadora Tânia Pimenta, em seu trabalho intitulado “Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos”, traz uma análise sobre as mudanças na legislação ocorridas em um período que médicos se organizavam a partir da Faculdade de Medicina, da Academia Imperial de Medicina e de revistas especializadas, ao mesmo tempo em que terapeutas populares (curandeiros, parteiras, sangradores, etc) eram pressionados a perder seu espaço de atuação. Nesse contexto, “as parteiras foram desqualificadas para uma posição subalterna e tiveram as suas atividades apropriadas, o que serviu à expansão do mercado para os médicos” (PIMENTA, 2004).

Essas transformações ocorreram, apesar da resistência por parte dos terapeutas populares, que acontecia ainda por parte da população. Na época, a medicina não era hegemônica, existiam mais terapeutas populares do que médicos no Brasil, e procurá-los em busca de assistência fazia parte da cultura da população (PIMENTA, 2004).

Violência obstétrica enquanto controvérsia

É possível perceber como muitas das disputas ocorrem entre indivíduos de categorias profissionais diferentes, demonstrando os distintos interesses entre os grupos de médicas (os), enfermeiras (os), doulas e parteiras, e se estende ao universo jurídico quando acionado para mediar conflitos ou receber denúncias sobre violações de direitos. Além das disputas entre os campos ressaltados, destacam-se as controvérsias que surgem dentro de um mesmo campo, como ocorre na medicina, com relação a modelos de parto considerados concorrentes. De um lado, estaria o modelo de humanização do parto, propondo menos intervenções, e, de outro, o modelo tecnocrata (MENDONÇA, 2015).

Em busca do apoio da opinião pública, os defensores dos respectivos modelos de parto acionam determinados argumentos, incluindo os científicos para conferir legitimidade a seus discursos e posicionamentos. Em geral, o modelo de humanização propõe mudanças de paradigmas em relação ao modelo em vigor, dominante nos últimos séculos, considerado tecnocrata.

À luz de Bruno Latour, é possível interpretar como algumas práticas estavam consagradas pelas ciências biomédicas enquanto fatos científicos, até que foram questionados por outros especialistas, abrindo espaço para as controvérsias e disputas dentro e fora do campo. Entendendo fatos científicos como o que se utiliza no cotidiano sem questionamentos, fechado para debates, no momento da “ciência acabada”. A utilização de um fato ou artefato no cotidiano “robustece-o como caixa-preta”, já a dúvida ou o isolamento de sua utilidade criam a possibilidade de reabrir a caixa-preta, o que faz com que ela perca tal *status*. Porém, a dificuldade de tentar abrir uma caixa-preta viria da necessidade do discordante que se propõe a tal ação em captar recursos para obter sucesso (LATOURE, 2000).

Este jogo pela legitimidade é discutido por Pierre Bourdieu, por exemplo, no debate sobre os diferentes campos sociais, com atenção para as disputas que ocorrem no campo científico:

O campo científico, enquanto sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em lutas anteriores), é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial. O que está em jogo especificamente nessa luta é o monopólio da autoridade científica definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; ou, se quisermos, o monopólio da competência científica, compreendida enquanto capacidade de falar e de agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado (BOURDIEU, 1983, p. 01).

O conflito evidenciado a partir do posicionamento do Ministério da Saúde sobre o desuso do termo violência obstétrica expôs parte das controvérsias de origem científica, que são acionadas como forma de legitimação. Nesse caso específico, foi possível observar, por exemplo, como as notas publicadas por organizações contrárias à decisão do MS demonstraram maior preocupação em apresentar as referências bibliográficas em que basearam suas decisões. Incluindo resultados de pesquisas nacionais e internacionais, estenderam-se a argumentos das ciências biomédicas, jurídicas e sociais, apresentando um cenário de violações de direitos na assistência obstétrica no Brasil e no mundo. Em contrapartida, as notas de apoio, todas de entidades médicas, focaram em

demonstrar porque o termo violência obstétrica voltava-se contra a prática médica e por isso era inadequado, buscando deslegitimá-lo associando-o a grupos de pessoas com interesses ideológicos, não científicos, não médicos, radicais, e/ou feministas, e responsável por criar dificuldades na relação médico-paciente.

Dentre outras controvérsias envolvendo o tema de assistência ao parto, o uso do conceito “violência obstétrica” entrou em questão. Por adentrar o espectro da violência, é um conceito de complexa definição, que vai desde a classificação enquanto violência de gênero, até a demarcação de quais práticas e atitudes podem ser consideradas violentas ou não na assistência obstétrica, o que atravessa múltiplas áreas dos saberes ao englobar especificidades fisiológicas, psicológicas, sociais, culturais e jurídicas.

Considerações finais

O tipo de conflito evidenciado nesse episódio protagonizado pelo Ministério da Saúde existe desde as primeiras iniciativas por mudanças no modelo considerado tecnocrata de assistência ao parto. Com o crescente uso da expressão ‘violência obstétrica’ por parte de profissionais e usuárias tanto da saúde suplementar, quanto do SUS, cresceu, também, a resistência ao uso do termo por parte de entidades de representação médica, mesmo que não haja homogeneidade e, sim, controvérsias a respeito do tema dentro do campo médico.

O caso apresentado sobre o posicionamento do Ministério da Saúde nos primeiros meses do governo Bolsonaro em relação à violência obstétrica demonstra uma ruptura da pasta em relação ao que assinalava nas últimas décadas sobre o tema, o que indica uma intensificação de conflitos envolvendo a assistência ao parto no país.

Referências

- ANADEF. Associação Nacional dos Defensores Públicos Federais. **Nota de Repúdio**. 2019. Disponível em: <https://www.anadef.org.br/component/content/article/1-latest-news/4268-nota-de-repudio>. Acesso em: 08 ago. 2019.
- BLOG DA SAÚDE. **Campanha mobiliza a população contra o racismo no SUS**. 2014. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34777-campanha-mobiliza-a-populacao-contra-o-racismo-no-sus>. Acesso em: 08 ago. 2019.

- BLOG DA SAÚDE. **Você sabe o que é violência obstétrica?** 2017. Disponível em: http://www.blog.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=53079&catid=579&Itemid=50218. Acesso em: 08 ago. 2019.
- BLOG DA SAÚDE. **Parto Humanizado e Violência Obstétrica.** 2018. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53272-parto-humanizado-e-violencia-obstetrica-informacao-para-ter-seus-direitos-garantidos> Acesso em: 08 ago. 2019.
- BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (Org.). **Pierre Bourdieu: Sociologia.** São Paulo: Ática, 1983.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Despacho. **Processo nº 25000.063808/2019-47 SEI nº 9087621 de 03 de maio de 2019.** Disponível em: <https://bit.ly/2YBWx1D>. Acesso em: 8 ago. 2019.
- CANCIAN, Natália. **Ministério da Saúde veta termo violência obstétrica.** Folha de São Paulo. 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/05/ministerio-da-saude-veta-uso-do-termo-violencia-obstetrica.shtml>. Acesso em: 08 ago. 2019.
- CFM. Conselho Federal de Medicina. **CFM repudia campanha do governo sobre racismo.** 2014. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25221:cfm-repudia-campanha-do-governo-sobre-o-racismo&catid=3:portal. Acesso em: 08 ago. 2019.
- CFM. **Parecer CFM nº 32 de 23 de outubro de 2018.** Brasília. 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/32>. Acesso em: 08 ago. 2019.
- CFM. **Nota à imprensa e à população.** 2019. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota-violencia-obstetrica.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2019.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Cofen apóia manutenção do termo violência obstétrica.** 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-apoia-a-manutencao-do-termo-violencia-obstetrica_70783.html. Acesso em: 08 ago. 2019.
- CREMEB. Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia. **Autoridades na luta pelo parto com dignidade.** 2019. Disponível em: <http://www.cremeb.org.br/index.php/noticias/autoridades-na-luta-pelo-parto-com-dignidade>. Acesso em: 08 ago. 2019.
- CREMERJ. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. **Nota de apoio.** 2019. Disponível em: <https://www.cremelj.org.br/informes/exibe/4270>. Acesso em: 08 ago. 2019.
- DINIZ, S. G.; SALGADO, H. O.; ANDREZZO, H. F. A.; CARVALHO, P. G. C.; CARVALHO, P. C. A.; AGUIAR, C. A.; NIY, D. Y. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **Journal of Human Growth and Development.** 25(3): 377-384, 2015.
- DOMINGUES, Filipe. Ministério diz que termo violência obstétrica tem conotação inadequada e deixará de ser usado pelo governo. **G1.** 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml>. Acesso em: 08 ago. 2019.
- ENSP. Escola Nacional de Saúde Pública. **Violência Obstétrica: proibição do termo. E as ações?** 2019. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/46110>. Acesso em: 08 ago. 2019.

- FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Nota de apoio da Febrasgo ao despacho do Ministério da Saúde sobre a utilização da expressão violência obstétrica**. 2019. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/799-nota-de-apoio-da-febrasgo-ao-despacho-do-ministerio-da-saude-sobre-a-utilizacao-da-expressao-violencia-obstetrica>. Acesso em: 08 ago. 2019.
- GONÇALVES, Aline. Mulheres em rede pela humanização do parto: O uso da internet para a mobilização social. **Divers@ Revista Eletrônica Interdisciplinar**. Matinhos, v. 6, n. 1, p. 1-73/jan.-jun. 2013.
- LATOURE, Bruno. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo. Editora UNESP, 2000.
- MENDONÇA, Sara. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, v. 15, n. 2, abril-junho, 2015, pp. 250-271. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Recomendação nº 29/2019. Autos nº 1.34.001.007752/2013-81. Inquérito Civil. São Paulo, 07 de maio de 2019.
- ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. OAB repudia despacho do MS que elimina o termo violência obstétrica. 2019. Disponível em: <https://www.oab.org.br/noticia/57183/oab-repudia-despacho-do-ministerio-da-saude-que-elimina-o-termo-violencia-obstetrica>. Acesso em: 08 ago. 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 8 ago. 2019.
- PIMENTA, T. S. Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos. **História, Ciências, Saúde**. Mangueiras, Rio de Janeiro, v. 11, n. supl. 1, p. 68. 2004.
- REHUNA. Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Nota Técnica nº 01/2019**. Disponível em: <https://www.facebook.com/RedeReHuNa/>. Acesso em: 08 ago. 2019.
- RIO DE JANEIRO. Lei nº 7.191 de 06 de janeiro de 2016. **Dispõe sobre o direito ao parto humanizado na rede pública de saúde no estado do rio de janeiro e dá outras providências**. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/e9589b9aabd9cac8032564fe-0065abb4/a01e1d414bdb967a83257f3300580ec7?OpenDocument>. Acesso em: 08 ago. 2019.
- SANTA CATARINA. Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. **Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina**. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 08 ago. 2019.
- SIMERS. Sindicato Médico do Rio Grande do Sul. **Despacho do Ministério da Saúde sobre violência obstétrica representa vitória para SIMERS**. 2019. Disponível em: <http://www.simers.org.br/noticia/despacho-do-ministerio-da-saude-sobre-violencia-obstetrica-representa-vitoria-para-simers>. Acesso em: 08 ago. 2019.
- SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Nota da SBMFC a respeito do despacho do Ministério da Saúde que orienta a abolição do termo violência obstétrica em documentos oficiais do órgão**. 2019. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/nota-da-sociedade-brasileira-de-medicina-de-familia-e-comunidade-violencia-obstetrica/>. Acesso em: 08 ago. 2019.

3

As jovens e seus “amores”: itinerários de vida e medicalização dos afetos

Annabelle de Fátima Modesto Vargas
Ivia Maksud

Considerações iniciais

Este capítulo deriva de uma pesquisa de mestrado desenvolvida em Niterói – RJ, que teve por objeto a utilização de medicamentos ansiolíticos por mulheres jovens, inserindo-se no tema da medicalização.

O fenômeno da medicalização da sociedade ocidental teve em Ivan Illich (1975) um de seus principais precursores. Crítico ferrenho da sociedade industrial, o autor descreve a produção da cultura medicalizada em uma dimensão social e política. Suas críticas concentram-se nas tecnologias médicas, demonstrando preocupação em relação à perda da autonomia das pessoas, que estão cada vez mais dependentes do saber dos especialistas para cuidar da saúde (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Os ansiolíticos são medicamentos que agem sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), reduzindo a ansiedade, e são conhecidos popularmente como calmantes ou tranquilizantes. A opção por utilizar aqui o termo “ansiolítico” deriva da incorporação dessa palavra ao vocabulário leigo, fato que pôde ser constatado em campo, como veremos mais adiante. A partir da revisão da literatura, constatou-se que um campo ainda pouco explorado no tocante ao uso de ansiolíticos era o das mulheres jovens que utilizam esses medicamentos. A pesquisa foi, portanto, construída a partir de narrativas de mulheres jovens sobre suas fases da vida, buscando compreender os diferentes significados atribuídos a esses medicamentos.

Dentre os significados apreendidos na análise dos dados, um mereceu especial atenção, tornando-se objeto específico deste trabalho: a “medicalização dos afetos”. Embora esse termo apareça em outras pesquisas (SOCUDO, 2015), não há uma definição precisa para o mesmo. Aqui, ele é empregado para designar a crescente intervenção da biomedicina e a utilização de aparatos médicos, especialmente os medicamentos, na resolução de problemas entendidos como afetivos, amorosos, conjugais, ou seja, ligados a questões simbólicas e subjetivas. Algumas pesquisas (ROSA; WINOGRAD, 2011; BEZERRA *et al.*, 2014) utilizam o termo “medicamentação” de forma a designar a utilização de medicamentos como forma de “alívio” para questões complexas e singulares inerentes à condição humana, como a angústia e o sofrimento. No entanto, nesta pesquisa, elegemos o termo “medicalização dos afetos” como representativo da busca dos medicamentos para a solução de conflitos cotidianos e próprios da juventude, como as vivências amorosas. Pretendemos, então, a partir de uma perspectiva sócio-antropológica, discutir os motivos de utilização dos medicamentos ansiolíticos e suas características no tocante à “medicalização dos afetos”.

Percurso metodológico e apresentação do campo

A pesquisa foi realizada na cidade de Niterói e uma questão que merece destaque para a sua contextualização é o número de universitários que migram de outros municípios e de outros estados para lá estudar. Foram entrevistadas cinco jovens: quatro universitárias e uma recém-formada. Todas elas, exceto uma, moravam em outros municípios e vieram para Niterói cursar a faculdade, sendo que a recém-formada, mesmo após a conclusão da

faculdade, escolheu permanecer morando na cidade para cursar uma pós-graduação.

As informantes são todas, exceto uma, moradoras de um mesmo bairro de classe média alta de Niterói. A única que não vive nesse lugar mora em um bairro bastante habitado por estudantes, visto que um dos *campus* da universidade do município localiza-se por essas redondezas. Somente uma entrevistada mora com a família; as demais vivem em repúblicas de estudantes e saíram da casa dos pais em virtude da aprovação no vestibular.

A primeira entrevistada conheceu a pesquisa por meio de um seminário ocorrido em uma universidade pública do município, ocasião em que se prontificou a participar da pesquisa. Como a proposta metodológica para encontrar interlocutores era partir da indicação de pessoas conhecidas, por sugestão da primeira entrevistada chegamos a uma outra jovem e assim foi ocorrendo sucessivamente. Esse método permitiu que fossem definidos novos entrevistados através de referências feitas por pessoas que compartilhavam ou conheciam outras pessoas com características de interesse para a pesquisa (BIERNACKI; WALDORF, 1981). As informantes-chave constituem, portanto, algumas redes de relações (BOTH, 1976), uma vez que a primeira entrevistada indicou outras e assim sucessivamente. Dentro da dinâmica de rede, pode-se dizer que nem todas as jovens se conheciam, mas cada uma delas conhecia ao menos uma outra participante da pesquisa. O grupo de entrevistadas acabou constituído por jovens das chamadas camadas médias urbanas (VELHO, 1999).

As mulheres jovens participantes da pesquisa situam-se na faixa etária entre 20 e 29 anos. A Constituição Federal, por meio da Emenda Constitucional nº 65/2010, estabelece como pertencente à juventude a parcela da população com idade entre 15 e 29 anos (BRASIL, 2010). Embora a classificação das informantes dentro da categoria “jovens” também tenha sido feita com base em suas idades, a categorização aqui empregada refere-se mais aos modos sociais de existência (BOURDIEU, 1983) das mulheres, ou mesmo às suas fases da vida, do que à sua idade cronológica. Parte da literatura socioantropológica tem demonstrado que “há uma profunda ligação entre o consumo, as camadas médias e a figura feminina capaz de atravessar diferentes sociedades e contextos históricos” (ROCHA; FRID; CORBO, 2016, p. 241).

O diário de campo foi utilizado durante toda a pesquisa como um importante instrumento de coleta de dados onde eram anotadas impressões, comentários,

fatos inusitados que aconteciam durante as entrevistas ou no dia a dia, matérias vistas em capas de revista, indicações de filmes vindas de pessoas que conheciam a pesquisa, tudo isso que, embora não esteja diretamente expresso neste capítulo, construiu e orientou a análise em questão. Esse instrumento possibilita que sejam captados e registrados os “imponderáveis da vida real” (MALINOWSKI, 1975), situações peculiares e imprevisas, mas capazes de dizer muito a respeito da vida dos investigados.

Foram realizadas entrevistas em profundidade baseadas nas trajetórias dessas jovens que consomem ou já consumiram medicamentos ansiolíticos em algum momento de suas vidas. As entrevistas se iniciavam com uma apresentação prévia da formação acadêmica da pesquisadora, dos objetivos da pesquisa e das questões éticas ali envolvidas. Destaca-se que as entrevistas foram guiadas pelos seguintes temas norteadores: 1 - história individual e familiar; 2 - o que conhece ou entende a respeito do medicamento; 3 - medicamentos: quais utiliza, como, início do uso, motivo; 4 - uso dos medicamentos entre vizinhos, amigos, parentes; 5 - medicamento e mídia. Esses temas funcionavam como guias para que não fossem esquecidos aspectos importantes e que já tinham sido vistos por meio da revisão da literatura. As entrevistas acabavam por ocorrer de forma muito fluida, visto que as histórias surgiam a partir das lembranças das jovens sobre o que elas diziam. A primeira pergunta era sempre: “me fale um pouco sobre você, sua família...”. Buscamos atentar sobre as direções que eram tomadas durante a entrevista, visto que, como alertam Pope e Mays (2009), o entrevistador deve estar consciente de que alguns conceitos prévios podem não surgir no momento da entrevista ou serem muitos diferentes do que se poderia prever.

Este trabalho obedeceu aos requisitos do Código de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (CNS 466/2012) e foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, tendo sido aprovado em março de 2013 por meio do Parecer nº 212.619. Todas as entrevistadas foram informadas a respeito da possibilidade de desistência da pesquisa em quaisquer de suas etapas. Após o consentimento das jovens e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), o gravador era ligado. Também foi perguntado às jovens, mas não de forma sistemática e sequencial, e sim ao longo das entrevistas, suas idades, religião, escolaridade, curso de formação em nível superior, dados sobre moradia, cidade natal e se moravam com os pais, sozinhas ou em república de estudantes; se exerciam

alguma atividade remunerada, estágio, emprego formal ou tinham bolsas de estudos.

Tendo gravado e transcrito todas as entrevistas, iniciamos o processo de análise dos dados. Mesmo durante as entrevistas, já foram captados sentidos e elementos importantes que poderiam fazer emergir, posteriormente, algumas categorias, pois, como explicita Becker (1997), durante a coleta de dados os pesquisadores já estão refletindo sobre as análises que serão feitas e os conceitos que poderão ser utilizados.

Buscando caminhar tanto na direção do que é homogêneo quanto no que se diferencia no meio social (GOMES, 2002), utilizamos a perspectiva da análise de conteúdo, tendo como guia os referenciais da análise temática. Com base no objetivo proposto pelo trabalho e, como alertado por Gomes (2002), no que se diferenciava no tocante às entrevistas, duas categorias de análise foram inicialmente eleitas (“a *perturbação*” e “os medicamentos”) e a partir delas surgiram algumas sub-categorias (implicações do gênero na saúde mental; a estratégia de *conseguir* os medicamentos; sensações identificadas com o uso de medicamentos).

Medicalização dos afetos: análise das narrativas das jovens

A discussão concernente às ligações entre gênero e saúde mental é conhecida (DIEHL; MANZINI; BECKER, 2010). Sabe-se, também, que as mulheres são as maiores consumidoras de medicamentos, incluindo ansiolíticos e antidepressivos (FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007; OBID, 2009). Das razões que contribuem para esse consumo, podemos apontar questões estritamente relacionadas às atribuições relegadas a uma “existência feminina”, como a maternidade, as duplas jornadas de trabalho, a violência sofrida nos relacionamentos, nas ruas e nos locais de trabalho, enfim, ao fato de ser mulher e viver em uma sociedade que funciona em uma lógica que tornam perpétuas as desigualdades de gênero (ROHDEN, 2009).

Foucault (1980), ao discutir a temática da sexualidade como objeto político das sociedades ocidentais no século XVII, possibilita que pensemos no corpo feminino como um “corpo em potencial” para ser medicalizado, visto que as funções reprodutivas femininas e o controle exercido pela sociedade capitalista sobre esse corpo têm diversas implicações sociais, como o controle da

natalidade e a reprodução da força de trabalho. Carvalho e Dimenstein (2004) destacam que o medicamento assume, na vida das mulheres, uma importância singular em que é possível controlar a agonia vivenciada. Elas consideram que, a partir do medicamento, conseguirão transpor certos acontecimentos negativos que permeiam o seu dia a dia, e que, por um momento, esquecerão o que estão vivendo. O medicamento teria por objetivo, então, agir sobre as angústias, os medos e os “fantasmas” que as cercam.

A discussão empreendida aqui segue, em parte, essa ideia. Como veremos adiante, os medicamentos são utilizados com vistas a suavizar, aniquilar ou modificar o sentimento das jovens em relação aos seus parceiros, controlando seus afetos. Oliveira (2008) discute que parece haver um consenso na literatura quanto à utilização de substâncias psicoativas por homens e mulheres. Enquanto os homens utilizariam as substâncias como forma de buscar novas sensações, ampliar as relações sociais, melhorar o desempenho sexual e a autoestima, as mulheres iniciariam o uso em função de experiências traumáticas vivenciadas, como abuso sexual, violência doméstica, depressão ou perdas familiares.

Joana, jovem de aparência e fala tranquilas, assim se refere ao motivo pelo qual o seu médico lhe prescrevera os antidepressivos e ansiolíticos:

Esses eu sabia que era pra ansiedade. Pra controlar a ansiedade, humor, porque falavam que eu tinha um descontrole de humor muito forte, assim, que eu não aceitava um não, que isso tinha que ser mudado, porque isso poderia me trazer muitos problemas e eu não aceitava um não, que no caso meu ex-namorado falou que não queria mais e eu simplesmente não conseguia aceitar esse não (Joana).

Joana viveu um problema no relacionamento que culminou no fim deste. Após tomar muitos comprimidos de um ansiolítico que a mãe utilizava para dormir, foi levada por esta para o hospital e, pelo próprio hospital, foi encaminhada a um psiquiatra, que passou a prescrever medicamentos antidepressivos e ansiolíticos. A principal discussão imputada em termos da medicalização diz respeito ao mascaramento e à descontextualização das doenças, como destaca Conrad (1992) ao expressar que problemas não médicos passam a ser tratados como médicos, sendo conferidos a eles termos como doenças e transtornos.

É importante considerar, a partir da discussão empreendida por esse autor, que a medicalização é um processo sociocultural que envolve toda a sociedade, bem como a indústria farmacêutica, e não apenas a classe médica. As informantes demonstram utilizar os medicamentos como solução para os mais diversos problemas diários, inclusive recomendando-os elas próprias para amigas e parentes. Os relacionamentos amorosos apresentam-se na linha de frente dos dramas das jovens, sendo o principal motivo pelos quais elas utilizam os ansiolíticos. Tal fenômeno pode ser ilustrado a partir das falas das jovens que deram o medicamento à irmã e à amiga, sucessivamente.

Eu já dei, por exemplo, pra minha irmã brigando com o namorado: “ah, me dá isso aqui”. Só que ela é doida, pegou assim e tomou sei lá quantas gotas, tomou! (Maria).

Falei: “olha só, você tem que ficar tranquila, você tem que se acalmar”.

- “Como? Como eu vou me acalmar?”.

- “Você quer um remedinho? Você quer um remédio pra você ficar mais tranquila?” Aí ela aceitou. Falei assim: “então toma”. (...) No outro dia, ela falou assim: “que que é isso, que remédio é esse, milagroso, não sei o quê”. Aí ela chegou a pedir de novo, uma outra vez que eles brigaram ela pediu de novo, mas aí eu não dei, não (Bianca).

Vieira (2003) utiliza a resposta de uma mulher que, ao ser questionada sobre quantas vezes deveria procurar o médico, responde “todo dia”, para expressar como o profissional médico é responsável por normatizar questões referentes ao corpo feminino. Dupuy e Karsenty (1979), ao realizarem um estudo sobre a ascensão do consumo de medicamentos e sua produção na França, fazem uma boa reflexão a respeito da ambivalência da atitude dos médicos em relação aos laboratórios farmacêuticos. Segundo os autores, os médicos são os grandes responsáveis pela popularidade adquirida pelos medicamentos, visto que é praticamente impossível que um paciente vá a uma consulta e volte sem uma receita médica. O médico também é julgado por isso, desempenhando o medicamento uma dupla função essencial: 1 - da capacidade de intervenção médica; 2 - do sinal de atenção do médico para com o paciente.

Dupuy e Karsenty (1979) acabam por definir que a prescrição médica é uma das principais ferramentas de propaganda dos laboratórios farmacêuticos, pois garante aos medicamentos um status de produto científico confiável.

Ilustrando a discussão empreendida pelos autores, podemos utilizar o relato de Bianca, ao falar sobre a prescrição de um antidepressivo por seu médico psiquiatra:

Eu sempre tomei o Pondera comum, o normal, assim, sem ser genérico. Quando a minha mãe foi ver a diferença de preço do Pondera comum e do genérico, era absurdo, era a metade, ou menos da metade, ainda, o genérico, aí minha mãe falou assim: Ah, minha filha, você vai ter que tomar esse daqui mesmo, aí eu: “não, mãe, por favor, esse negócio vai ser diferente”. Conversa com o seu médico que ele vai te falar que não tem nada a ver. Aí eu conversei e ele falou: Olha, não tem problema você comprar o genérico, é bom você ver o laboratório. Tem laboratórios que são super confiáveis. Aí me deu o nome de alguns, eu falei: não. Quando mãe fala, você não dá muito ouvido né, mas quando o médico fala “pode tomar”, aí você fica mais tranquilo. Falou assim: não, tudo bem, mas compra do laboratório tal tal tal (Bianca).

Como ressalta Conrad (1992), os médicos possuem enorme relevância no consumo de medicamentos, embora essa discussão não possa ser relegada apenas a eles. No entanto, é pelo respaldo dos médicos e pela garantia de que o medicamento não poderá causar mal algum a curto prazo que as jovens aliviam os seus sofrimentos e os das amigas com os ansiolíticos.

Nikolas Rose (2013) desenvolve uma discussão envolvendo as mudanças na lógica de atuação da biomedicina diante da ampliação dos mecanismos de regulação da vida, dos indivíduos e seus corpos. O autor demonstra a implicação de diversos atores, ou de uma “expertise somática” (p. 19), que administra e exerce seu poder mediante questões particulares de nossa existência somática. Seriam biólogos, enfermeiros, nutricionistas e profissionais diversos da biomedicina que passariam a legitimar e ampliar a intervenção biotecnológica na vida das pessoas.

Em severa crítica ao excessivo consumo médico, Illich (1975) já havia reforçado a redução da capacidade das pessoas reagirem frente às suas perdas, sentimentos de dor, retirando todo o significado íntimo do sofrimento. Olhando para a nossa pesquisa, os afetos manifestados pelas jovens aparecem, então, como passíveis de serem aniquilados ou suavizados pela explicação de que eles seriam excessos, a ponto de serem tachados como patológicos. Independentemente de que esse afeto esteja presente em relacionamentos que causam sofrimento durante todo o seu curso, ou apenas após o seu fim, ambos culminaram em uma “cura” que se deu e foi buscada por meio dos ansiolíticos.

Retornando à história de Joana, agora de forma mais detalhada, ela conta em poucas palavras sobre um relacionamento que vivera tempos atrás. Embora a situação tenha lhe causado bastante sofrimento à época e ainda suscite lembranças, algumas questões lhe parecem incorporadas e vistas como naturais quando vindas de seu antigo parceiro. Ela diz que o ex-namorado decidiu viajar no carnaval, mas que não a levaria junto, embora não tivesse terminado com ela. Feito assim, ambos viajaram para diferentes locais. Passado o carnaval, ela começou a ver várias coisas que o envolviam a outras mulheres, embora ele dissesse não ter ficado com ninguém. Ela diz que isso começou a confundi-la, mas que, antes de qualquer atitude dela, ele mesmo ligou e terminou o relacionamento por telefone. Em uma atitude classificada por ela como desesperada, pediu que ele fosse até a sua casa, mas antes tomou cerca de dezoito comprimidos de Rivotril de sua mãe. O medicamento, naquele momento, parecia a única alternativa para que conseguisse dormir e passasse por aquele período. Sendo levada para o hospital, foi encaminhada a um psiquiatra, que iniciou um tratamento medicamentoso à base de antidepressivos e do próprio Rivotril.

Ela passou a fazer o tratamento com o psiquiatra, pois, segundo ela, embora seu ex-namorado não quisesse voltar a namorá-la, continuava querendo exercer domínio sobre a sua vida.

Foi um longo tratamento, de conversa mais remédio... porque até então era tudo muito confuso na minha cabeça e ele ainda me ligava, se eu tentasse continuar minha vida normalmente, sair com meus amigos. Às vezes, eu nem ficava com outras pessoas e ele via e me ligava, perguntava porque eu tava fazendo isso, qual era o meu problema... e ele vinha e confundia a minha cabeça: “será que ele quer voltar e eu tô saindo?”. E

eu me culpava por ter saído, ter me divertido, porque nessa época eu nem tava bebendo, então eu nem fazia nada demais. Nem uma brincadeirinha a mais com meus amigos eu fazia, entendeu? Aí eu me culpava muito por isso, entendeu?! (Joana).

O relato da pressão exercida pelo ex-namorado de Joana, não permitindo que ela se relacionasse com outras pessoas, mas também não possibilitando a volta do namoro, aproxima-se da “doce e sutil dominação que se trava no interior dos relacionamentos intergêneros”, expressa por Maksud (2009, p. 359), a partir das ideias de Bourdieu (2002), sobre dominação masculina. Nas palavras do autor:

Sempre vi na dominação masculina, e no modo como é imposta e vivenciada, o exemplo por excelência desta submissão paradoxal, resultante daquilo que eu chamo de violência simbólica, violência 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. Essa relação social extraordinariamente ordinária oferece também uma ocasião única de apreender a lógica da dominação, em nome de um princípio simbólico conhecido e reconhecido tanto pelo dominante quanto pelo dominado, de uma língua (ou uma maneira de falar), de um estilo de vida (ou uma maneira de pensar, falar ou agir) (...) (BOURDIEU, 2002, p. 3-4).

Mesmo que, como apontado por Saffioti (2001) e Corrêa (1999), muitas das ideias de Bourdieu não sejam aceitas no que tange às discussões de gênero, seu conceito de dominação simbólica é admitido e nos dá pistas sobre a situação vivenciada por Joana. Embora Joana não tivesse feito nada de errado, a pressão psicológica exercida pelo ex-namorado e a autoridade dele acarretavam-lhe a culpa. Hirigoyen (2006) destaca que, nos casos de violência psicológica, tanto a testemunha quanto o próprio agressor negam ter praticado qualquer ato de violência, visto que nenhuma prova física se é capaz de ter por meio desses atos. Então, a própria pessoa passa a duvidar de algo que

a afeta diretamente. No caso de Lívia, embora também tenham ocorrido as violências psicológica e simbólica, que deixam marcas algumas vezes até mais severas do que as da violência física, foram estas últimas que lhe causaram mais medo e possibilitaram que os demais tipos de violência ocorressem. Lívia diz ter namorado um rapaz e que, com o passar do tempo, ele se tornou uma pessoa violenta. Ela relata:

A gente estava namorando, aí ele se mostrou uma pessoa violenta e... me ameaçava, falava que se me visse com outro ia me matar, coisa assim, e aí eu terminei com ele, afastei dele, e ele me ligava algumas vezes para me ameaçar, mas eu não dava bola (Lívia).

No entanto, ela diz que, sem perceber, começou a viver em função das ameaças dele. Não saía sozinha, sempre ao ver uns carros na rua pensava que ele a estava perseguindo, deixou de pagar as contas de telefone propositalmente para que cortassem seu número e ele não pudesse mais ligar. Como contado anteriormente, Lívia parou, inclusive, de ir à faculdade. Todo o seu relato é construído a partir do que ela diz ter “*feito sem notar*”, ou seja, suas atitudes eram construídas, pré-reflexivamente, sempre no sentido de aumentar sua segurança pessoal, mesmo que isso acontecesse sem que ela premeditasse.

Nesse meio tempo, eu casei, sabe, casei com um cara enorme, um cara gigante, forte, que na verdade ele era meu segurança particular, mas no momento eu não entendi isso, mas eu sempre tomava atitudes de maneira a aumentar a minha segurança, foi tudo sem eu notar (Lívia).

Lívia se casa com um outro rapaz, este alto e forte, agindo, segundo ela, pré-reflexivamente em resposta ao medo de sofrer novas violências por parte do ex-namorado.

Recorrendo novamente a Bourdieu (2002), a situação vivida por Lívia pode ilustrar as elaborações teóricas desse autor. O que Bourdieu propõe é que a manutenção do poder está mascarada em nossas relações e infiltrada em nossos pensamentos. Além da violência física, há a violência simbólica, podendo uma se somar à outra. Essa condição se encontra naturalizada, sendo uma submissão pré-reflexiva, que não passa por uma aceitação consciente e deliberada.

Lívia conta que começou a ter crises de ansiedade a partir das agressões e que nunca denunciou a violência que sofrera porque tinha amnésia e esquecia as agressões que tinha sofrido.

Quando aconteceu as violências, ele começou a agredir, meu ex-namorado... eu tinha amnésia, então como eu ia denunciar uma coisa que eu não lembrava que tinha acontecido para mim? É impressionante, a pessoa não acredita, mas quando ele me agredia, eu tinha amnésia. No dia seguinte, eu chegava em casa e não lembrava que ele tinha me agredido. Foi tão traumático pra mim que eu acabei que, na minha cabeça (pausa), eu apaguei várias agressões, tanto que na minha cabeça eu só fui lembrar, assim, um mês depois. É uma coisa muito estranha, muito curiosa, até, é... e teve um dia que ele me agrediu que ele colocou uma arma na minha cara, eu tava na casa dele, é... ele... ele pirou lá, teve o surto dele, de ciúmes, ele sempre tinha ciúmes, né?! Aí ele me expulsou da casa dele seis horas da manhã, e... colocou uma arma na minha cara, me ameaçou com uma arma na minha cara, aí eu saí, mas ele me expulsou à base de arma (Lívia).

Mandelbaum, Schraiber e d'Oliveira (2016) apontam que a violência doméstica crônica e que se repete cotidianamente gera uma experiência em que corpo e mente são fundidos em vivências de desintegração, medo e desamparo, evidenciando uma atmosfera de terror, que tornam esses acontecimentos traumáticos.

Importante ressaltar que os medicamentos fazem parte dessa vivência traumática de Lívia e são vistos por ela de forma negativa, como integrantes daquele processo que mudou sua vida:

[...] a minha vida ela se resume a, digamos, antes das drogas e depois das drogas. As drogas a que me refiro são os remédios psiquiátricos. Eu considero que eu tô sempre em fase de reabilitação.

O termo “droga” é utilizado nessa passagem com uma conotação diversa da que é adquirida ao longo do texto. Explicamos melhor. Alves e Rosa (2016)

demonstram que existe uma dupla estigmatização - “ser mulher” e “usar drogas” - relacionada ao uso de substâncias psicoativas por mulheres. Podemos pensar, por exemplo, no consumo de álcool: mulheres usuárias de bebidas alcoólicas são consideradas imorais e com comportamentos inadequados, recebendo completa perda de apoio social. Os homens, no geral, recebem esse apoio por mais tempo quando comparados às mulheres (SILVA; LYRA, 2015). No entanto, o uso de medicamentos psicotrópicos é sabidamente maior por mulheres, como já dito, e possui maior aceitação social, visto que essa utilização está ligada a aspectos considerados intrínsecos à existência feminina, como sua sensibilidade e fragilidade (ALVES; ROSA, 2016). Dessa forma, o uso de medicamentos não adquire socialmente o estatuto de “droga” como conferido por Lívía.

Em algumas histórias, os medicamentos são encarados de maneira positiva pelas jovens e entendidos como parte fundamental de um processo terapêutico, que se inicia após consulta com médico psiquiatra e se estende no tempo englobando terapia com psicólogo e uso das medicações. Nesses casos, a utilização dos medicamentos não se iniciou em consequência de problemas no relacionamento, mas já era parte integrante da vida das jovens. Importante ressaltar que os namorados, na visão delas, são parte desse processo terapêutico, que associa as consultas aos psiquiatras, o uso dos remédios e as consultas com psicólogo. Os namorados, apontados como amigos, conselheiros, cuidadores e companheiros otimizariam o processo de cura.

Interessante pensar que há uma “instantaneidade” nessas relações, algo que possivelmente caracteriza um estilo de vida ligado à pós-modernidade (BAUMAN, 1998; 2008) e à juventude, evidenciando a necessidade de algo, na análise de Bauman (2008), uma mercadoria, para aplacar o mal-estar característico dessa pós-modernidade.

Considerações finais

Compreender a utilização de medicamentos por mulheres e, para uma problematização mais específica, o uso de ansiolíticos, nos remete a uma polissemia de aspectos, alguns individuais, outros gerais, mas que devem ser observados dentro de um quadro de particularidades. Este trabalho buscou agregar novos elementos à discussão, por meio de uma abordagem que considerou os

aspectos sociais, culturais e simbólicos envolvidos no uso de medicamentos. À luz do pensamento antropológico, discutiu-se a temática da medicalização dos afetos, por meio do mote do consumo de ansiolíticos. Como já apontado, há uma escassez de trabalhos a respeito de juventudes e uso de medicamentos psiquiátricos, e destaca-se, aqui, a relevância do tema, visto que, pelo que pôde ser percebido pela pesquisa, há um interesse e um consumo crescente dessas drogas prescritas.

Foi visto que a “medicalização dos afetos” apresenta-se como uma vertente importante do que se é descrito como “medicalização” ou “medicamentalização”, mas a opção por utilizar o primeiro termo se relaciona a uma resposta dada pela pesquisa: de que as jovens mulheres utilizam esses medicamentos com vistas a silenciar, acalmar, driblar seus sentimentos, suas afeições, raivas, medos, enfim, seus afetos. Paliativamente, os ansiolíticos são apontados como importantes elementos dentro da terapêutica do amor/dor, sendo primeira escolha para o caso de fins de relacionamentos, brigas conjugais e violências físicas e simbólicas vividas.

A dissertação de mestrado da qual este capítulo deriva tinha, como parte de seus objetivos, compreender a utilização de ansiolíticos por mulheres jovens a partir de suas narrativas e a temática da violência acabou surgindo como um fator importante para essa compreensão. Reforça-se, então, como primordial a elaboração de estratégias que ofereçam às mulheres oportunidade para que saiam da condição de oprimidas, incluindo as jovens, que, mesmo diante dos avanços e das mudanças ocorridas na sociedade, continuam a viver em condições desiguais e se veem com poucas condições de defesa diante da violência moral, simbólica e física impetrada por seus parceiros.

Referências

- ALVES, T. M.; ROSA, L. C. S. Usos de substâncias psicoativas por mulheres: a importância de uma perspectiva de gênero. *Rev. Estud. Fem.* Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 443-462, ago. 2016.
- BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- BAUMAN, Z. **Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadoria**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- BECKER, H. S. Problemas de Inferência e Prova na Observação Participante. Evidências de Trabalho de Campo. In: BECKER, H. S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. Ed. Hucitec, 1997.

- BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B.; GONDIM, A. P. S.; LIMA, L. L.; VASCONCELOS, M. G. F. "I went to the health unit and the doctor sent me here": process of medicalization and (non)resolution of mental healthcare within primary care. **Interface (Botucatu)**, 2014, 18(48):61-74.
- BIERNACKI, Patrick; WALDORF, Dan. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. **Sociol Meth Res**, 1981, pp. 141-163.
- BOTH, Elizabeth. **Família e Rede Social**. Rio de Janeiro, F. Alves, 1976.
- BOURDIEU, Pierre. A juventude é apenas uma palavra. In: BOURDIEU, Pierre. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro, Marco Zero, 1983.
- BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 65, de 13 de julho de 2010. Altera a denominação do Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal e modifica o seu art. 227, para cuidar dos interesses da juventude. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 de julho de 2010.
- CARVALHO, Lúcia de Fátima; DIMENSTEIN, Magda. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia (Natal)**, 2004, pp. 121-129.
- CONRAD, Peter. Medicalization and Social Control. **Annual Review of Sociology**, 1992, pp. 209-32.
- CORREA, M. **O sexo da dominação**. Novos Estudos. CEBRAP, São Paulo, v. 54, 1999.
- DIEHL, Eliana; MANZINI, Fernanda; BECKER, Marina. "A minha melhor amiga se chama fluoxetina": consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um centro de atenção básica à saúde. In: MALUF, Sônia Weidner; TORNQUIST, Carmen Susana (Orgs.). **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis, Letras Contemporâneas, 2010, pp. 331-365.
- DUPUY, Jean-Pierre; KARSENTY, Serge. **A invasão farmacêutica**. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- FLORIANO, P. J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **J. Bras. Psiquiatr.** 2007; 56:162-70.
- FOUCAULT, Michel. **A História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro, Graal, 1980.
- GAUDENZI, P; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 40, mar. 2012.
- GOMES, Romeu. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social – Teoria, Método, Criatividade**. Vozes, 2002.
- HIRIGOYEN, Marie-France. **A violência no casal: da coação psicológica à agressão física**. Tradução de M. H. Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand, 2006.
- ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde. Nêmesis da Medicina**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
- MANDELBAUM, Belinda; SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P. L. Violência e vida familiar: abordagens psicanalíticas e de gênero. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 422-430, jun. 2016.

- MAKSUD, Ivia. O discurso da prevenção da Aids frente às lógicas sexuais de casais sorodiscordantes: sobre normas e práticas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2009.
- MALINOWSKI, Bronislaw. “Introdução aos Argonautas do Pacífico Ocidental”. In: GUIMARÃES, Alba Zaluar (ed.). **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1975, pp. 39-62.
- OBID - **Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas**, 2009. Disponível em: <http://obid.senad.gov.br/obid/biblioteca/publicacoes/relatorio-brasileiro-sobre-drogas-2010.pdf>. Acesso em: 18 set. 2016.
- OLIVEIRA, J. (In)visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde num contexto assistencial: uma abordagem de gênero. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Federal da Bahia, UFBA, Salvador, 2008. 207f.
- POPE, Catherine; MAYS Nicholas. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Artmed, 2009.
- ROCHA, Everardo; FRID, Marina; CORBO, William. Modas de mulher, modos de comércio: camadas médias, cultura e economia na história do consumo moderno. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 22, n. 45, p. 217-247, jun. 2016.
- ROHDEN, F. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. **Revista Estudos Feministas** (UFSC. Impresso), v. 17, p. 89-109, 2009.
- ROSA, Barbara Paraiso Garcia Duarte da; WINOGRAD, Monah. Palavras e pilulas: sobre a medicalização do mal-estar psíquico na atualidade. **Psicol. Soc.** Florianópolis, v. 23, n. spe, p. 37-44, 2011.
- ROSE, Nikolas. **A política da própria vida – biomedicina, poder e subjetividade no século XXI**. São Paulo: Paulus, 2013.
- SAFFIOTI, Heleieth I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 16, p. 115-136, 2001.
- SILVA, Maria das Graças Borges da; LYRA, Tereza Maciel. O beber feminino: socialização e solidão. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 772-781, set. 2015.
- SOCUDO, Andréa Maria Carneiro Lobo. **Da patologização dos afetos à medicalização da tristeza**: aspectos do discurso médico-científico sobre medicamentos antidepressivos no Brasil: 1959-1991. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.
- VELHO, Gilberto. **Individualismo e Cultura**: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro, Zahar, 1999.
- VIEIRA, Elizabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

4

Não à distanásia: dilemas e perspectivas

Larissa de Paula Ferreira

Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral

Carlos Henrique Medeiros de Souza

Quando a terapia não cura, nem alivia, quando só prolonga a agonia...
(Léo Pessini)

Considerações iniciais

Culturalmente, tende-se a compreender a vida como um direito absoluto. De fato, não se pode negar a sua importância como bem principal do qual se originam os demais bens jurídicos. No entanto, uma vez não revestida pelo valor maior da dignidade, a garantia da vida demanda uma série de profundas reflexões tanto sobre a existência do indivíduo quanto sobre a sua dignidade e o significado do sofrimento.

O contexto complexo e contemporâneo de inovações tecnológicas, especialmente na área da saúde, apresenta desafios para a formação de uma sociedade harmoniosa na proteção de valores que possam direcionar escolhas em relação ao que uma pessoa deseja no processo de sua morte.

A decisão, devido às conquistas proporcionadas pelo progresso tecnocientífico na medicina, por procedimentos que viabilizem a manutenção artificial do corpo, considerando, sequer, a possibilidade de vida qualitativa e afastando exageradamente a morte do paciente, demonstra que o enfrentamento da perda física consiste, até agora, em um fato de importante observação.

Uma vez que morrer faz parte do viver, é importante partir sem nenhuma dor. Não se propõe o conformismo, mas o reconhecimento do morrer digno, em condições que sinalizem esse momento como uma das mais fortes evidências de nossa humanidade.

Assim, o presente capítulo traz uma análise sobre essas questões, especialmente sobre os suportes tecnológicos avançados para a extensão da vida humana independentemente de qualidade ou, frente a um diagnóstico de enfermidade incurável e terminal, de expectativa de cura ou melhora. Contemplando as crescentes discussões sobre o tema, resulta de uma análise bibliográfica firmada em produções científicas de autores dedicados à matéria, como Saldanha (2017), Pona (2015), Barcellos (2015), Sá e Moureira (2012), Pessini (2007), e outros, bem como em normas legais correspondentes à temática.

Antecedendo as considerações finais, estruturam-se três tópicos, quais sejam: Reflexos dos avanços tecnológicos na saúde; O exercício da autonomia da vontade e sua relação com a morte digna; e, finalmente, As consequências das condutas distanásicas: a posição do Conselho Federal de Medicina.

Destinado não apenas à academia, mas também à sociedade, este capítulo centra-se especialmente nos paradigmas da cura e do cuidado na fase final da vida humana, sabendo que, diante de questões tão complexas, é preciso rever a essência do viver e do viver a própria morte, por mais modernos que sejam os recursos tecnológicos existentes na medicina.

Reflexos dos avanços tecnológicos na saúde

Estudos científicos nas últimas décadas aumentaram a possibilidade de viver mais e um tanto melhor. Na medicina, inéditos horizontes surgem e proporcionam novos tratamentos para diversos problemas de saúde. Sobre essa questão, Pessini (2007, p. 48) afirma que “nenhum outro progresso tem sido tão espetacular na medicina como o domínio de sofisticadas tecnologias diagnósticas e terapêuticas”.

Por certo, em muitos casos, determinados recursos tecnológicos no sistema de saúde permitem melhores condições de trabalho médico e a conservação ou restabelecimento do bem-estar. Voltada, também, para a prevenção de doenças, a medicina tem, pela contribuição de altas tecnologias, ampliado a previsão e a exatidão no diagnóstico de enfermidades. A propósito do assunto, destaca Saldanha (2017, p. 47):

Com esse avançar da medicina, de precaver a doença, iniciar tratamentos e procedimentos antes mesmo de diagnosticar, usufruindo da alta tecnológica investida, a qual possibilita que um simples exame de sangue seja capaz de diagnosticar a pré-existência de uma enfermidade, entende-se que a medicina preventiva é de suma importância, podendo ser considerada a ciência do futuro. Entretanto, da mesma forma que a medicina está empregando os avanços tecnológicos para auxiliar na precisão de exames e procedimentos médicos. Exemplo disto é a cirurgia de cálculos biliares através de vídeo e, não mais como era antes, com um corte no abdômen do paciente, tendo como benefício a recuperação e o pouco risco de infecções (SALDANHA, 2017, p. 47).

Um dos proveitos da inserção de novas tecnologias nos tratamentos de saúde pode ser observado pelo aumento da segurança das intervenções, oportunizada pelo prontuário eletrônico. Esse instrumento, além de anexar documentos e imagens de exames do paciente, reúne o seu histórico sem que se perca alguma informação. Por meio dele, por exemplo, o médico tem a possibilidade, seja qual for o lugar, de acesso rápido às informações necessárias para uma assistência eficiente em casos de emergência.

Outro marco visível nos dias de hoje é a tecnologia de vestir, também denominada de “Wearables”. Os dispositivos vestíveis monitoram a saúde das pessoas. São produtos que contribuem para o aumento da qualidade de vida, pois com eles o usuário pode identificar rapidamente problemas de saúde e acessar com facilidade informações atuais sobre suas condições físicas. A título de exemplo, podem medir a frequência cardíaca, o número de passos e as horas de sono. Existem, no mercado, aparatos individuais e portáteis capazes de detectar doenças cardíacas graves (recursos de eletrocardiograma), e outros que, ao identificarem estresse no usuário, se este estiver em um carro, sugerem diferentes ajustes de temperatura no interior do veículo, rotas mais calmas no painel de navegação do automóvel, serviços de massagem no assento, ativam músicas relaxantes no sistema de áudio, além de oferecerem diversos recursos de acompanhamento de atividades físicas. Há também um mecanismo em forma de anel desenvolvido para realizar eletrocardiograma.

Nota-se que os crescentes estudos tecnológicos e sua integração no tratamento de problemas têm proporcionado meios mais modernos e mais eficazes para o cuidado da saúde. No atual momento histórico, a medicina tem se apoiado no ritmo de inovações tecnológicas com técnicas e procedimentos mais rápidos e aprimorados: em um procedimento cirúrgico por vídeo, pode-se, dentro da coluna (através de uma incisão de 1 centímetro), por uma câmera, visualizar em alta definição todos os componentes dessa estrutura.

Atualmente, ferramentas de grande potencial para a medicina oportunizam aos médicos oferecerem um atendimento satisfatório, moderno e eficaz aos pacientes. À custa de estudos, capacitação e entendimento dos benefícios, é possível realizar intervenções com eficácia análoga às convencionais, porém minimamente invasivas.

Ao longo dos anos, o desenvolvimento de altos e inovadores equipamentos tecnológicos, não apenas no campo da saúde, mas em diversos ramos das ciências (investigações criminais, desenvolvimento industrial), tende a ser cada vez mais difundido e fomentado. Partindo desse pressuposto, Sá e Moureira (2012, p. 31) certificam:

Não se pode fechar os olhos aos avanços tecnológicos aplicados às ciências da vida, que revelam haver entre os dados concretos da realidade e as pretensões científicas espaço para situações possíveis e ainda indeterminadas. Tais possibilidades instigam

a comunidade política e jurídica a questionar e a apresentar possíveis respostas às situações reais que se revelam no cenário da vida, e às situações que, a princípio possíveis, podem a qualquer momento se tornar efetivas (SÁ; MOUREIRA, 2012, p. 31).

Entre os dias 3 e 6 do mês de abril de 2019, o evento Global Summit Telemedicine & Digital Health, considerado o maior da América Latina, no que se refere à saúde digital, evidenciou a grandeza da parceria entre as novas tecnologias e os profissionais da saúde. Nessa ocasião, dentre outras questões, enfatizou-se a importância do avanço colaborativo da era digital com o acesso e a melhoria das prestações de serviço à saúde, considerando, acima de tudo, o zelo pelo paciente.

Por certo, muitos são os benefícios da adoção de novas tecnologias na medicina, seja para o diagnóstico, prevenção ou tratamento de doenças, seja para a manutenção integral do bem-estar físico, mental e social. Sua integração à prática médica favorece e oportuniza atendimentos eficazes e assertivos, intervenções cujos resultados tenham como finalidade a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

O exercício da autonomia da vontade e sua relação com a morte digna

Segundo Barcellos (2015, p. 121), “toda ciência, ou ramo dela, é fundamentada em princípios”. Nesse sentido, o princípio da autonomia se destaca como parâmetro para o enfrentamento de dilemas relacionados à própria vida, como também à própria morte. Sobre essa questão, Sá e Moureira (2012, p. 10) apontam:

Os que se opõem à possibilidade do querer morrer sustentam, entre outros argumentos, ser dever do Estado preservar, a todo custo, a vida humana, entendida esta como bem jurídico supremo. O poder público estaria obrigado a fomentar o bem-estar dos cidadãos e a evitar que sejam mortos ou colocados em situação de risco. Eventuais direitos do indivíduo estariam, muitas vezes, subordinados aos interesses do Estado,

que obrigaria a adoção de todas as medidas visando o prolongamento da vida, até mesmo contra a vontade da pessoa (SÁ; MOUREIRA, 2012, p. 10).

A análise desse contexto permite compreender a importância atribuída à vida humana e, a partir dela, da compreensão que o indivíduo tem de si mesmo. A autonomia se apresenta como um direito que concede ao indivíduo liberdade para se governar. Em outras palavras, o homem se torna um ser livre, independente e racionalmente capaz de pensar, se desenvolver, se posicionar e se potencializar no tempo e no espaço social (SÁ; MOUREIRA, 2012). Ao tratar do tema, Pona (2015, p. 116-117) leciona que o estudo etimológico da palavra autonomia converge para a Grécia Antiga, “resultando da composição do pronome reflexivo com caráter atributivo, *autós* (próprio, a si mesmo), com o substantivo *nomos* (lei, norma, regra)”. Portanto, “os significados atribuídos àquele signo transitam ao redor de noções como independência, liberdade, autorregulamentação de condutas, autogoverno”.

Nota-se que a autodeterminação se consolida como um direito de efetiva participação na própria existência. Como bem ponderam Fachin e Sá (*apud* SALDANHA, 2017, p. 45), “a autodeterminação corresponde ao exercício da subjetividade, onde o indivíduo toma suas escolhas conforme sua formação humana, experiências de vida e sentimento que carrega de forma momentânea”. Portanto, conforme referenda Saldanha (2017, p. 45), “a autonomia representa a liberdade do indivíduo em direcionar sua vida privada, conforme seu livre arbítrio”.

“Ao longo do tempo, a capacidade de autonormatizar-se a si próprio, por fatores diversos e em ocasiões muitas, foi vilipendiada”, declara Pona (2015, p. 123).

O controle da própria vida, assim como do próprio corpo, são noções que não se apresentam como outrora. Atualmente, sabe-se que, em oposição ao paternalismo médico (determinações imperativas sobre tratamentos e/ou procedimentos para o paciente), o princípio da autonomia garante que uma pessoa externe sua vontade sobre as intervenções médicas referentes ao cuidado de sua saúde. Desse modo:

O corpo humano há de ser considerado, na contemporaneidade e frente aos dilemas provocados pelo

desenvolvimento biotecnológico, como unidade cuja funcionalidade física e psíquica abrange não somente o que a integridade mantém reunido, mas também tudo o que, apesar de desintegrado, a par da unicidade corpórea, mantém intactas as informações necessárias à identificação do ser. Essas informações inserem-se na esfera de proteção de sua privacidade e demandam o consentimento (um ato de autonomia) para sua disposição (TEIXIERA *apud* PONA, 2015, p. 150).

Acompanhando o desenvolvimento dessa questão, o enunciado 533, aprovado na VI Jornada de Direito Civil, em Brasília - DF, no ano de 2013, apresenta:

ENUNCIADO 533 – O paciente plenamente capaz poderá deliberar sobre todos os aspectos concernentes a tratamento médico que possa lhe causar risco de vida, seja imediato ou mediato, salvo as situações de emergência ou no curso de procedimentos médicos cirúrgicos que não possam ser interrompidos (BRASIL, CJF, VI JORNADA DE DIREITO CIVIL, 2013, p. 90).

Neste encontro dirigido pelo Conselho da Justiça Federal e pelo Centro de Estudos Judiciários, a capacidade do paciente para se determinar no contexto da saúde foi reconhecida como um marco do final do século XX. Em verdade, o texto interpretativo do artigo 15 do Código Civil Brasileiro de 2002 não hesita em esclarecer que “o ‘risco de vida’ será inerente a qualquer tratamento médico, em maior ou menor grau de frequência” (BRASIL, CJF, VI JORNADA DE DIREITO CIVIL, 2013, p. 90).

Interessa agora notar que, em relação à medicina e à tecnologia significativamente avançadas nos dias de hoje, difíceis limitações antes percebidas para a cura de doenças, para a restauração de funções, bem como para o aumento da qualidade de vida foram superadas. E, nesse contexto, o reconhecimento expresso de proteção da integridade física prevalece como uma garantia individual, sob cláusula constitucional de tutela, extensiva a todos e alicerçada na dignidade da pessoa humana.

A presente questão suscita discussões quanto aos aspectos centrais do sentido de vida e de sua qualidade até a morte, em especial, para pessoa cuja

vida está ameaçada por uma enfermidade para a qual não há possibilidade de tratamento modificador da doença; para pacientes sem perspectiva de cura física, mas que ainda precisam ser cuidados nas demais dimensões do ser, não apenas na biológica. Para todos nós, que, em um determinado momento, estaremos frente a frente com a nossa despedida da vida: temos o direito de fazê-la com humanidade. O mais dignamente possível.

As consequências das condutas distanásicas: a posição do Conselho Federal de Medicina

(Des)Considerando a relação entre corpo e mente, surgem novas conquistas e horizontes são investigados proporcionando a extensão da vida. Nesse cenário, a medicina avança: em meio aos anseios sociais de cura para doenças, do aumento significativo da expectativa de vida, de prevenção de doenças com potencial de desenvolvimento tardio, de permanente rejeição à dor e ao sofrimento. Algumas dessas pressões fomentam uma série de discussões acerca da essência da prática médica: comprometer-se com a vida sem sofrimentos adicionais. Pelo que compreende Pessini (2007, p. 46), “um dos objetivos clássicos da medicina é o de salvar e prolongar a vida. Mas o que significa este objetivo hoje, quando temos máquinas que podem manter os corpos daqueles que até pouco tempo atrás já teriam morrido?”. Nessas condições, qual o real papel da medicina em nosso tempo?

Com o avanço da medicina e das demais ciências da saúde, tornou-se possível o prolongamento quase indefinido da vida (nesse momento compreendida, exclusivamente, como manutenção das funções vitais e biológicas e não abrangendo outras esferas, tais como socioafetiva e relacional). Para quase toda funcionalidade do organismo que claudicar, a artificialidade provê o substituto mecânico, a manter o coração a pulsar, o sangue a fluir, o pulmão a inflar-se. O fim, a morte, pode ser evitada por longo tempo. Nem sempre foi assim (PONA, 2015, p. 30).

Trata-se de não compreender a vida apenas pelo acréscimo de dias, mas de preservar a existência de uma pessoa sem tratá-la como um instrumento

contra a morte. Nos hospitais de hoje, o apego pela vida, ainda que sem qualidade, roga pela manutenção artificial do corpo, dos sinais vitais, da presença física dos pacientes que, mesmo com direito à morte digna - no tempo em deveria ocorrer -, possuem a certeza da inevitabilidade de sua morte. Essa situação é, por vezes, referida como *distanásia*:

As UTIs tornam-se cada dia mais sofisticadas e, se antes a vida tinha um ciclo natural e o médico cuidava que não houvesse a interrupção precoce desse ciclo, hodiernamente, constata-se possível manter um indivíduo “vivo” por tempo indeterminado, mesmo que seu corpo dê sinais de que a vida só existe em decorrência de suportes artificiais, porque a parafernália médico-tecnológica reproduz a vida física como metabolismo, atendendo-se à necessidade de afastar a morte a qualquer custo (PONA, 2015, p. 33).

Na lição de Andoni (*apud* SALDANHA, 2017, p. 57):

Distanásia pode ser conceituada como a agonia prolongada, o patrocínio de uma morte com sofrimento físico ou psicológico do indivíduo, muitas vezes lúcido de suas faculdades mentais, afetado por determinada enfermidade incurável, sem qualquer perspectiva de melhora ou cura [...]. Há uma inequívoca degradação do ser humano como verdadeiro objeto, meio para satisfazer os anseios dos desenvolvimentos tecnológicos dirigidos a tratamentos médicos (ANDONI *apud* SALDANHA, 2017, p. 57).

A terminalidade da vida pertence aos seres vivos. E quando a medicina emprega todos os meios para a prorrogação mecânica de uma pessoa (cuja vida já está em seu fim) a qualquer custo, por intermédio de processos terapêuticos e de altas tecnologias que não aliviam dores, mas intensificam o sofrimento, fala-se no enfrentamento de dilemas e questionamentos éticos a respeito da humanização da morte. Em sua obra “*Distanásia: Até quando prolongar a vida?*”, Pessini (2007, p. 33-34), Doutor em Teologia Moral - Bioética, considera, em verdade, que:

A reflexão ética sobre a distanásia não deixa de ser relevante para a realidade brasileira, levando em conta os hospitais-escola onde se formam os futuros profissionais de saúde, as instituições de saúde que possuem tecnologia de ponta, por exemplo UTIs e centros de diagnósticos de última geração (ressonância magnética, acelerador linear, entre outros). [...] Enfim, o assunto é atual, emergente e urgente (PES-SINI, 2007, p. 33-34).

Sobre a visão da distanásia (ou obstinação terapêutica, tratamento fútil, inútil, futilidade médica ou esforço terapêutico) como uma problemática de relevância social, Sá e Moureira (2012, p. 80) certificam que “o médico precisa orientar-se por uma nova ética, fundada em princípios de solidariedade e preocupada em entender as dificuldades do final da vida humana; uma ética necessária para suprir uma tecnologia, muitas vezes dispensável”.

Nessas ponderações, cumpre, portanto, ressaltar que “o desenvolvimento tecnocientífico é necessário, mas deve ser posto à disposição da saúde e bem-estar do homem, trazendo, por consequência, melhoria na sua qualidade de vida” (SÁ; MOUREIRA, 2012, p. 79).

Não seria o que ocorre no esforço terapêutico: o sofrimento e agonia desnecessários impostos ao paciente nos procedimentos distanásicos ferem em alto grau o valor do ser humano e de sua morte. Entendimento correspondente é firmado por Barroso e Martel (2010, p. 80), que asseguram que “é precisamente no ambiente da morte com intervenção que cabe discutir a visão da dignidade que impõe ao indivíduo a vida como um bem em si”.

Mesmo diante de inéditos avanços biotecnológicos, a vida se apresenta como um valor sagrado à medida que é cultivada com dignidade para a pessoa em estado terminal. Pessoa que, no momento de maior fragilidade humana, reclama por cuidado, afeto, respeito e atenção. Diante da morte inevitável e iminente, não há motivo para causar mais desconforto, agonia, dor, insegurança e sofrimento ao paciente. Não há justificativa que enobreça o prolongamento do processo de morrer:

O prolongamento sacrificado da vida de pacientes com doenças para as quais a medicina desconhece a cura ou a reversão, contra a sua vontade ou de seus

responsáveis legais, enseja dor, sofrimento, humilhação, exposição, intrusões corporais indevidas e perda da liberdade. Entram em cena, então, outros conteúdos da própria dignidade. É que a dignidade protege, também, a liberdade e a inviolabilidade do indivíduo quanto à sua desumanização e degradação (BARROSO; MARTEL, 2010, p. 80).

Nessa perspectiva, tem o paciente sem possibilidade de cura ou melhora, bem como o que está em fase final da vida, autoridade para determinar e rejeitar tratamentos médicos considerados fúteis, excessivos ou com potenciais nulos de benefício.

No campo da deontologia médica, o Conselho Federal de Medicina, por meio do Código de Ética Médica, reforça a autonomia do paciente em fase terminal (BRASIL. CFM. CEM, 2019). O referido Conselho assegura, ainda, a não execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários também pela Resolução nº 2.156/2016 que, ao estabelecer critérios para a admissão e alta de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), oferece parâmetros éticos e clínicos para o exercício da prática médica. De acordo com a Resolução:

[...] Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (BRASIL. CFM. RESOLUÇÃO Nº 2.156/2016).

A possibilidade concedida aos pacientes terminais de recusar intervenções inúteis faz com que a morte ocorra dignamente, em paz e no momento correto. Em suma, conforme os ensinamentos de Pona (2015, p. 34), este é o ponto crucial dessa delicada questão:

Diante de tais avanços e das condições nas quais atualmente os indivíduos têm vivido a própria morte, reacenderam-se discussões acerca de questões tais como se é válida a manutenção da vida a qualquer custo, ainda que isso cause ao paciente

dores infindáveis; se não se estaria prejudicando a qualidade de vida em benefício de sua quantidade com tal atitude; se não têm os indivíduos o direito de morrer da forma que lhes pareça menos sofrível, mais dignamente; se o indivíduo tem autonomia para determinar-se e optar pela morte quando sua vida não mais lhe pareça viável na situação em que se encontra; se está-se prolongando de fato a vida ou apenas e tão somente adiando a morte; se é dever da medicina sustentar indefinidamente a vida; se devem-se usar todos os recursos disponíveis no tratamento de um doente em situação de fim de vida ou se pode interromper (ou não iniciar) o tratamento, essas são algumas dentre uma miríade de questionamentos possíveis a respeito de situações limítrofes da vida (PONA, 2015, p. 34).

Considerações finais

Em virtude dessas considerações, pode-se compreender que o acelerado progresso da medicina e da tecnologia empregadas a favor do homem são fenômenos geradores de discussões que envolvem vida e morte humanas, principalmente em relação às situações distanásicas. E, neste cenário, o alerta (e indispensável desafio) para os profissionais da saúde consiste na valorização da vida voltada para o paciente e não para o seu corpo doente.

Em síntese, o conceito de morte digna respalda o direito concedido ao enfermo terminal de não aceitar tratamentos distanásicos: inúteis, agressivos, intrusos ou degradantes, assim como representa para o médico o dever de não postergar a morte a qualquer custo, submetendo-o a intervenções desnecessárias. Adiar a perda inevitável, isto é, a morte através de excessivos recursos terapêuticos, prolongando a agonia, a dor e o sofrimento evidencia uma grave lesão ao fundamento constitucional brasileiro da dignidade da pessoa humana.

Pensar em morte e em vida dignas, sobretudo, em distanásia, significa pensar fortemente em nossa humanidade e sobre como desejamos viver os dias da jornada e o(s) dia(s) da despedida.

Referências

- AVANÇOS tecnológicos na saúde. Intérpretes: Antenor Mazzuia. [s.i.]: [s.i.], 2017. (4 min.), son., color. **Ortopedia e cirurgia da coluna**. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=L_LFGbl77Kk. Acesso em: 09 mai. 2019.
- BARCELLOS, Carlos Alberto Kastein. **Direito Sanitário: diretivas antecipadas de vontade sob o enfoque dos Direitos Fundamentais**. Jundiaí, Paco Editorial: 2015.
- BARROSO, Luis Roberto; MARTEL, Leticia de Campos Velho. **A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida**. PANOPTICA (em reformulação), [S.l.], v. 5, n. 2, p. 69-104, out. 2010. ISSN 1980-7775. Disponível em: http://www.panoptica.org/seer/index.php/op/article/view/Op_5.2_2010_69-104/293. Acesso em: 16 mai. 2019.
- BRASIL. Conselho da Justiça Federal. **CJF. Enunciado 533. VI Jornada de Direito Civil**, [11-12 de março de 2013, Brasília]. Brasília: Conselho da Justiça Federal, Centro de Estudos Judiciários, 2013. 180 p. Evento realizado pelo Centro de Estudos Judiciários (CEJ). Disponível em: <https://www.cjf.jus.br/cjf/corregedoria-da-justica-federal/centro-de-estudos-judiciarios-1/publicacoes-1/jornadas-cej/vijornadadireitocivil2013-web.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2019.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. CFM. Resolução nº 2.156, de 17 de novembro de 2016. **Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva**. Brasília, DF. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acesso em: 16 mai. 2019.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. CFM. Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. **Código de Ética Médica**. CEM. Brasília, DF. 2019. Modificado Pelas Resoluções nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index6/?numero=24&edicao=4631#page/1>. Acesso em: 16 mai. 2019.
- DINO. **Como o avanço da tecnologia beneficia a Medicina?** 2018. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/negocios/dino/como-o-avanco-da-tecnologia-beneficia-a-medicina/>. Acesso em: 09 mai. 2019.
- MEDICINA na Era Digital: a tecnologia como aliada no avanço da saúde**. 2019. Disponível em: <http://portaltelemedicina.com.br/blog/medicina-na-era-digital-tecnologia-como-aliada-no-avanco-da-saude/>. Acesso em: 13 mai. 2019.
- NOVAS tecnologias na saúde. [s.i.]: Iclinic - **Software Médico**, 2018. (2 min.), son., color. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GM84blp4KT0>. Acesso em: 09 maio 2019.
- O FUTURO PROMETE! Lançamentos de Wearables para 2019!. Intérpretes: Bruno Lagoela. [s.i.]: [s.i.], 2019. (6 min.), son., color. **Escolha Segura**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=B1WEyDRNnBo>. Acesso em: 10 maio 2019.
- PESSINI, Léo. **Distanásia: Até quando prolongar a vida?** 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007. 430 p. (ISBN 978-85-15-02400-1).
- PONA, Éverton Willian. **Testamento vital e autonomia privada: fundamentos das diretivas antecipadas de vontade**. Curitiba: Juruá, 2015.
- SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. **Autonomia para morrer: eutanásia, suicídio assistido e diretivas antecipadas de vontade**. Belo Horizonte: Del Rey, 2012.

SALDANHA, Rodrigo Róger. **Testamento vital**: aspectos controversos e a autonomia do enfermo. Curitiba: Juruá, 2017.

VIDA com qualidade no mundo contemporâneo | Edição Especial. [s.i]: Tv Cultura, 2007. Son., color. **Café Filosófico CPFL**. Gravado no Espaço Cultural, CPFL, Campinas. Direção: Sérgio Zeigler. Publicado em 21 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=WnprZTeJasU>. Acesso em: 09 mai. 2019.

5

Educação permanente em saúde como estratégia de reorganização dos serviços de referência: revisão integrativa

Kelly Gomes Messias Andrade

Elaine Antunes Cortez

Audrey Vidal Pereira

Considerações iniciais

O SUS – Sistema Único de Saúde, concebido pela Lei nº 8.080 de 1990, de modo alternativo, tem sido desenhado em formato de rede, ou seja, mesmo tendo como porta de acesso a atenção básica, poderia implementar um movimento de múltiplas alternativas de entrada e saída. Freitas e Pinho (2015) destacam, na Portaria GM nº 4.279/2010, que instituiu as Redes de Atenção à Saúde no SUS, que enfatizam a horizontalidade das relações da atenção, tendo na atenção primária à saúde a principal articuladora na comunicação com os serviços, atuando como principal porta de entrada do usuário.

Dessa forma, um efetivo sistema de referência e contrarreferência (RCR), constitui o principal elemento para a integração das redes de saúde. É compreendido como o mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços, sendo definido pelo Ministério da Saúde como um dos elementos principais de reorganização das práticas de trabalho (BRASIL, 1997).

Esse tema não constitui uma discussão nova sobre a organização do sistema público de saúde, tendo na educação permanente em saúde uma estratégia de comunicação entre os serviços de saúde e de resolutividade da assistência em saúde (BRONDANI *et al.*, 2016). Ela vem sendo construída desde o início do século XX e propõe que as atividades educativas realizadas com os trabalhadores ocorram mediante a problematização do processo de trabalho. Consolidada no Brasil a partir do século XXI, essa política pública tem o objetivo de ordenar as ações de educação no âmbito do SUS, visando à transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (LEMOS *et al.*, 2018).

Considerando que a educação permanente em saúde prevê, segundo Cecim e Feuerweker (2004), “[...] a problematização do processo de trabalho, a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde”, este estudo tem como questão norteadora: a educação permanente em saúde tem contribuído para a reorganização do fluxo de referência e contrarreferência em saúde nos serviços públicos de saúde?

Justifica-se este estudo, então, ao considerar que a educação permanente em saúde mostra-se relevante à sociedade por proporcionar um ambiente de reflexão sobre a realidade com possibilidade de transformação da mesma. Essa mudança ocorre através de diferentes maneiras de pensar, refletir, criticar e agir, produzindo, assim, novas formas de fazer saúde, seja pelo viés da assistência, do planejamento, do controle social ou até mesmo da própria formação profissional.

Método

O método utilizado é uma revisão integrativa da literatura, que tem a finalidade de reunir e sintetizar achados de estudos realizados, que podem contribuir

para o aprofundamento do conhecimento relativo à temática proposta (SOARES *et al.*, 2014). Essa revisão ocorreu em seis fases, mostradas a seguir:

Primeira: Definir o objetivo do estudo: Identificar se a educação permanente em saúde tem sido utilizada como estratégia de reorganização dos serviços de referência em saúde. As palavras-chave: Educação Permanente; Encaminhamento e consulta; Organização; Serviços de saúde. A pergunta norteadora: a educação permanente tem sido uma estratégia utilizada para reorganizar os serviços de referência?

Segunda: A busca e a amostragem na literatura. A estratégia utilizada para a busca de informações dos estudos foi a estratégia PIO e não PICO, pois não há “comparação”. Foram encontrados os seguintes descritores no Decs e Mesh respectivamente, separados pelos booleanos “AND” e “OR”:

P - paciente ou local a ser investigado (“Serviços de saúde/Health services), “AND” I - intervenção (Educação continuada/Education continuing, “OR” - Educação permanente/Permanent education), “AND” O - resultados esperados (Encaminhamento e consulta/Referral and consultation, “AND” Organização/Organizations) (SANTOS *et al.*, 2007).

Primeiramente, foi utilizada a busca dos descritores individuais e, posteriormente, de forma combinada, conforme descrito acima. As publicações identificadas tiveram seus resumos analisados para refinar os descritores, as palavras-chave e os termos livres. Foi realizada a busca avançada nas bases de dados Lilacs, Ibecs, Bdenf, por meio da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e na base de dados Pubmed, no portal de periódicos da CAPES. Como critérios de inclusão, foram selecionados os artigos científicos, disponíveis em português, espanhol e inglês, com conexão ao objetivo proposto, publicados nos últimos cinco anos (2013 a 2017). Como critérios de exclusão: revisões integrativas, estudos duplicados e aqueles que não atendessem a demanda da pesquisa. A amostra totalizou 12 artigos da base de dados Pubmed após critérios de inclusão e exclusão.

Terceira: Coleta de dados, leitura dos títulos e dos resumos. Nessa fase, a extração das informações resultou em um quadro sinóptico com as variáveis: autor, periódico, base de dados, ano, país, título do estudo, objetivo, abordagem, nível de evidência e categorias temáticas.

Quarta: Análise crítica. Análise completa dos estudos selecionados, com o objetivo de demarcar as categorias temáticas: “As faces da educação na

melhoria do sistema de referência e contra referência” e “Desafios para a reorganização do sistema de referência e contra referência”, de maneira a trazer respostas ao objetivo da pesquisa. Nessa fase, foi aplicado o rigor metodológico dos estudos, através do Joanna Briggs Institute (JBI), que compreende uma definição mais ampliada dos níveis de evidência inclusiva e com implicações voltadas para a prática (JBI, 2014).

Quinta e sexta: Discussão das categorias temáticas, da conclusão e apresentação da revisão integrativa.

Resultados

Em análise, foi possível observar autores dos mais diversos países, bem como o local de realização dos estudos, sendo o Brasil o único país a apresentar um número repetido de pesquisa, o que pode significar uma visão mais ampliada em relação às estratégias educativas nos ambientes laborais e nas suas publicações.

Em relação ao marco temporal, foram encontradas 03 (25%) referências em 2013, 01 (8,5%) em 2014, 03 (25%) em 2015, 03 (25%) em 2016 e 02 (16,5%) em 2017. Pode-se dizer que não houve um crescimento ordenado nas publicações abordando o tema proposto ou pelo menos que tivessem maior aproximação com a temática explícita, e que os anos de 2015 e 2016 tiveram um maior número de estudos em relação aos outros anos, principalmente no que tange à melhoria das referências nos diversos serviços de saúde.

Em relação aos métodos, verificou-se que 3 (25%) utilizaram o uso de questionários; 1 (8,4%) utilizou a revisão de registros médicos; 1 (8,4%), o estudo comparativo após educação continuada; 1 (8,4%), aplicação de intervenção educacional; 1 (8,4%), a análise da necessidade de saúde populacional; 2 (16,2%), estudos quase experimentais; 1 (8,4%), treinamento; 1 (8,4%), intervenção aberta; e 1 (8,4%) utilizou teste randomizado.

Em relação às bases de dados, 100% foram de revistas indexadas ao Pubmed, o que demonstra uma lacuna de estudos recentes indexados nas outras bases de dados que participaram dessa busca, com maior publicação na BMC Fam Pract.

A análise em relação ao nível de evidência (NE) baseado no Instituto de Joana Briggs, detectou E2 com nível 1; E1, E5, E6, E8, E10, E11 e E12 com nível 2; E3, E7 e E9 com nível 3c e E4 com nível 4. Diante disso, apesar de os dados conferirem baixo nível de evidência para a maioria, estes não avaliam exclusivamente o uso da educação permanente na reorganização dos serviços de referência, centrando-se em atividades educacionais das mais diversas, que, ao mesmo tempo em que se aproximam da educação permanente por utilizar de pedagogias ativadoras e se basear nas necessidades reais do trabalho, não afirmam tal uso em seus trabalhos.

Dentre os títulos, 7 (58,33%) contêm a palavra médico ou especialistas; 7 (58,33%), a palavra referência ou encaminhamento; 4 (33,33%), a palavra educação ou treinamento; e 2 (16,67%) não apresentaram nenhuma dessas palavras, porém apresentaram semelhanças no texto, como, por exemplo “Telessaúde” e “Efeito no desenvolvimento profissional continuado...”. Assim, destaca-se o maior número de publicações voltado aos profissionais médicos, restringindo a estes a incumbência de melhorar as práticas de referência e contrarreferência, e também a presença da palavra “educação” ganhando força na reestruturação dos encaminhamentos.

Os artigos foram agrupados em duas categorias temáticas: “As faces da educação na melhoria do sistema de referência e contra referência”, que contou com a seleção de 8 artigos (66,67%) e “Desafios para a reorganização do sistema de referência e contra referência”, que contou com 4 artigos (33,33%), resultando em uma síntese detalhada para melhor compreensão dos artigos e da análise em relação às categorias mencionadas, baseadas não só pelo título, mas também pelo objetivo do estudo e pela leitura minuciosa de cada trabalho.

Discussão

A educação continua sendo uma estratégia de aposta para as transformações institucionais, de profissionais, de gestão, de usuários. Os artigos elencados denotaram que a educação tem sido uma via utilizada como ferramenta para a reorganização dos serviços de referência e contrarreferência, de diversos serviços da área da saúde, dos mais diversos países, com maior tendência observada à educação continuada.

Nesse contexto, o conceito de educação continuada foi encontrado com mais frequência. Esse achado é um recorte quando o assunto é educação permanente em saúde *versus* educação continuada nos serviços de saúde. Ainda há muito o que se publicar sobre esse conceito e sobre as experiências dessa prática.

Na compreensão de que a educação continuada pode estar em algum momento inserida na educação permanente, acredita-se que, mesmo com a ausência desse conceito, a educação permanente em saúde teve sua participação indiretamente representada nas diferentes formas de educar, com introdução de características que se aproximam da estratégia pedagógica da educação permanente, com uso das metodologias ativas e participação ativa dos trabalhadores no processo de aprendizagem a partir de identificação de lacunas do conhecimento. Essas características foram encontradas no uso, por exemplo, da telessaúde.

Apesar de comumente haver uma certa confusão nos conceitos entre educação permanente e educação continuada, ambas são distintas, conforme a descrição feita pela UNESCO: “A expressão ‘educação permanente’ designa um projeto no qual o homem é o agente de sua própria educação por meio da interação permanente e suas ações e reflexões” (SANTOS *et al.*, 2016).

Uma característica explícita que contrapõe o uso da educação permanente em saúde foi a utilização de estratégias educativas de maneira fragmentada. A observação dessas ações, voltadas, em sua maioria, para a classe de profissionais médicos, por exemplo, descreve quão limitado está não só ofertar uma saúde integral, mas também trabalhar de forma integral. Os desafios do trabalho em equipe, que permitirá uma comunicação saudável dos serviços de saúde, bem como dos profissionais de saúde, de diferentes especialidades, somente serão possíveis se, antes, sugerirmos uma transformação do processo de trabalho, que envolva a equipe, o olhar de todos e não só de uma classe de profissionais.

Prevaleceu, nessas pesquisas, a abordagem qualitativa, que revela a importância da análise mais profunda do cenário, que permitiu, na sequência, a construção de duas categorias temáticas.

As faces da educação na melhoria do sistema de referência e contrarreferência

A educação é um instrumento capaz de produzir uma comunicação interativa entre o trabalho e ensino, entre a prática e a teoria. Ela permite transformar as práticas profissionais, com otimização dos serviços. Nesta categoria é possível observar algumas faces da educação, dotadas com objetivo de otimizar o trabalho em saúde em suas diversas vertentes.

A educação, por vezes, foi um instrumento fragmentado de conteúdos cristalizados em disciplinas subdivididas, caracterizando o acesso à informação como sinônimo de transmissão de conhecimento (MARINS *et al.*, 2004), compreendida sem agenda estratégica de reflexão sobre as demandas sociais, que tem sido utilizada como resposta às solicitações apontadas sobre as necessidades cada vez maiores de trabalhadores polivalentes, qualificados e bem treinados (CARVALHO; CECCIM, 2009).

A maneira como se educa vem sendo transformada no decorrer dos anos, e, principalmente, nos serviços, em que as práticas educativas se fazem necessárias. As transformações nos modos de ensinar estão sendo cada vez mais imprescindíveis, uma vez que a educação pode contribuir não somente para uma agregação de conhecimentos individual e coletiva, como também para um retorno positivo na transformação da prática laboral. Um estudo realizado em Portugal, referente às teleconsultas, deixou clara essa evolução nas formas de educar, frente aos problemas elencados no trabalho.

As teleconsultas propõem uma educação que corrobora com Oliveira *et al.* (2015), que sugere um aprendizado ativo, reflexivo, conectado com o mundo real, associado a reduções globais do encaminhamento. Essa forma de educar os profissionais também foi percebida no uso de plataformas, citado por Harzheim *et al.* (2016), que permitem apoiar o trabalho em saúde, disponibilizando a possibilidade de comunicação e apoio educativo, que melhoram a qualidade do cuidado.

Tanto a pesquisa de Oliveira *et al.* (2015) como a de Harzheim *et al.* (2016) apresentaram, em sua prática educativa, uma metodologia ativadora, interativa de aprendizagem, no tocante aos acontecimentos em tempo real do atendimento, porém, limitada quanto à reflexão coletiva. Geralmente, privilegia o profissional que se apropria da estratégia educativa, que pode e deveria criar

momentos coletivos para multiplicação, reflexão e discussão com a equipe sobre os problemas identificados.

A educação também está sendo bem utilizada por meio do uso das tecnologias, como maneira de contribuir para melhorar as referências nos serviços de saúde. Essa característica visível da evolução da educação, que substitui a “sala de aula” e permite o acesso às informações e até mesmo a troca de conhecimento, é uma característica da transição do modelo bancário de ensinar para um método mais interativo, de busca pessoal, que traz maior significado ao sujeito envolvido no processo de ensino-aprendizagem.

Essa transição do tradicional para o modelo ativador, por meio da tecnologia, oferece condições aos profissionais da área da saúde de buscar novas formas de aprimorar e atualizar os conhecimentos, atendendo as demandas e incorporando-as no trabalho. O uso da educação virtual impactou positivamente as referências, uma vez que ela permite a integração de conteúdos e compartilhamento de conhecimentos e experiências entre os profissionais da saúde. E também propõe o aconselhamento, a discussão de casos clínicos, o esclarecimento de dúvidas e educação contínua, com a prerrogativa de diminuir o número de encaminhamentos da atenção primária à secundária (LACASTA *et al.*, 2013).

Percebe-se uma busca pelo método que seja transformador da realidade. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde surgiu, exatamente, com o objetivo de romper com os modelos tradicionais de ensino e direcionar para uma atual resposta à demanda da sociedade (BRASIL, 2005). Uma vez que a educação permanente em saúde (EPS) pode ser compreendida pela capacidade de promover a aprendizagem no trabalho, a partir de problemas reais enfrentados e pela valorização dos conhecimentos e experiências das pessoas, pode-se dizer que Martins *et al.* (2016) trouxe maior aproximação dessa estratégia educativa ao abordar o trabalho interdisciplinar, conforme aponta o estudo realizado no Brasil, que enfatizou a atividade educativa compreendida pelo cuidado colaborativo, compartilhado, com a implementação do apoio matricial, resultando, assim, numa melhor comunicação entre os níveis de atenção primária e secundária.

Essa proposta político-pedagógica tem substituído o método educacional tradicional. Ao permitir o processo ensino-aprendizagem, que transcende o pensamento tradicional e incorpora o aprender e o ensinar no cotidiano das

organizações e trabalho. Produz uma construção de conhecimento horizontal, participativo, intersetorial, interdisciplinar, baseado na realidade e significativa para o trabalhador (CARVALHO; CECCIM, 2009).

Dessa forma, a educação foi apresentada bem diferente dos modos tradicionais de ensinar. Houver maior prevalência do uso das tecnologias e do ensino a distância. O acesso e o envolvimento tecnológico puderam oportunizar a interação e a aquisição de conhecimentos e trocas de experiências em tempo real, e o ensino à distância contribuiu para o desenvolvimento pessoal e institucional (BRASIL, 2005), como as teleconsultas, que envolveram, em tempo real, especialistas, clínico geral e pacientes, que levaram à reflexão e à mudança de comportamento e resultaram em qualidade do atendimento (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Arelado, porém distinto da educação permanente em saúde, aponta-se o uso da educação continuada, que é definida por Cunha e Mauro (2010) como um conjunto de ações educativas que tem por objetivo a atualização do indivíduo. Del Poggio *et al.* (2015) apresenta em sua pesquisa uma melhora na eficácia da vigilância para o carcinoma hepatocelular e para outras áreas, após realizar educação contínua com médicos, por meio de um programa de treinamento de médicos da atenção primária, efetuada através de oficinas e simpósios.

A educação continuada é planejada e formal, com prioridade ao aprimoramento e aquisição de novos conhecimentos e atualizações que aperfeiçoam o trabalho profissional. Ela é capaz de aperfeiçoar o trabalho profissional e resultar positivamente nas demandas de referências para os serviços de saúde (SHIRAZI *et al.*, 2013; TOFTEGAARD *et al.*, 2017; AZAM *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Ainda que exista um ganho no decorrer dos anos e que muito avanço tenha ocorrido nos serviços de saúde para aprimorar o conhecimento dos profissionais e para tentar solucionar problemas institucionais, de comunicação, interação, com intuito de qualificar o trabalho em saúde, é possível identificar desafios a serem vencidos, como, por exemplo: pensar no ser humano como ser integral, e no trabalho em saúde como trabalho integral, colaborativo, que precisa ser refletido coletivamente. Trabalhar os problemas e enfrentá-los no coletivo, bem como no ambiente de trabalho, problematizando a práxis, pode ser um caminho para a solução entre a comunicação de profissionais de saúde através da referência e contrarreferência.

Desafios para a reorganização do sistema de referência e contrarreferência

Entre os desafios identificados para o fluir das referências nos serviços de saúde, nota-se uma leitura da realidade a envolver: a valorização dos diversos saberes, do trabalho em equipe, do conhecimento específico de profissionais e da compreensão dos usuários em relação à ordenação ou fluxo de atendimento prioritário para cada caso, além de políticas que pensem na construção do trabalho (EZEQUIEL *et al.*, 2012).

Concomitantemente à realidade mencionada acima, acresce-se a não alusão à educação permanente em saúde para o levantamento de soluções, o que sinaliza uma lacuna de conhecimento sobre as propostas de soluções eficazes a serem discutidas e refletidas. A educação permanente em saúde reflete o processo de trabalho e permite a reflexão crítica, com propostas de mudanças da realidade, sendo pautada nas necessidades reais de saúde, com articulação do processo de atenção (EZEQUIEL *et al.*, 2012).

Dentre outros desafios encontrados, destacam-se a liberdade de escolha dos usuários quanto aos serviços a que estes desejam, o que ocasiona um desequilíbrio entre os níveis de atendimento, com duras consequências para o sistema e para os usuários (WENYA *et al.*, 2017), a falta de conhecimento sobre assuntos específicos e diretrizes por parte dos profissionais, que erroneamente referem pacientes para consultas especializadas e a não comunicação entre estes (DEBONO *et al.*, 2017; WENYA *et al.*, 2017; BETHELL; LEFTWICK, 2015).

Cabe aos gestores a construção de planos de ação que resultem em mudança do cenário laboral, a partir de um processo educativo/formativo. Esse se concretiza na afirmação de coletivos produtores de saúde, ao envolver profissionais, gestores e usuários, movimentos sociais em saúde para aumentar a escuta em relação às necessidades de saúde da sociedade e às práticas de ensino-aprendizagem (CECCIM; FEUERWEKER, 2004).

Essa interação trabalhador-usuário-gestão, num processo de cogestão, pode mudar a realidade do trabalho, que é influenciada pela compreensão do usuário, que pode comprometer sua organização, causar deficiências e sobrecargas e afetar sobremaneira todo o sistema e tudo quanto nele está envolvido.

A educação focada no professor como centro de transmissão de conhecimento, com falta de aproximação com a realidade de intervenção e da produção de experiência, com práticas interprofissionais (CARVALHO; CECCIM, 2009), é um outro desafio para a reorganização do sistema de referência, visto que a “educação e o encaminhamento são critérios influenciadores para melhorar a qualidade de referências...” (REVILLE *et al.*, 2013). Assim, faz-se necessário explorar mais a comunicação entre os profissionais dos diversos níveis de atenção, o cumprimento de diretrizes básicas e a educação continuada (BETHELL; LEFTWICK, 2015).

O fortalecimento de políticas públicas de saúde e a qualificação de profissionais com melhoria do currículo podem ser fatores influenciadores na resolução dos desafios, visto que, em estudo realizado na China, a demanda direta em hospitais ocorre porque “os médicos com melhor educação ou títulos profissionais mais altos preferem trabalhar em hospitais” (WENYA *et al.*, 2017), fazendo com que a população não sinta confiança em buscar atendimentos em outros equipamentos de saúde.

Essa é uma realidade observada também no Brasil, que tem apresentado grandes avanços na história da saúde pública desde os anos de 1970, com o modelo de saúde focado na doença, aos anos de 1990 com a criação do SUS e sua reconfiguração para o modelo focado na prevenção e promoção da saúde, porém com permanência na prática de maiores demandas populacionais pelos serviços da atenção especializada. Assim, pode-se dizer que esse é um desafio a ser vencido, não só qualificar os profissionais da atenção primária à saúde, mas também criar uma cultura de vínculo e confiança da população.

É perceptível a presença de discussões sobre o fluxo de regulação em diversos países. A intenção de regular o fluxo de referência e contrarreferência, no âmbito do trabalho da saúde, é uma realidade observada para a reorganização do sistema de saúde, de forma que garanta a todos acesso a uma saúde de qualidade, com continuidade do diagnóstico, do tratamento, sem prejuízos à administração pública, e, para que isso se concretize, a educação é o caminho encontrado. Educar é sempre a melhor opção, pois permite enxergar a realidade e intervir nela.

Considerações finais

A realização do estudo permitiu evidenciar como a educação é uma estratégia positiva nos processos de trabalho e eficaz na melhoria das referências dos serviços de saúde. Não limitou-se ao ensino tradicional, mas se apropriou de diversos meios para a conquista dos objetivos propostos, como pôde ser visto em alguns estudos que utilizaram consultas conjuntas com comunicação interativa e uma intervenção adaptada e ativadora, aproximando-se, assim, das características que norteiam a metodologia da educação permanente em saúde, uma metodologia ativadora, que é implementada a partir da identificação de necessidades dos profissionais, da população e se impõe de maneira crítica/reflexiva.

As intervenções educacionais apresentadas nos estudos desta revisão ocorreram em sua maioria com os profissionais médicos, revelando um olhar limitado dos assuntos abordados, mas também explicitando o poder de decisão centralizado nas mãos dessa categoria profissional. Alguns estudos deixaram claro que, para melhorar as demandas de referências, são importantes, entre outros fatores: educação, comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde e fortalecimento das Políticas Públicas de Saúde.

Nesse contexto, pode-se dizer que a educação permanente em saúde, representada por meio do uso das metodologias ativas do aprendizado, que explora a teoria, a prática, a reflexão crítica, os diversos saberes e a construção coletiva em saúde, é uma estratégia importante, eficaz, e foi percebida algumas vezes em estudos, não na sua completude, mas indiretamente através de características que a compõem. No entanto, não foram encontrados artigos que apresentassem diretamente o seu uso, e nenhuma abordagem conceitual nos artigos selecionados, deixando clara a necessidade de ampliar a discussão a respeito da temática, que muito tem a contribuir com os problemas de saúde pública.

Referências

AZAM, N.; HASSAN, U.; FAROOQ, A. Effect of continued professional development on clinical performance in a public sector health care setting. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2016, 66(2):174-178.

- BETHELL, G.; LEFTWICK, P. Views of general practitioners and head and neck surgeons on the referral system for suspected cancer: A survey. **The Journal of Laryngology e Otolaryngology**. 2015, 129(9), 893-897.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRONDANI, J. E.; LEAL, F. Z.; POTTER, C.; SILVA, R. M., NOAL, E.C., PERRANDO, M. S. **Desafios da Referência e Contrarreferência na Atenção em Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores**. 2016.
- CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. *In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Orgs.). Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2009.
- CECCIM, R. B.; FEUERWEKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.
- CUNHA, A. C.; MAURO, M. Y. C. Educação continuada e a norma regulamentadora 32: utopia ou realidade na enfermagem? **Rev. Bras. Saúde Ocup.** 2010; 35 (122): 305-313.
- DEBONO, B.; SABATIER, P.; KOUDSIE, A.; BUFFENOIR, K.; HAMEL, O. Managing spine surgery referrals: The consultation of neurosurgery and its nuances. **Neurochirurgie**. 2017. Sep.; 63(4):267-272.
- DEL POGGIO, P. *et al.* A training program for primary care physicians improves the effectiveness of ultrasound surveillance of hepatocellular carcinoma. **European Journal of Gastroenterology & Hepatology**. 2015, Volume 27 - Issue 9, p. 1103-1108.
- EZEQUIEL, M. C. D. G.; NOEL, B. K.; LEMOS, P. P.; PAIVA, A. C.; BORGES, L. P., FERREIRA, G. M., SANZOVO, P. S. Estudantes e usuários avaliam ferramenta de educação permanente em saúde - Sieps. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2012; 36(1; Supl. 2):112-130.
- FREITAS, Claudio Vanucci Silva de; PINHO, Judith Rafaelle Oliveira. **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. *In: OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho (Org.)*. São Luís, 2015. 42f.
- HARZHEIM, E. *et al.* **Telehealth in Rio Grande do Sul, Brazil: Bridging the Gaps**. *Telemed J. E. Health*. 2016, Nov;22(11):938-944.
- LACASTA, T. *et al.* Impact of the implementation of an online network support tool among clinicians of primary health care and specialists: ECOPIH Project. **BMC Fam. Pract.** 2013. Oct. 3;14:146.
- LEMOS, Felipe Magalhães; SILVA, Geovani Gurgel Aciolo da. Educação Permanente em Saúde: o estado da arte. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 3, p. 207-213, set. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/12867/7729>. Acesso em: 30 mai. 2019.

- MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. **Educação médica em transformação: processos de mudança e construção de realidades**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abem, 2004.
- MARTINS, S. M. *et al.* Implementation of ‘matrix support’ (collaborative care) to reduce asthma and COPD referrals and improve primary care management in Brazil: a pilot observational study. **NPJ Primary Care Respiratory Medicine**. 2016, 26, 16047.
- OLIVEIRA, T. C.; BARLOW J.; BAYER, S. **The association between general practitioner participation in joint teleconsultations and rates of referral: a discrete choice experiment**. *BMC Family Practice*. 2015.
- REVILLE, B.; REIFSNYDER, J.; MCGUIRE, D. B.; KAISER, K.; SANTANA, A. J. Education and Referral Criteria: Impact on Oncology Referrals to Palliative Care. **Journal of Palliative Medicine**. Jul. 2013.
- SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M., NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 15, n. 3. Ribeirão Preto. 2007.
- SANTOS, I. F.; CHIRELLI, M.Q.; TONHOM, S. F. da R.; MOLARO, M. N. P. Educação Permanente na Formação: experiência na atenção básica. *In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (eds.) A Educação Permanente em Saúde e as Redes: Colaborativas Conexões para a produção de saberes e práticas*. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2016, p. 107-128.
- SHIRAZI, M. *et al.* A tailored educational intervention improves doctor’s performance in managing depression: a randomized controlled trial. **J. Eval. Clin. Pract.** 2013.
- SOARES, C. B.; HOGA, L. A.; PEDUZZI, M.; SANGALETI, C.; YONEKURA, T.; SILVA, D. R. Integrative review: Concepts and methods used in Nursing. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, 48(2), 335-345. 2014. DOI: 10.1590/S0080-6234201400002000020.
- TJB INSTITUTE. Joanna Briggs Institute. **The JBI Approach. Grades of recommendation. Levels of Evidence** [Internet]. Adelaide, 2014 [cited 2014 Apr. 5]. Disponível em: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>. Acesso em: 03 mar. 2018.
- TOFTEGAARD, B. S.; BRO, F.; FALBORG, A. Z.; VEDSTED, P. **Impact of a continuing medical education meeting on the use and timing of urgent cancer referrals among general practitioners - a before-after study**. *BMC Family Practice*. 2017;18:44.
- WENYA, Yu *et al.* **Practices and attitudes of doctors and patients to downward referral in Shanghai, China**. *BMJ Open*. 2017, 7:012565.

6

Despatologização e reconhecimento da cidadania trans nos cenários jurídicos brasileiro e maranhense: análise do conteúdo da jurisprudência sobre retificação do registro civil das pessoas naturais

Klécia Patrícia de Melo Lindoso
Cássius Guimarães Chai
José Manuel Peixoto Caldas

Considerações iniciais

A construção identitária, na pós-modernidade, ocorre a partir de processos de reconhecimento mútuo, fato que enseja a criação de antagonismos e, por consequência, de minorias políticas. Nesse contexto, se inserem as minorias sexuais, representadas pela sigla LGBT: lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, transgêneros e travestis. Os três últimos costumam ser aglutinados sob o termo guarda-chuva *pessoas trans*.

O respeito à identidade de gênero por meio da aceitação social e profissional do prenome e do gênero é pauta prioritária na garantia do direito de personalidade de pessoas trans. Sendo assim, a possibilidade de retificação do registro civil de pessoa natural (RCPN) é instrumento basilar para a garantia da cidadania de transexuais, transgêneros e travestis. Todavia, a predominância do discurso patologizante no âmbito médico e jurídico se coloca enquanto um dificultador do acesso pleno do direito à cidadania, ensejando uma tendência jurisprudencial de vincular a retificação do registro civil das pessoas *trans* à realização de procedimentos cirúrgicos de redesignação sexual.

Nesse sentido, considerando a necessidade de garantia da promoção e proteção dos direitos de pessoas *trans*, especialmente por meio da retificação do RCPN e pelo respeito identitário, o presente capítulo visa analisar a superação do discurso patologizante no âmbito dos cenários jurídicos brasileiro e maranhense.

Tendo em vista a necessidade de desenvolver o objetivo anteriormente exposto, visando o oferecimento de respostas adequadas à problemática levantada, a metodologia aplicada no presente capítulo busca verificar os entendimentos dos tribunais de instância superior e do Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão (TJ-MA) relativos à retificação do RCPN. Para essa finalidade, além da realização de levantamento bibliográfico de textos e doutrinas referentes ao tema, serão estudados marcos normativos internacionais e nacionais sobre cidadania *trans* e RCPN, como os Princípios de Yogyakarta e o Provimento nº 73/2018 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Ademais, será realizada uma análise do conteúdo de excertos jurisprudenciais oriundos do Supremo Tribunal Federal (STF), do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e do TJ-MA.

A hipótese apresentada é de que a existência do discurso patologizante, de fato, se colocava enquanto empecilho no processo do reconhecimento da identidade e da cidadania de pessoas trans. Há, porém, uma tendência, acentuada desde a segunda metade dos anos 10, de possibilidade de retificação do RCPN mesmo sem a comprovação de realização de procedimentos cirúrgicos de redesignação, pautada também no surgimento de instrumentos normativos internacionais e nacionais sobre o tema. O entendimento dos tribunais de instância superior e do TJ-MA estão alinhados com a despatologização.

Construção identitária de minorias políticas e as identidades LGBT

A identidade, simplificada, é a forma como grupos ou pessoas se reconhecem e são reconhecidas por outros. Aproxima-se de uma forma de representação semelhante que é compartilhada por um grupo de indivíduos. Segundo Joël Candau (2014, p. 25-26), “exemplos não faltam para mostrar que, de maneira constantemente renovada, os indivíduos percebem-se [...] membros de um grupo e produzem diversas representações quanto à origem, história e natureza desse grupo [...]”. Relaciona-se à forma de representação que é assumida por indivíduos contidos em uma coletividade.

No arcabouço teórico da pós-modernidade, conforme enunciam teóricos como Zygmunt Bauman (2005), Kathryn Woodward (2007) e Stuart Hall (2014), a identidade cultural passou a ser concebida de maneira diversa, ocasião em que passou a ser considerada móvel, mutável, fragmentada, múltipla e construída ao longo de processos históricos. Na concepção tradicional, contrariamente, essa era tida enquanto um processo estável e que dava rigidez ao mundo social.

Ademais, com a mudança de concepção, a identidade passou a ser admitida enquanto fator construído a partir de processos de reconhecimento mútuo. Segundo Stuart Hall (2014, p. 11), a identidade é “[...] formada e transformada continuamente em relação às formas pelas quais somos representados ou interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam” (HALL, 2014, p. 11). Por esse motivo, ela não depende exclusivamente do indivíduo ou do grupo para existir, e sim está contida em um sistema que pressupõe a troca com meios externos, como os sistemas culturais.

Apesar da enorme multiplicidade de identidades existentes, há algumas que, por serem consideradas transgressões ao convencional, são marginalizadas. Denomina-se, a partir de uma perspectiva sociológica, de *grupo minoritário* aquele que se encontra em situação de dependência ou desvantagem em contraposição a um outro agrupamento, tido como *maioritário*.

O contraste que há entre minoria e maioria não é numérico, refere-se a uma posição privilegiada que o segundo grupo ocupa dentro da sociedade. Por compartilharem uma mesma identificação, minorias políticas são, segundo Uadi Lammêgo Bulos (2015, p. 555), “seres humanos que, historicamente,

sempre foram alvo de preconceitos, humilhações e detrimentos de toda espécie”. Partindo dessa constatação de que há diferentes tipos de identidade, sendo que as desviantes do padrão são marginalizadas, os sujeitos podem ocupar diferentes posições de acordo com a forma que se percebem e são percebidos.

Identidade LGBT, pessoas trans e entraves da perspectiva patologizante

Estão incluídas nas formas de identidade não hegemônicas o agrupamento de pessoas contido na sigla LGBT: *lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, transgêneros e travestis*. Seriam as minorias sexuais, conforme denominado por Paulo Iotti Vecchiatti (2012) e Maria Berenice Dias (2014). A orientação sexual diz respeito ao desejo sexual e afetivo e à canalização da sexualidade, e a identidade de gênero, por sua vez, compreende o gênero com o qual a pessoa se identifica, que pode ou não coincidir com o gênero que lhe foi atribuído quando de seu nascimento.

Lésbicas, gays e bissexuais representam orientações sexuais divergentes da heterossexualidade compulsória, enquanto transexuais, transgêneros e travestis estariam incluídos em categorias de identidades de gênero contrapostas à identificação com o gênero que é imposto no ato do nascimento (cisgeneridade). O último grupo, pontua Maria Berenice Dias (2014), costuma ser agrupado em torno do termo guarda-chuva *pessoas trans*.

Maria Berenice Dias (2014) e Jaqueline Gomes de Jesus (2012) apontam unanimemente a retificação de registro civil para mudança de prenome e gênero das pessoas *trans* enquanto direito de personalidade imprescindível para a garantia da dignidade, uma vez que cumprem funções essenciais de representação e identificação. Enquanto o registro civil não é adequado, resta a utilização do nome social em âmbito administrativo.

No manual *Orientações Sobre Identidade de Gênero: Conceitos e Termos*, a psicóloga Jaqueline Gomes de Jesus (2012, p. 11) aponta:

[...] Historicamente, a população transgênero ou trans é estigmatizada, marginalizada e perseguida, devido à crença na sua anormalidade, decorrente da crença de que o “natural” é que o gênero atribuído ao nascimento seja aquele com o qual as pessoas se identificam e, portanto, espera-se que elas se comportem de acordo com o que se julga ser o “adequado” para esse

ou aquele gênero. Entretanto, a variedade de experiências humanas sobre como se identificar a partir de seu corpo mostra que essa ideia é falaciosa, especialmente com relação às pessoas trans, que mostram ser possível haver homens com vagina e mulheres com pênis. Em nosso país, o espaço reservado a homens e mulheres transexuais, e a travestis, é o da exclusão extrema, sem acesso a direitos civis básicos, sequer ao reconhecimento de sua identidade. São cidadãs e cidadãos que ainda têm de lutar muito para terem garantidos os seus direitos fundamentais, tais como o direito à vida, ameaçado cotidianamente.

A autora aponta a existência de uma percepção patologizante de anormalidade em torno de identidades de gênero desviantes da cisgeneridade compulsória, cenário que leva a uma violação sistemática de direitos de pessoas trans. Nesse sentido, o respeito à identidade de gênero por meio da aceitação social e profissional do nome, que é irrenunciável e essencial para a vida integral do segmento, passa a ser relativizado.

Enquanto tendência derivada da perspectiva patologizante, Maria Berenice Dias (2014, p. 281) apontava, ainda na primeira metade da década de 2010, uma tendência jurisprudencial de negação da retificação do registro civil das pessoas *trans* enquanto não realizadas cirurgias e procedimentos de redesignação sexual. O referido fato era apontado enquanto “[...] uma afronta da Justiça ao direito à identidade, à intimidade, à privacidade de quem quer simplesmente adequar-se à sua identidade social sem violar sua integridade física”, visto que modificações corporais eram colocadas como entrave ao acesso do direito pleno à cidadania.

Direitos à igualdade e à diferença e o reconhecimento identitário

É a partir da delimitação da diferença que é possível perceber as identidades. Como são construídas em um processo de reconhecimento mútuo, ou seja, em contraposição a outras e sujeitas a serem transformadas pelos sistemas culturais, o reconhecimento do outro é fundamental para a demarcação da identidade. Há uma relação estreita de dependência entre os conceitos de identidade, diferença e igualdade.

Uma vez que a identidade muda de acordo com a forma como o sujeito é interpelado ou representado, a identificação não é automática, mas pode ser ganhada ou perdida. Ela tornou-se politizada. Esse processo é, às vezes, descrito como constituindo uma mudança de uma política de identidade (de classe) para uma política de *diferença* (HALL, 2014, p. 16, grifo do autor).

Os direitos à igualdade e à diferença estão consagrados na Constituição de 1988. Por esse motivo, é pertinente, ao tratar de assuntos envolvendo o respeito à identidade e à cidadania de minorias políticas, analisar noções jurídicas constitucionais acerca dos direitos mencionados. Ambos são garantias basilares para a disseminação da diversidade e o reconhecimento de uma sociedade plural.

A promoção de uma sociedade sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação aparece, no art. 3º, IV, como objetivo fundamental da república federativa do Brasil. É resgatada a necessidade de respeitar o outro, incluindo suas diferenças, em todos os aspectos. O princípio da igualdade, isonomia, equiparação ou paridade encontra-se no art. 5º da Constituição Federal, que enuncia: “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. A igualdade assegurada pela lei é a igualdade formal, o que busca a Carta Magna concretizar seria a igualdade *real, material* ou *substancial*.

[...] pode-se analisar o dever de *respeito às diferenças* oriundo do princípio da igualdade. Com efeito, a partir do momento em que a isonomia exige uma fundamentação lógico-racional que justifique a discriminação pretendida com base no critério diferenciador erigido, tem-se que é inconstitucional o desrespeito a terceiros por puros preconceitos e, assim, por motivos puramente arbitrários, justamente por serem estes desprovidos de fundamentação lógico-racional que lhes fundamente. O pluralismo social constitucionalmente consagrado reforça essa tese. Afinal, a partir do momento em que a Constituição

consagra uma sociedade plural, isso significa que a Constituição reconhece e protege o direito das pessoas viverem plenamente seus projetos de vida sem que totalitárias pretensões uniformizantes tenham qualquer respaldo constitucional (VECCHIATTI, 2012, p. 98, grifo do autor).

A igualdade buscada pela Constituição configura direito à diferença. Não busca a reivindicação de uma identidade humana comum, e sim o respeito pelas diferenças existentes entre os vários indivíduos. Como sintetiza Boaventura de Sousa Santos (2003, p. 56), “temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza”. A igualdade material parte da constatação de que, em uma sociedade diversificada e multicultural, o tratamento jurídico desigual, quando fundamentado em razão suficiente ou motivo justo, é uma resposta necessária para abranger a pluralidade de indivíduos que existe. Combate discriminações e estigmas, surge como fator necessário para garantir a pluralidade.

O RCPN enquanto documento da cidadania LGBT e a mudança da concepção patologizante

O Pacto de San José da Costa Rica, promulgado no Brasil por meio do Decreto nº 678, de 06 de novembro de 1992, traz disposições gerais sobre garantias de liberdade e de autodeterminação humana. Sobre os direitos de personalidade, assegura que “toda pessoa tem direito a um prenome e aos nomes de seus pais ou ao de um destes”, acrescentando que “a lei deve regular a forma de assegurar a todos esses direitos, mediante nomes fictícios, se for necessário”.

Em razão das garantias estabelecidas na Convenção, a Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), em dezembro de 2017, publicou a Opinião Consultiva nº 24¹, que reconheceu, por unanimidade:

1. OEA. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Opinión Consultiva nº 24. Disponível em: http://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_24_esp.pdf. Acesso em: 24 jul. 2019.

El cambio de nombre y en general la adecuación de los registros públicos y de los documentos de identidad para que estos sean conformes a la identidad de género autopercibida constituye un derecho protegido por los artículos 3, 7.1, 11.2 y 18 de la Convención Americana, en relación con el 1.1 y 24 del mismo instrumento, por lo que los Estados están en la obligación de reconocer, regular, y establecer los procedimientos adecuados para tales fines, en los términos establecidos en los párrafos 85 a 116².

A Opinião Consultiva confirmou, assim, o reconhecimento de que a orientação sexual e a identidade de gênero são direitos protegidos e assegurados pelo Pacto de San José da Costa Rica, motivo pela qual devem ser assegurados pelos Estados-membros da Organização dos Estados Americanos (OEA).

No âmbito da legislação pátria, o Código Civil, Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, traz disposições sobre registro civil e elenca o direito ao nome enquanto integrante do rol dos direitos de personalidade (art. 16). Todavia, a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, é o diploma consolidado atual que dispõe sobre os registros públicos, incluindo o registro civil das pessoas naturais no Brasil.

Em 28 de junho de 2018, o Conselho Nacional de Justiça editou o Provimento nº 73, o qual disciplinava a averbação da alteração do prenome e do gênero nos assentos de nascimento e casamento de pessoa transgênero no Registro Civil das Pessoas Naturais (RCPN). A norma possibilitou a averbação do prenome, do gênero ou de ambos diretamente no ofício do RCPN onde o assento foi lavrado, procedimento sigiloso praticável por qualquer pessoa maior de 18 anos completos habilitada a todos os atos da vida civil.

Semelhantemente ao Pacto de San José da Costa Rica, o provimento, no art. 4º, reconhecia a realização do ato com base na autonomia da pessoa

2. A retificação de nome e, de modo geral, a adequação dos registros públicos e documentos de identidade para que estejam de acordo com a identidade de gênero autopercibida constitui um direito protegido pelos artigos 3, 7.1, 11.2 e 18 da Convenção Americana, em relação com os artigos 1.1 e 24 do mesmo instrumento, razão pela qual os Estados são obrigados a reconhecer, regular e estabelecer os procedimentos apropriados para tais fins, nos termos estabelecidos nos parágrafos 85 a 116 (tradução nossa).

requerente, mediante declaração de vontade ao registrador do RCPN. Ademais, nos §§ 6º e 7º são listados, respectivamente, os documentos de juntada compulsória e facultativa no ato do requerimento. Nesta última categoria, estão incluídos: laudo médico que ateste a transexualidade/travestilidade, parecer psicológico que ateste a transexualidade/travestilidade e laudo médico que ateste a realização de cirurgia de redesignação de sexo.

Não há lei específica que verse sobre a garantia da retificação de registro civil para mudança de prenome e gênero de pessoas trans.

Tutela internacional de Direitos Humanos relativos à diversidade sexual e de gênero: Declaração sobre Direitos Humanos, Orientação Sexual e Identidade de Gênero, Princípios de Yogyakarta e Declaração dos Direitos Sexuais

A Declaração dos Direitos Sexuais foi elaborada em 1997, no XIII Congresso Mundial de Sexologia, e aprovada e referendada posteriormente, em 1999, já no XIV Congresso Mundial de Sexologia, em Hong Kong, na China. Retrata direitos gerais quanto à livre expressão da diversidade sexual e de gênero, não contemplando unicamente práticas relacionadas ao grupo LGBT. É relevante relembrar o direito à igualdade sexual e à não discriminação, o qual veda distinções, independentemente do sexo, gênero, orientação sexual, idade, raça, classe social, religião, deficiências mentais ou físicas.

Já em 2006, a Comissão Internacional de Juristas e o Serviço Internacional de Direitos Humanos, afirma Maria Berenice Dias (2014, p. 83), “[...] desenvolveram projeto com o objetivo de criar um conjunto de princípios jurídicos internacionais sobre a aplicação da legislação internacional às violações de direitos humanos, com base na orientação sexual e identidade de gênero [...]”. Assim, em novembro, especialistas de 25 (vinte e cinco) países, em Yogyakarta, na Indonésia, elaboraram os Princípios de Yogyakarta sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero.

Seria uma reinterpretação de normas já existentes sobre direitos humanos, a fim de abarcar a diversidade sexual e de gênero. Nestes termos, a professora Maria Berenice Dias (2014, p. 83) defende que “[...] devem ser efetivamente aplicados pelos Estados, uma vez que as regulamentações existentes sobre direitos humanos já foram ratificadas em diversos tratados internacionais [...]”.

Nessa perspectiva, os princípios elaborados na comissão poderiam ser aplicados no Brasil, uma vez que fazem parte da legislação pátria.

Dentre todos os Princípios de Yogyakarta (2007, p. 12), para o tema do presente trabalho, é necessário destacar o Direito ao Gozo Universal dos Direitos Humanos, o qual prevê que “[...] todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Os seres humanos de todas as orientações sexuais e identidades de gênero têm o direito de desfrutar plenamente de todos os direitos humanos [...]”, determinando que os Estados deverão “[...] integrar às políticas de Estado e ao processo decisório uma abordagem pluralista que reconheça e afirme a inter-relacionalidade e indivisibilidade de todos os aspectos da identidade humana, inclusive aqueles relativos à orientação sexual e identidade de gênero [...]”. Reafirma a questão da necessidade de direcionamento de políticas específicas para a população LGBT, contemplando as especificidades inerentes aos sujeitos.

O Direito ao Reconhecimento Perante a Lei, contido nos Princípios de Yogyakarta (2007, p. 13), retrata questões atinentes, inclusive, ao reconhecimento identitário dos cidadãos enquanto integrantes da sigla LGBT. Sobre pessoas *trans*, especificamente, afirma que “[...] nenhuma pessoa deverá ser forçada a se submeter a procedimentos médicos, inclusive cirurgia de mudança de sexo, esterilização ou terapia hormonal, como requisito para o reconhecimento legal de sua identidade de gênero [...]”, cabendo ao Estado o dever de que sejam tomadas medidas legislativas e administrativas para que os documentos de identificação emitidos indiquem corretamente o gênero do indivíduo.

Já o Direito à Proteção contra Abusos Médicos dos Princípios de Yogyakarta (2007, p. 26) estabelece que “[...] nenhuma pessoa deve ser forçada a submeter-se a qualquer forma de tratamento, procedimento ou teste, físico ou psicológico, ou ser confinada em instalações médicas com base na sua orientação sexual ou identidade de gênero [...]”. Ademais, ressalta a necessidade de despatologização de práticas desviantes da padrão, tema que será melhor abordado adiante, uma vez que busca firmar que “[...] a orientação sexual e identidade de gênero de uma pessoa não são, em si próprias, doenças médicas a serem tratadas, curadas ou eliminadas [...]”.

O Direito à Liberdade de Opinião e Expressão consigna a necessidade de respeito da expressão de identidade ou autonomia pessoal, manifestada por

meio da fala, comportamento, vestimenta, características corporais, escolha de nome ou qualquer outro meio.

A Declaração sobre Direitos Humanos, Orientação Sexual e Identidade de Gênero é um documento que foi aprovado pelo Conselho de Direitos Humanos da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA), por meio da Resolução nº 2.435, de 03 de junho de 2008. O documento expressa “[...] preocupação pelos atos de violência e pelas violações aos direitos humanos correlatas, motivados pela orientação sexual e pela identidade de gênero [...]”.

Posicionamento da Organização Mundial da Saúde (OMS)

A Organização Mundial de Saúde, periodicamente, atualiza a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, também conhecida como Classificação Internacional de Doenças (CID). A 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), conforme explica Maria Berenice Dias (2015), foi a edição responsável por eliminar a homossexualidade da categoria das doenças. Todavia, incluiu os transtornos da identidade sexual no rol de enfermidades, incluindo o *travestismo* e o *transexualismo*.

A abordagem patologizante conferida pela OMS acaba por colocar a livre expressão da identidade de gênero ao lado de práticas como a pedofilia e o exibicionismo, razão pela qual até os dias atuais é criticada por autores que abordam o Direito LGBT. Nesse sentido, afirma Tatiana Lionço (2009, p. 53-54):

A CID 10 (OMS) faz referência a transtornos de identidade sexual, que inclui o transexualismo como um desejo persistente de viver e ser reconhecido como um membro do sexo oposto, implicando um desconforto em relação ao sexo anatômico e busca de tratamentos hormonais e cirúrgicos, visando à adequação do corpo tanto quanto possível ao sexo preferido. Destaca-se aqui a afirmação de um parâmetro diagnóstico sustentado na própria oferta médica de tratamento para o que propõe como patologia. Dentro dessa mesma categoria, consta o travestismo bivalente, que implica o uso de vestimentas do sexo oposto durante uma parte da existência, de modo a satisfazer a experiência temporária de pertencer ao sexo oposto, mas sem

desejo de alteração sexual mais permanente ou de uma transformação cirúrgica. O travestismo também está contemplado na categoria de parafilias, na CID 10, sob a denominação travestismo fetichista. Nessa segunda vertente, o travestismo é descrito como o hábito de vestir roupas do sexo oposto com o objetivo de obter excitação sexual e de criar a aparência de pessoa do sexo oposto, e está enquadrado como parafilia, termo contemporâneo para a perversão, junto a outras práticas e expressões da sexualidade associadas ao desvio de conduta, como, por exemplo, a pedofilia e o exibicionismo.

Na 10ª Classificação Internacional de Doenças³, o *transexualismo* estava listado no capítulo V, transtornos mentais e comportamentais (*mental and behavioural disorders*), bloco de distúrbios da personalidade e comportamento do adulto (*disorders of adult personality and behaviour*), na condição F64, distúrbios de identidade de gênero (*gender identity disorders*), descrito da seguinte forma:

A desire to live and be accepted as a member of the opposite sex, usually accompanied by a sense of discomfort with, or inappropriateness of, one's anatomic sex, and a wish to have surgery and hormonal treatment to make one's body as congruent as possible with one's preferred sex⁴.

Já na 11ª Classificação Internacional de Doenças (CID-11), com pré-visualização divulgada em junho de 2018, a OMS retirou a transexualidade da lista de doenças mentais, incluindo na categoria de condições relacionadas à saúde sexual (*conditions related to sexual health*), de modo a incluir cuidados

3. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Disponível em: <<https://www.who.int/classifications/icd/en>>. Acesso em: 23 jul. 2019.

4. Um desejo de viver e ser aceito como um membro do sexo oposto, comumente acompanhado por uma sensação de desconforto ou inadequação do sexo anatômico, e um desejo de fazer cirurgia e tratamento hormonal para tornar o corpo o mais semelhante possível com o sexo de preferência (tradução nossa).

e intervenções de saúde necessárias para a livre expressão da identidade de gênero⁵.

A incongruência de gênero na adolescência ou na idade adulta está descrita da seguinte forma na CID-11:

Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood is characterized by a marked and persistent incongruence between an individual's experienced gender and the assigned sex, which often leads to a desire to "transition", in order to live and be accepted as a person of the experienced gender, through hormonal treatment, surgery or other health care services to make the individual's body align, as much as desired and to the extent possible, with the experienced gender. The diagnosis cannot be assigned prior the onset of puberty. Gender variant behaviour and preferences alone are not a basis for assigning the diagnosis⁶.

Desse modo, é possível afirmar que há evidente avanço relativo ao modo de tratamento da transexualidade. Ainda na CID-10, era vista enquanto patologia e denominada de *transexualismo*. A realização do processo transexualizador (PrTr), nesse âmbito, seria um modo de promover tratamento para uma enfermidade. Já na CID-11, o procedimento é uma prática de maximização da saúde mental do paciente.

A CID-11 foi apresentada para adoção dos Estados Membros em maio de 2019, durante a Assembleia Mundial da Saúde. Na ocasião, a OMS oficializou

5. Organização Mundial da Saúde. CID-11 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icd/en>. Acesso em: 23 jul. 2019.

6. A Incongruência de Gênero entre Adolescência e Idade Adulta é caracterizada por uma incongruência acentuada e persistente entre o gênero vivenciado de um indivíduo e o sexo atribuído, o que muitas vezes leva a um desejo de "transição", para viver e ser aceito como pessoa do gênero vivenciado, por meio de tratamento hormonal, cirurgia ou outros serviços de saúde, para fazer com que o corpo do indivíduo se alinhe, tanto quanto desejado e na medida do possível, com o gênero vivenciado. O diagnóstico não pode ser atribuído antes do início da puberdade. Apenas o comportamento e as preferências de gênero não são base para atribuir o diagnóstico (tradução nossa).

a retirada da transexualidade enquanto transtorno mental. Entrará em vigor em 1º de janeiro de 2022⁷.

O Conselho Federal de Psicologia expediu a Resolução nº 1, de 29 de janeiro de 2018, preliminarmente à divulgação da OMS da retirada da transexualidade da lista de doenças mentais. No instrumento normativo, advoga pela não compreensão das expressões e identidades de gênero enquanto psicopatologias, transtornos mentais, desvios e/ou inadequações, vedando ações nesse sentido no exercício profissional.

Marcos normativos do Estado do Maranhão

No Estado do Maranhão, desde o início dos anos 2000, foram editadas normas referentes à população LGBT, a maioria delas referente à criação de espaços de controle social para monitoramento de políticas públicas por representantes da sociedade civil e do poder público, sob a forma de comitês e um conselho. Em 10 de abril de 2006, mediante a edição do Decreto Estadual nº 22.016/06, foi criado o Comitê Técnico Estadual de Livre Orientação Sexual - Programa Maranhão sem Homofobia, o qual tem como fundamento defender os direitos fundamentais do cidadão que tutelam a liberdade de orientação sexual.

A Portaria nº 45/GAB/SEDIHC, de 01 de julho de 2014, emitida pela Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, Assistência Social e Cidadania (SEDIHC), criou o Comitê Estadual de Enfrentamento à Homo-Lesbo-Transfobia do Maranhão (CEEH/MA). Da análise de suas diretrizes, é possível depreender que sua atuação é mais voltada ao combate da violência propriamente dita, praticada por particulares.

Por meio da Lei nº 10.333/15, sancionada em 02 de outubro de 2015, foi criado o Conselho Estadual dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais do Maranhão, que conta com representantes da sociedade

7. **OMS divulga nova Classificação Internacional de Doenças (CID 11)**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875. Acesso em: 23 jul. 2019. **Transexualidade não é transtorno mental, oficializa OMS**. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/transexualidade-nao-e-transtorno-mental-oficializa-oms>. Acesso em: 20 jul. 2019.

civil e do Poder Público. Possui, dentre as suas competências, as de “[...] elaborar, avaliar, emitir pareceres e apresentar sugestões em relação ao desenvolvimento de programas e ações governamentais, bem como monitorar e opinar sobre as questões referentes à cidadania da população LGBT [...]” e “[...] acompanhar a implementação das condições de acesso da população LGBT aos serviços públicos do Estado do Maranhão, indicando as medidas que se façam necessárias para a correção de exclusões ou limitações constatadas [...]”. Ante o exposto, o Conselho tem atividade voltada ao resgate da cidadania LGBT, em que se insere a pauta da retificação do prenome de transexuais.

Especificamente sobre a garantia do uso do nome social, os secretários da Educação e de Direitos Humanos e Participação Popular editaram a Portaria Conjunta nº 002, de 19 de abril de 2018, a qual instituiu a possibilidade de uso do nome social de travestis e transexuais nos registros escolares da educação básica do Estado do Maranhão. A medida é válida, inclusive, para discentes menores de 18 anos, que podem solicitar o uso do nome social perante a administração da unidade escolar com o intermédio dos pais ou representantes legais.

A Portaria define ainda que as instituições públicas e privadas que compõem o Sistema Estadual de Ensino do Maranhão deverão manter programas de combate à homofobia e à transfobia nas atividades educativas, para fins de erradicação do preconceito no ambiente escolar.

Ademais, em maio de 2019, foi aprovada e promulgada a Lei Estadual nº 11.201, a qual dispõe sobre o direito de uso do nome social em toda a Administração Pública Estadual do Maranhão, sejam usuários, funcionários ou terceirizados. Estabelece a obrigatoriedade de campo específico para uso de nome social em todos os formulários e assemelhados, bem como sanções administrativas em caso de descumprimento da lei.

Por motivo não especificado, o referido diploma legal silencia sobre a aplicação do nome social nas esferas da Administração Pública Municipal e da iniciativa privada, ampliação que seria plenamente possível, uma vez que se trata de lei estadual.

Retificação do RCN nos cenários jurídicos brasileiro e maranhense

De modo a demonstrar a mudança de paradigma no pensamento jurídico sobre a retificação do RCPN de pessoas *trans*, a partir da crescente perspectiva despatologizante, o presente capítulo realiza uma investigação sobre o posicionamento do Supremo Tribunal Federal (STF), do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e do Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão (TJ-MA) em decisões sobre o acesso da população trans à cidadania.

Para tanto, é aplicada a metodologia da análise do conteúdo nos termos propostos por Laurence Bardin (1977, p. 42), método que se trata de

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (várias inferidas) destas mensagens.

A técnica subentende a explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens.

Posicionamento do STJ e do STF

Sobre os julgamentos dos tribunais de instância superior relativos à retificação do RCPN, é necessário abordar inicialmente o Recurso Especial nº 1.008.398-SP, julgado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) em 15 de outubro de 2009 e transformado em informativo de jurisprudência:

DIREITO CIVIL. RECURSO ESPECIAL. TRANSEXUAL SUBMETIDO À CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL. ALTERAÇÃO DO PRENOME E DESIGNATIVO DE SEXO. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.

[...] - A situação fática experimentada pelo recorrente tem origem em idêntica problemática pela qual passam os transexuais em sua maioria: um ser humano aprisionado à anatomia de homem, com o

sexo psicossocial feminino, que, após ser submetido à cirurgia de redesignação sexual, com a adequação dos genitais à imagem que tem de si e perante a sociedade, encontra obstáculos na vida civil, porque sua aparência morfológica não condiz com o registro de nascimento, quanto ao nome e designativo de sexo.

- Conservar o sexo masculino no assento de nascimento do recorrente, em favor da realidade biológica e em detrimento das realidades psicológica e social, bem como morfológica, pois a aparência do transexual redesignado, em tudo se assemelha ao sexo feminino, equivaleria a manter o recorrente em estado de anomalia, deixando de reconhecer seu direito de viver dignamente.

- Assim, tendo o recorrente se submetido à cirurgia de redesignação sexual, nos termos do acórdão recorrido, existindo, portanto, motivo apto a ensejar a alteração para a mudança de sexo no registro civil, e a fim de que os assentos sejam capazes de cumprir sua verdadeira função, qual seja, a de dar publicidade aos fatos relevantes da vida social do indivíduo, forçosa se mostra a admissibilidade da pretensão do recorrente, devendo ser alterado seu assento de nascimento a fim de que nele conste o sexo feminino, pelo qual é socialmente reconhecido.

- Vetar a alteração do prenome do transexual redesignado corresponderia a mantê-lo em uma insustentável posição de angústia, incerteza e conflitos, que inegavelmente atinge a dignidade da pessoa humana assegurada pela Constituição Federal. No caso, a possibilidade de uma vida digna para o recorrente depende da alteração solicitada. E, tendo em vista que o autor vem utilizando o prenome feminino constante da inicial, para se identificar, razoável a sua adoção no assento de nascimento, seguido do sobrenome familiar, conforme dispõe o art. 58 da Lei n.º 6.015/73. [...] Recurso especial provido (REsp 1008398/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 15/10/2009, DJe 18/11/2009).

Conforme o exposto, a Turma do Tribunal entendeu que, uma vez que o recorrente havia se submetido à cirurgia de transgenitalização, havia motivo apto a ensejar a retificação do registro civil de pessoa natural, a fim do cumprimento da função dos assentos de dar publicidade aos fatos relevantes da vida social do indivíduo. O julgado possui um viés de garantia do exercício pleno da identidade de gênero, pautado no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. Evoca, inclusive, que a dignidade da vida da pessoa *trans* é atrelada ao seu reconhecimento identitário, sob a ótica psicossocial, de modo a refletir a verdade real já vivenciada.

Apesar dos avanços da sentença proferida, há evidente patologização da identidade da pessoa *trans*, a medida em que se refere ao recorrente enquanto “um ser humano aprisionado à anatomia de homem, com o sexo psicossocial feminino”. A cirurgia de redesignação sexual é colocada enquanto motivo principal ensejador da permissão da mudança do prenome e gênero, tendo em vista ter sido pontuado que o obstáculo na vida civil da pessoa *trans* em questão seria ensejada pela discrepância entre a aparência morfológica após a cirurgia e o registro de nascimento, quanto ao nome e designativo de sexo.

Posteriormente, em maio de 2017, foi julgado o Recurso Especial nº 1.626.739-RS, também transformado em informativo de jurisprudência, que trazia uma mudança na concepção da retificação do registro civil de pessoa natural:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE RETIFICAÇÃO DE REGISTRO DE NASCIMENTO PARA A TROCA DE PRENOME E DO SEXO (GÊNERO) MASCULINO PARA O FEMININO.

PESSOA TRANSEXUAL. DESNECESSIDADE DE CIRURGIA DE TRANSGENITALIZAÇÃO.

1. À luz do disposto nos artigos 55, 57 e 58 da Lei 6.015/73 (Lei de Registros Públicos), infere-se que o princípio da imutabilidade do nome, conquanto de ordem pública, pode ser mitigado quando sobressair o interesse individual ou o benefício social da alteração, o que reclama, em todo caso, autorização judicial, devidamente motivada, após audiência do Ministério Público. 2. Nessa perspectiva, observada a necessidade de intervenção do Poder Judiciário, admite-se a mudança do nome ensejador de situação

vexatória ou degradação social ao indivíduo, como ocorre com aqueles cujos prenomes são notoriamente enquadrados como pertencentes ao gênero masculino ou ao gênero feminino, mas que possuem aparência física e fenótipo comportamental em total desconformidade com o disposto no ato registral. [...] 6. Nessa compreensão, o STJ, ao apreciar casos de transexuais submetidos a cirurgias de transgenitalização, já vinha permitindo a alteração do nome e do sexo/gênero no registro civil (REsp 1.008.398/SP, Rel. Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 15.10.2009, DJe 18.11.2009; e REsp 737.993/MG, Rel. Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 10.11.2009, DJe 18.12.2009). 7. A citada jurisprudência deve evoluir para alcançar também os transexuais não operados, conferindo-se, assim, a máxima efetividade ao princípio constitucional da promoção da dignidade da pessoa humana, cláusula geral de tutela dos direitos existenciais inerentes à personalidade, a qual, hodiernamente, é concebida como valor fundamental do ordenamento jurídico, o que implica o dever inarredável de respeito às diferenças. [...] 10. Consequentemente, à luz dos direitos fundamentais corolários do princípio fundamental da dignidade da pessoa humana, infere-se que o direito dos transexuais à retificação do sexo no registro civil não pode ficar condicionado à exigência de realização da cirurgia de transgenitalização, para muitos inatingível do ponto de vista financeiro (como parece ser o caso em exame) ou mesmo inviável do ponto de vista médico. [...] 13. Recurso especial provido a fim de julgar integralmente procedente a pretensão deduzida na inicial, autorizando a retificação do registro civil da autora, no qual deve ser averbado, além do prenome indicado, o sexo/gênero feminino, assinalada a existência de determinação judicial, sem menção à razão ou ao conteúdo das alterações procedidas, resguardando-se a publicidade dos registros e a intimidade da autora.

(REsp 1626739/RS, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 09/05/2017, DJe 01/08/2017).

Há uma explícita mudança de concepção entre os julgados de 2009 e o de 2017. É admitida a mitigação do princípio da imutabilidade do nome e, conseqüentemente, dos artigos 55, 57 e 58 da Lei nº 6.015/73 (Lei de Registros Públicos), uma vez que admite a supremacia do interesse individual ou o benefício social da alteração. Ademais, relembra a decisão do Recurso Especial nº 1.008.398-SP, referente a possibilidade de retificação do registro civil quando já realizada a cirurgia de transgenitalização.

Em uma perspectiva inovadora, seguindo o viés da despatologização, o julgado admite a necessidade da evolução do entendimento jurisprudencial de modo a abranger também os(as) transexuais ainda não submetidos a procedimentos cirúrgicos, dando efetividade ao princípio da promoção da dignidade da pessoa humana e com base no princípio constitucional do respeito à diferença. Ainda, o julgado elenca as dificuldades relativas à realização dos procedimentos cirúrgicos em razão dos altos custos financeiros ou impossibilidades físicas.

Por fim, no ato da admissão do recurso, autoriza a retificação do registro sem menção à razão ou ao conteúdo das alterações procedidas, consagrando o princípio do sigilo, posteriormente reproduzido no Provimento nº 73/2018 do CNJ.

O Supremo Tribunal Federal, por sua vez, expressou posicionamento sobre o assunto no ano de 2018, a partir do julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 427, em ação que foi ajuizada pela Procuradoria-Geral da República (PGR):

AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. DIREITO CONSTITUCIONAL E REGISTRAL. PESSOA TRANSGÊNERO. ALTERAÇÃO DO PRENOME E DO SEXO NO REGISTRO CIVIL. POSSIBILIDADE. DIREITO AO NOME, AO RECONHECIMENTO DA PERSONALIDADE JURÍDICA, À LIBERDADE PESSOAL, À HONRA E À DIGNIDADE. INEXIGIBILIDADE DE CIRURGIA DE TRANSGENITALIZAÇÃO OU DA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTOS HORMONAIIS OU PATOLOGIZANTES. 1. O direito à igualdade sem discriminações abrange a identidade ou expressão de gênero. 2. A identidade de gênero é manifestação da própria personalidade da pessoa humana e, como tal, cabe ao Estado apenas o papel de reconhecê-la, nunca de constituí-la. 3. A pessoa transgênero que comprova

sua identidade de gênero dissonante daquela que lhe foi designada ao nascer por autoidentificação firmada em declaração escrita desta sua vontade dispõe do direito fundamental subjetivo à alteração do prenome e da classificação de gênero no registro civil pela via administrativa ou judicial, independentemente de procedimento cirúrgico e laudos de terceiros, por se tratar de tema relativo ao direito fundamental ao livre desenvolvimento da personalidade. 4. Ação direta julgada procedente (ADI 4275, Relator(a): Min. MARCO AURÉLIO, Relator(a) p/ Acórdão: Min. EDSON FACHIN, Tribunal Pleno, julgado em 01/03/2018, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-045, DIVULG. 06-03-2019, PUBLIC. 07-03-2019).

Na ocasião, semelhantemente ao ocorrido no REsp 1626739/RS, foi dada interpretação, conforme a Constituição Federal, ao artigo 58 da Lei nº 6.015/1973, relativizando o princípio da imutabilidade do nome para permitir a alteração do RCPN de pessoas transexuais, mediante mudança do prenome e do gênero.

A identidade de gênero é reconhecida enquanto manifestação da própria personalidade e, sendo assim, integra o direito fundamental ao livre desenvolvimento da personalidade, cabendo ao Estado apenas o seu reconhecimento, razão pela qual não há necessidade de realização de procedimento cirúrgico ou apresentação de laudos de terceiros que comprovem a condição identitária autoafirmada.

Posicionamento do TJ-MA

Em três (03) ocasiões diferentes, o Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão (TJ-MA) prolatou acórdão com decisão sobre casos de retificação do prenome no registro civil de nascimento com pedido de redesignação de sexo no assentamento registral. Em todos os casos, o Tribunal julgou pela desnecessidade de realização de cirurgia de transgenitalização para a efetuação das mudanças. Há, todavia, diferenças de fundamentação que podem ser percebidas entre os acórdãos, advindas essencialmente da época em que foram prolatados. Abaixo, ementa do primeiro julgado, registrado em 09 de novembro de 2016:

APELAÇÃO CÍVEL. RETIFICAÇÃO DO REGISTRO CIVIL. PESSOA MAIOR DE IDADE QUE SE IDENTIFICA COMO TRANSEXUAL MULHER. CONCEDIDA SOMENTE A MODIFICAÇÃO DO PRENOME. ALTERAÇÃO DO GÊNERO INDEFERIDO. PRELIMINAR. AUSÊNCIA DE INTIMAÇÃO PESSOAL DA DEFENSORIA PÚBLICA. NÃO ABERTURA DO PRAZO RECURSAL. DETERMINAÇÃO INSERIDA NO ART. 128, I, DA LEI COMPLEMENTAR N. 80/1994. RECURSO TEMPESTIVO. AUSÊNCIA DE CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL OU TRANSGENITALIZAÇÃO. POSSIBILIDADE. NÃO SE TRATA DE “CONDITIO SINE QUA NON” PARA A EFETIVAÇÃO DA IDENTIDADE DE GÊNERO A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA DE ADEQUAÇÃO SOCIAL. NOVA INTERPRETAÇÃO CONSTITUCIONAL. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA, QUE POR CERTO, INCLUI O DIREITO DO RECONHECIMENTO DA REAL IDENTIDADE SEXUAL, EM RESPEITO À PESSOA HUMANA COMO VALOR ABSOLUTO. SENTENÇA REFORMADA. RECURSO PROVIDO. DE ACORDO COM MINISTÉRIO PÚBLICO. [...] II. A controvérsia do presente demanda reside na possibilidade de alteração de gênero no assento de registro civil de transexual, independentemente da realização da cirurgia de transgenitalização (também chamada de cirurgia de redesignação ou adequação sexual). III. É consabido que compete ao Judiciário, quando acionado, decidir a questão submetida a sua apreciação, não podendo eximir-se de manifestar-se sobre os pedidos que lhe sejam endereçados, nos termos do que preceitua o art. 140 do Código de Processo Civil de 2015 (art. 126 CPC/73). Pois, como já dizia o dramaturgo e poeta romano Publio Terêncio Afro, “Sou humano e nada do que é humano me é estranho”. IV. Deste modo, ainda em um primeiro momento, o nosso ordenamento jurídico não forneça uma resposta pronta e simples a elucidar a questão, imprescindível que o julgador ao analisar as relações sociais e as implicações decorrentes dessa interatividade entre pessoas, tenha como norte maior a dignidade da pessoa humana, um conceito de família

plural, democrático, igualitário e, acima de tudo, um espaço para a realização da felicidade dos indivíduos. V. E neste cenário em que as minorias não encontram uma opção legislativa que regule a situação vivida, que batem as portas da justiça gerando a verdadeira “judicialização da vida”, fazendo com que o Poder Judiciário exerça garantia dos direitos fundamentais ante as omissões legislativas, a considerar o papel contramajoritário que tais direitos possuem. VI. E nesses casos a solução terá de ser construída argumentativamente, com enfoque nos elementos do caso concreto, dos preceitos fixados na norma e de elementos externos ao Direito. Assim, necessário se faz a interdisciplinaridade com a antropologia, psicologia, psicanálise e psiquiatria. VII. O Superior Tribunal de Justiça já enfrentou a tema, garantindo à pessoa transexual a troca do nome e do gênero em registro quando realizada a cirurgia de transgenitalização, desde o ano de 2009, no julgamento do REsp 1.008.398/SP, de Relatoria da Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 15.10.2009 e no REsp 737.993/MG, da Relatoria do Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 10.11.2009, DJe 18.12.2009). VIII. A matéria do caso em espécie, ou seja, possibilidade aos transexuais Da alteração do prenome e do sexo no registro civil, independentemente de realização de cirurgia de transgenitalização, já foi afetada ao Supremo Tribunal Federal em duas oportunidades, mas encontra-se pendente de julgamento [...] (Ap 0389122016, Rel. Desembargador(a) ANTONIO GUERREIRO JÚNIOR, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, julgado em 08/11/2016, DJe 11/11/2016).

A decisão prolatada reconhece que, de fato, não há regulamentação sobre o tema que ensejou que o poder judiciário fosse demandado, configurando uma lacuna no sistema jurídico brasileiro. Todavia, considerando que o judiciário, uma vez provocado, não pode se eximir de decidir sobre o assunto, a TJ-MA utilizou uma construção argumentativa “[...] com enfoque nos elementos do caso concreto, dos preceitos fixados na norma e de elementos externos ao Direito [...]” para a finalidade de construir uma decisão justa.

Faz referência ao julgamento do REsp 1.008.398/SP, anteriormente analisado, que permitiu a troca do nome e do gênero em registro quando realizada a cirurgia de transgenitalização. Faz menção, ainda, ao fato de que a matéria em espécie já foi afetada ao STF, porém que continuava pendente de julgamento. Sendo assim, inexistindo legislação específica e entendimento pacificado no STF ou STJ sobre o caso em questão, a construção argumentativa é essencialmente pautada “com enfoque nos elementos do caso concreto, dos preceitos fixados na norma e de elementos externos ao Direito”, utilizando “antropologia, psicologia, psicanálise e psiquiatria”. Por essa razão, a decisão de 2016 do TJ-MA é inovadora ao determinar a retificação de registro civil para mudança de prenome e gênero, mesmo não realizada a cirurgia de transgenitalização.

A seguir, o último acórdão referente à retificação de RCPN de pessoa *trans*, registrado no dia 02 de fevereiro de 2018:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE RETIFICAÇÃO DE REGISTRO DE NASCIMENTO PARA A TROCA DE PRENOME E DO SEXO (GÊNERO) MASCULINO PARA O FEMININO. PESSOA TRANSEXUAL. DESNECESSIDADE DE CIRURGIA DE TRANSGENITALIZAÇÃO. PRECEDENTE DO STJ E DO TJMA. RECURSO PROVIDO. UNANIMIDADE. I. A controvérsia da presente demanda reside na possibilidade de alteração de gênero no assento de registro civil de transexual, independentemente da realização da cirurgia de transgenitalização (também chamada de cirurgia de redesignação ou adequação sexual). II. O tema do caso em análise foi recentemente enfrentado pelo Superior Tribunal de Justiça, que garantiu à pessoa transexual a mudança do prenome e do gênero constante do registro civil sem a necessidade de realização de cirurgia de transgenitalização, no julgamento do REsp 1626739/RS, de Relatoria do Ministro Luis Felipe Salomão. III. Este E. Tribunal de Justiça, em caso análogo, entendeu que “a cirurgia de adequação sexual tem que ser entendida como uma *plus*, que pode ser desejado ou não pela pessoa transexual, não podendo ser enxergada como uma condição “*sine qua non*”, essencial para que seja atendido seu direito à identidade” (Ap 0389122016, Rel. Desembargador Antonio Guerreiro Júnior, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, julgado em 08/11/2016, DJe 11/11/2016). IV. Ademais,

no caso em análise, os documentos juntados aos autos comprovam que a apelante já iniciou os atendimentos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, a fim de realizar o acompanhamento da terapia hormonal e a cirurgia de transgenitalização. V. Nesse contexto, tem-se que o fato de a cirurgia de mudança de sexo ainda não ter sido realizada, não poderá ser considerada um entrave a mudança do sexo jurídico (gênero) da recorrente, sob pena de clara afronta a dignidade humana, que por certo, inclui o direito do reconhecimento da real identidade sexual, em respeito à pessoa humana com valor absoluto. VI. Apelação conhecida e provida, para que seja procedida à retificação do registro civil da apelante, fazendo constar além do prenome indicado, o sexo/gênero feminino. Unanimidade (Ap 0808576-34.2016.8.10.0001, Rel. Desembargador(a) Raimundo José Barros de Sousa, QUINTA CÂMARA CÍVEL, julgado em 29/01/2018, DJe 02/02/2018).

Novamente, o tribunal reconhece a possibilidade de retificação do RCPN sem a realização de procedimentos cirúrgicos, afirmando que “o fato de a cirurgia de mudança de sexo ainda não ter sido realizada não poderá ser considerado um entrave a mudança do sexo jurídico (gênero) da recorrente”. A adoção do presente posicionamento pelo TJ-MA reflete os recentes entendimentos do STJ quanto à possibilidade de alteração de gênero no assento de registro civil da pessoa transexual, mesmo sem a realização de procedimento cirúrgico de redesignação de sexo, sendo citado, inclusive, o enfretamento do caso em questão pelo REsp 1626739/RS.

Considerações finais

A concepção da identidade na pós-modernidade, atrelada ao processo de reconhecimento mútuo, permite entender a situação de minorias sexuais no contexto mundial atual, especialmente das pessoas trans. Estas, por ostentarem identidade de gênero diversa da cisgeneridade compulsória, reivindicam a possibilidade de retificação do RCPN para fazer constar o prenome e o gênero já utilizados na realidade prática e evitar situações humilhantes.

Assim, pode-se pontuar que a patologização da identidade, perspectiva tradicionalmente adotada pela literatura médica e pelas instituições do sistema de justiça, favorece a perpetuação de um cenário de violação de direitos de personalidade e contradiz instrumentos de proteção internacional e nacional dos direitos humanos no que tange à identidade de gênero.

O Pacto de San José da Costa Rica previa disposições gerais sobre garantia dos direitos à liberdade e à personalidade, aplicáveis enquanto cláusula de proteção ao direito de mudança do RCPN. A possibilidade foi ratificada pelo entendimento da Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH). O maior resultado normativo no Brasil do processo de despatologização da identidade foi a edição do Provimento nº 73/2018 pelo CNJ, que é resultado do entendimento firmado no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 427.

Na apresentação dos resultados, o julgamento do Recurso Especial nº 1.008.398-SP pelo STJ, ainda em 2009, apresenta relevante avanço relativo à possibilidade de retificação do RCPN e do reconhecimento da identidade trans. A decisão, apesar de reconhecer a mudança do prenome e do gênero enquanto questão necessária para a concretização do mandamento da dignidade da pessoa humana, ainda carrega a concepção de que transexuais, transgêneros e travestis são doentes, uma vez que condiciona o acesso ao direito à realização de procedimentos cirúrgicos. Posteriormente, já em 2017, no resultado do Recurso Especial nº 1.626.739-RS, o STJ passa a permitir a mudança do RCPN a pessoas *trans* ainda não submetidas à cirurgia.

O julgamento da ADI 427 serve ao propósito de dirimir definitivamente a questão ao relativizar o princípio da imutabilidade do nome e permitir a retificação do RCPN de transgêneros sem a necessidade de realização de cirurgia de redesignação sexual.

O TJ-MA, por sua vez, apresenta um histórico positivo no julgamento de Apelações sobre a temática analisada. O primeiro acórdão analisado, de 2016, é anterior aos resultados do Recurso Especial nº 1.626.739-RS (STJ) e da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 427 (STF), enquanto o segundo, registrado no dia 02 de fevereiro de 2018, é anterior ao desta última. O Tribunal, todavia, em ambas as ocasiões, reconheceu a possibilidade de modificação do RCPN, mesmo sem a comprovação de realização da cirurgia.

Ante o exposto, da análise do conteúdo do entendimento dos tribunais superiores e do Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão sobre a temática

abordada, é possível constatar que os sistemas de justiça do Brasil e do Maranhão passaram a adotar a perspectiva despatologizante da identidade de gênero notadamente a partir da segunda metade da década de 2010.

É impossível dissociar a tendência adotada nacionalmente da perspectiva mundial de reconhecimento da dignidade *trans* pela via da negação do caráter de doença, observada, por exemplo, nos Princípios de Yogyakarta, na atuação da Corte Interamericana de Direitos Humanos e, mais recentemente, no anúncio da OMS de retirada da transexualidade da lista de transtornos mentais na CID-11.

Referências

- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BAUMAN, Zygmunt. **Identidade**: entrevista a Benedetto Vecchi. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973**. Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6015compilada.htm. Acesso em: 20 jul. 2019.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 jul. 2019.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992**. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0678.htm. Acesso em: 20 jul. 2019.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm. Acesso em: 20 jul. 2019.
- BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 1.008.398/SP**, Rel. Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, Data do Julgamento: 15/10/2009. DJe 18/11/2009. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/>. Acesso em: 25 jul. 2019.
- BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 1.626.739/RS**, Rel. Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, Data do Julgamento: 09/05/2017. DJe 01/08/2017. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/>. Acesso em: 25 jul. 2019.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4275**, Rel. Ministro Edson Fachin, Tribunal Pleno, Data do Julgamento: 01/03/2018. DJe 06/03/2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/>. Acesso em: 25 jul. 2019.

- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Provimento nº 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 pessoa transgênero no Registro Civil das Pessoas Naturais (RCPN). 2018a. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3503>. Acesso em: 20 jul. 2019.
- BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução nº 1, de 29 de janeiro de 2018**. Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis. 2018b. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2019.
- BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de Direito Constitucional**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.
- CANDAU, Jöel. **Memória e Identidade**. 1. ed. São Paulo: Contexto, 2014.
- CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Transexualidade não é transtorno mental, oficializa OMS**. 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/transexualidade-nao-e-transtorno-mental-oficializa-oms>. Acesso em: 20 jul. 2019.
- COMISSÃO INTERNACIONAL DE JURISTAS (ICJ). Serviço Internacional de Direitos Humanos. **Princípios de Yogyakarta**: princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Jul. 2007. Disponível em: http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf. Acesso em: 23 jul. 2019.
- DIAS, Maria Berenice. **Homoafetividade e os direitos LGBTI**. 6. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.
- HALL, Stuart. **A Identidade Cultural na Pós Modernidade**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2014.
- JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.diversidadessexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2019.
- LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transsexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jul. 2019.
- MARANHÃO. Decreto nº 22.016 de 10 de abril de 2006. Cria o Comitê Técnico Estadual de Livre Orientação Sexual, e dá outras providências. **Diário Oficial do Poder Executivo do Estado do Maranhão**, São Luís, MA, n. 070, 10 abr. 2006. p. 05.
- MARANHÃO. Portaria nº 45/gab/sedihc de 011 de julho de 2014. **Diário Oficial do Poder Executivo do Estado do Maranhão**, São Luís, MA, n. 128, 07 jul. 2014. p. 23-24.
- MARANHÃO. Assembleia Legislativa. Diretoria Legislativa. **Lei nº 10.333, de 02 de outubro de 2015**. Dispõe sobre a criação do Conselho Estadual dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais do Maranhão, e dá outras providências. Disponível em: http://arquivos.al.ma.leg.br:8080/ged/legislacao/LEL_10333. Acesso em: 24 jul. 2019.
- MARANHÃO. **Portaria conjunta nº 002, de 19 de abril de 2018**. Diário Oficial do Poder Executivo do Estado do Maranhão, São Luís, MA, n. 076, 24 abr. 2018. p. 49.
- MARANHÃO. Tribunal de Justiça do Estado. **Apelação nº 0808576-34.2016.8.10.0001**, Rel. Desembargador Raimundo José Barros de Sousa, Quinta Câmara Cível, Data do Julgamento: 29/01/2018. DJe 02/02/2018. Disponível em: <https://jurisconsult.tjma.jus.br/#/sg-jurisprudence-list>. Acesso em: 25 jul. 2019.

- MARANHÃO. Tribunal de Justiça do Estado. **Apelação nº 0389122016**, Rel. Desembargador Antonio Guerreiro Júnior, Segunda Câmara Cível, Data do Julgamento: 08/11/2016. DJe 11/11/2016. Disponível em: <https://jurisconsult.tjma.jus.br/#/sg-jurisprudence-list>. Acesso em: 25 jul. 2019.
- MARANHÃO. Assembleia Legislativa. Diretoria Legislativa. **Lei nº 11.021, de 14 de maio de 2019**. Dispõe sobre o reconhecimento e direito do uso do nome social para pessoas trans nos órgãos da Administração Pública Estadual e dá outras providências. Disponível em: http://arquivos.al.ma.leg.br:8080/ged/legislacao/LEI_10333. Acesso em: 24 jul. 2019.
- OEA. Organização dos Estados Americanos. **Corte Interamericana de Direitos Humanos**. Opinião Consultiva nº 24. 2017. Disponível em: http://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_24_esp.pdf. Acesso em: 24 jul. 2019.
- OEA. Organização dos Estados Americanos. **Declaração sobre Direitos Humanos, Orientação Sexual e Identidade de Gênero**. 2019. Disponível em: <http://www.oas.org/council/pr/CAJP/direitos%20humanos.asp>. Acesso em: 24 jul. 2019.
- OMS divulga nova Classificação Internacional de Doenças (CID 11). **OPAS/OMS Brasil**. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875. Acesso em: 23 jul. 2019.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icd/en>. Acesso em: 23 jul. 2019.
- SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.). **Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- VECCHIATTI, Paulo Roberto Ioti. **Manual da homoafetividade: da possibilidade jurídica do casamento civil, da união estável e da adoção por casais homoafetivos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2012.
- WOODWARD, Kathryn. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.); HALL, Stuart; WOODWARD, Kathryn. **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 7-72.
- WORLD ASSOCIATION FOR SEXOLOGY. **Declaração dos Direitos Sexuais**. 2014. Disponível em: <http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/DSR-Portugese.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2019.

7

As políticas de saúde mental, álcool e outras drogas no início do século XXI

Annabelle de Fátima Modesto Vargas
Mauro Macedo Campos

Considerações iniciais

Este capítulo tem por objetivo analisar a trajetória das políticas de saúde mental, álcool e drogas no início do século XXI. Busca apontar, como um novo paradigma, o da Atenção Psicossocial (SANTOS; YASUI, 2016), que se constrói enquanto referência no cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Em um esforço analítico anterior, Vargas e Campos (2017) desenvolveram um argumento similar ao investigarem a evolução temporal de tais políticas ao longo de todo o século XX.

Sob um ângulo normativo, a trajetória das regras não é claramente contextualizada e descrita pela literatura (VARGAS; CAMPOS, 2017). O próprio

Ministério da Saúde (MS) reconhece, em um compilado de legislações consideradas específicas da Saúde Mental, “a dificuldade de acesso às normas brasileiras vigentes sobre assistência psiquiátrica” (BRASIL, 2004, p. 9). Como bem expresso pelo documento, a compilação do conjunto dessas legislações é multifacetada e dificultosa, ainda mais no que tange à questão do álcool e outras drogas.

Machado e Miranda (2007) consideram que a trajetória institucional da política de saúde para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas precisa ser entendida como fato histórico, proveniente de diversas circunstâncias construídas em espaços e tempos distintos, além de estarem imersas em diferentes interesses e significados. Desse modo, busca-se, aqui, resgatar na literatura discussões teóricas que levem à compreensão de como o “Paradigma da Atenção Psicossocial” (VARGAS, 2017) passa a ser regulado enquanto uma política pública nas duas décadas iniciais do século XXI. Um dos argumentos centrais deste capítulo é o de que houve uma resposta tempestiva no que se refere à produção de normas, em decorrência de maior visibilidade sobre a temática.

Método

Trata-se de um estudo de base documental, que buscou catalogar e analisar as legislações referentes à temática de saúde mental, álcool e outras drogas publicadas entre os anos de 2001 até 2017. Foram utilizadas três ferramentas para coleta dos dados: 1) “Saúde Legis”, que possibilita a pesquisa de legislações, no âmbito da esfera federal, de atos normativos do SUS; 2) um compilado de legislações comentadas, elaborado pelo Ministério da Saúde, que vão do ano de 1990 a 2004 (BRASIL, 2004); e 3) documento semelhante ao anterior com normas de 2004 a 2010 (BRASIL, 2010).

Em consulta ao “Saúde Legis”, foram encontradas, utilizando o assunto “saúde mental”: 44 Leis; 30 Decretos; 379 Portarias e 415 Portarias Interministeriais. Sá-Silva e colaboradores (2009) argumentam que deve ser valorizada a utilização de documentos em pesquisa, uma vez que gera riqueza de informações e permite a compreensão de objetos que necessitam de contextualização sociocultural e histórica. A esse respeito, Minayo (1998)³⁰ problematiza que o objeto das ciências sociais é histórico, o que significa

que as sociedades humanas acham-se num determinado tempo e espaço, sendo as leis, instituições e visões de mundo provisórias, efêmeras, tendo um constante dinamismo, podendo ser transformadas a qualquer momento.

Resultados/discussão

Foram catalogadas e analisadas 92 legislações. Obviamente, não se pode dizer que todas as legislações foram alcançadas, por tratar-se de um cabedal de textos publicados diariamente. Todavia, a análise que se fez nos permitiu perceber os caminhos percorridos por essa política pública, e assim identificar seus avanços e retrocessos ao longo do tempo. Vale ressaltar que não se trata de um exercício meramente normativo. Ao contrário, possibilita o desenvolvimento de um debate sobre como a “lacuna” existente na legislação brasileira, apontada por Vargas e Campos (2017), em relação às políticas públicas de saúde mental direcionadas à temática do uso de álcool e outras drogas, começa a ser preenchida no início do século XXI, por meio do surgimento de novas regras que buscam dar maior evidência a essa política.

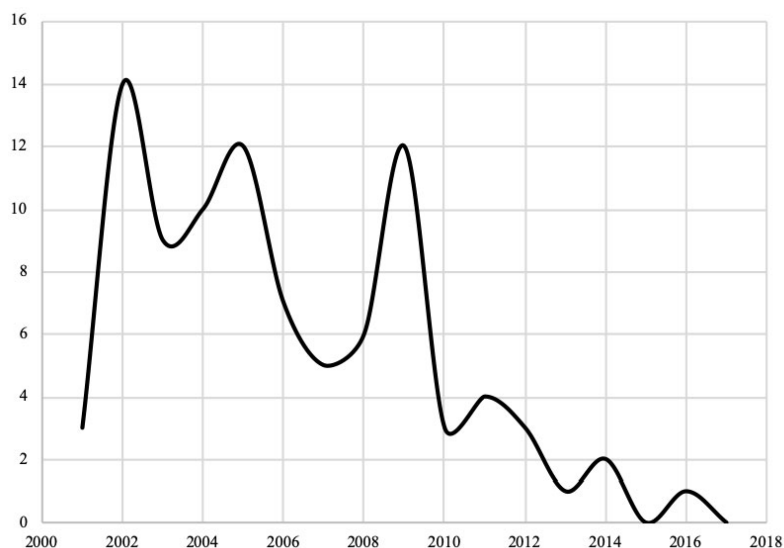
Nos primeiros 17 anos desse século XXI, foi editada quase uma centena de normativas que versam sobre essa temática. Parece haver certo “consenso” de que, por um longo período no contexto brasileiro, as políticas públicas comprometidas com a questão do uso de álcool e drogas foram inexistentes (BRASIL, 2004; SANTOS; YASUI, 2016) e exigiriam uma integração de competências (BRASIL, 2015a). Embora a questão transitasse entre a esfera jurídica e da saúde, as intervenções feitas bilateralmente eram muito mais no sentido de “vigiar e punir” (FOUCAULT, 2009), a partir da lógica de internação dos hospitais psiquiátricos, do que de tratar.

Há uma gama de autores (PICCOLO; KNAUTH, 2002; NARDI; RIGONI, 2005; FONSECA; RIBEIRO; BERTONI, 2006; LIMA, 2010; TRAD, 2010; SANTOS; YASUI, 2016) que entendem que as primeiras tentativas de atenção ao usuário de álcool e drogas foram do escopo das práticas reducionistas que visavam, sobretudo, à abstinência. Surgiram, principalmente, vislumbrando a queda da contaminação pelo vírus HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDIs), a partir de uma perspectiva de redução de danos (RD). No entanto, a RD extrapola a esfera de uma preocupação apenas com as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e adquire um novo significado, agora

dentro das práticas em saúde mental. Cabe ressaltar que, no mesmo período de surgimento das práticas de RD, também surgiam os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Santos e Yasui (2016) argumentam que foi a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em Brasília em 2001, que a estratégia de redução de danos ganhou maior notoriedade junto ao Ministério da Saúde, ocasião em que fica decidido que caberia ao MS tratar, reabilitar e prevenir o uso de álcool e outras drogas. No ano seguinte, em 2002, por meio da Portaria GM/336, foram criados os serviços especializados para o atendimento a essa população, os CAPSad. O gráfico 1 ilustra quase duas décadas de produção legal:

Gráfico 1 – Evolução da produção quantitativa de normas (2001 a 2017)



Fonte: Elaborado pelos autores.

O ano de 2002 se destaca com a maior produção legal: foram promulgadas 14 normativas nesse ano. Tal ocorrência pode ser explicada por se tratar do primeiro ano após a promulgação da lei sobre a Reforma Psiquiátrica, em

2001. Os anos de 2005 e 2009 também contaram com uma produção elevada de legislações, com 10 normativas cada um. O desenho do gráfico mostra claramente o peso nessa produção na primeira década, onde se procurou regular boa parte das questões sobre a política de saúde mental, álcool e outras drogas. Também mostra-se coerente a retração nessa produção quantitativa no número de normas na segunda década, tendo em vista que os pontos principais da política já haviam sido tratados.

Interessante notar que dados apresentados pelo Ministério da Saúde mostram que em 2014, último ano em que foi efetuado esse levantamento pelo MS, havia 85 CAPS III e mais 69 CAPSad III (BRASIL, 2015b), modalidade que começa a surgir em 2011, a partir da Portaria MS/GM nº 3.089. O que se observa nesse início do século XXI é que as políticas públicas voltadas para a questão do álcool e das drogas vão se ampliando no escopo das ações de saúde mental e ganhando legitimidade, muito embora esse processo ainda esteja em curso.

Nardi e Rigoni (2005) discutem que a política de drogas, no Brasil, vem sendo conduzida por diversas instâncias: a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), diferentes Ministérios (Justiça, Saúde e Educação), Conselhos Estaduais de Entorpecentes (CONENs), Conselhos Municipais de Entorpecentes (COMENs). Segundo os autores, tal diversidade está refletida na legislação e nas políticas, que possuem orientações que muitas vezes seguem lógicas distintas. De um lado, preocupando-se com a redução da demanda e a oferta de drogas, e, do outro, pensando em intervenções preventivas, como a redução de danos. Nesse ínterim, chamam atenção duas políticas diversas sobre a mesma questão, e praticamente elaboradas de forma concomitante, entre 2002 e 2005: a primeira a cargo do SENAD, que é a Política Nacional sobre Drogas; e a segunda, a cargo do Ministério da Saúde, que é a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Segundo Alves (2009) e Wandekoken e Dalbello-Araujo (2015), a Política Nacional sobre Drogas e a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas (PAIUAD) divergem em alguns aspectos. Wandekoken e Dalbello-Araujo (2015) consideram que a PAIUAD foi embasada nos debates sobre as mudanças no modelo de atenção à saúde, indo contra as ideias repressivas e proibicionistas. Já na Política Nacional sobre Drogas, de acordo com Alves (2009), prevalece o convívio entre as diferentes formas de atenção à saúde no atendimento ao usuário. Portanto, há

uma conjugação entre as diversas formas de tratamento, como as propostas das comunidades terapêuticas, dos grupos de auto-ajuda, concomitantemente às propostas de redução de danos. Já a política do Ministério da Saúde, por sua imbricação com as Políticas de Saúde Mental, a partir da Reforma Psiquiátrica, refuta o modelo de atenção baseado em internações psiquiátricas e em comunidades terapêuticas, entendendo que a abstinência não deve ser a única meta a ser alcançada enquanto mecanismo de tratamento.

No ano de 2006, foi promulgada a Lei nº 11.343, que trouxe alguns avanços como o incremento de princípios e diretrizes similares aos do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental, no que tange às ações de atenção. Além disso, destaca-se a exclusão da pena de prisão para usuários de drogas, possibilitando uma aproximação com a saúde pública (BRASIL, 2010).

Para Pinto, Oliveira e Duarte (2015), trata-se de um marco, no âmbito político da temática de drogas, pois a nova lei elabora propostas de inclusão social. Porém, o juiz, enquanto operador do direito, ao determinar se a substância é para uso pessoal ou não, deve levar em consideração “[...] a natureza das circunstâncias e a quantidade da substância psicoativa apreendida. Também deve levar em conta o local e as condições da apreensão, pessoais e sociais, a conduta e os antecedentes do autor do ato infracional” (PINTO; OLIVEIRA; DUARTE, 2015, p. 967). É nesse ponto que a nova legislação recebe críticas, ao considerar que os critérios de distinção entre usuário e traficante são pouco objetivos. Segundo Tafarello (2015), para prevenir injustiças, é necessário que o aplicador da norma seja cauteloso ao enquadrar legalmente um determinado comportamento humano relacionado ao porte de drogas.-

Alves (2009) endossa a ideia de que, se de um lado há um reforço nas atividades repressivas ligadas à produção não autorizada e ao tráfico de drogas, por meio do estabelecimento de novos crimes correlatos e crescimento das penalidades, de outro lado, a distinção de usuário de drogas é vista de forma mais extensa, sendo previstas penas alternativas no caso de porte para uso pessoal, atenção à saúde, medidas preventivas e reinserção social. No entanto, Wandekoken e Dalbello-Araujo (2015) defendem a ideia de que ainda se pode perceber, pela legislação, um forte teor repressivo, no que se refere à produção não autorizada de drogas e ao tráfico ilícito. Nessa mesma linha, Chimenti (2015) argumenta que a nova lei não descriminaliza e tampouco despenaliza a posse ilegal de drogas para uso próprio, mas estabelece novas formas de penalização.

Após a mudança na lei brasileira sobre drogas, em 2007 foi elaborada uma nova política pela SENAD, entendendo o consumo de álcool como um problema de saúde pública. É necessário rememorar, aqui, algumas discussões que envolvem essa temática. Ferreira (2011) ressalta que, embora definido pelas ciências biomédicas como um problema de saúde pública, estudos na área das ciências sociais (AMORIM; ARAUJO, 2016) apontam que o contexto socio-cultural e as experiências vividas trazem a esse consumo múltiplas facetas, adquirindo configurações particulares nos diferentes tipos de sociedade. Em meio a essas discussões, no ano de 2008 foi sancionada a Lei nº 11.705, conhecida popularmente como “Lei Seca”, que busca coibir o consumo de bebida alcoólica por condutores de veículos.

Pode-se perceber que a preocupação com a elaboração de políticas públicas voltadas para a questão do uso de álcool e outras drogas cresce nesse início do século XXI, muito em função do reconhecimento do Ministério da Saúde pelo atraso no desenvolvimento dessas políticas³ e também pelo “destaque no panorama político-midiático brasileiro” (GARCIA, 2016), atraindo a atenção da sociedade. Nesse último caso, como aponta Garcia (2016), foi o crack a droga que teve maior destaque, tornando-se o centro das discussões. Taniele Rui (2014, p. 362) argumenta que as narrativas desenvolvidas em torno do crack, frente ao que ela chama de “pânico moral” instaurado, enfatizam quase sempre a “falta, a miséria humana, a alienação com o entorno, o *reino dos zumbis*, a ausência estatal, o exótico, o feio, aquilo que se deve evitar”. A autora destaca que é notável o crescimento de uma abordagem prática e discursiva sobre a redução de danos e sua estruturação, especialmente nos CAPSAd e no fortalecimento das equipes de consultório de rua, tanto que em 2009 foi criada a Portaria nº 1.190, que instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras drogas no SUS (PEAD 2009-2010).

Em sequência, no ano de 2010, foi criado, pelo Decreto nº 7.179, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, sendo considerado o marco legal do programa “*Crack, é Possível Vencer*”. Interessante notar que, além dos compromissos estabelecidos com a rede de atenção à saúde e assistência social, uma das metas que aparecem no documento diz respeito a uma integração das forças de segurança pública, equipadas para a repressão aos traficantes e combate ao tráfico nas três esferas do governo (BRASIL, 2012). Essa última meta parece denotar uma ideia vinculada à questão da proibição e

repressão, enquanto esforço para tratamento e reinserção do usuário de crack, por meio dos mecanismos de assistência social e redes de atenção à saúde.

Segundo Santos e Yasui (2016), a partir do Plano Crack, recursos financeiros foram destinados ao Ministério da Saúde, ao Ministério do Desenvolvimento Social, ao Gabinete de Segurança Institucional e ao Ministério da Justiça, sendo um programa constituído com base na articulação de diversas outras políticas, como as de saúde, assistência social, educação, desporto, dentre outras, e alinhado à Política Nacional sobre drogas, da SENAD. Com o programa, ações estabelecidas pelo PEAD foram potencializadas, resultando na criação de dispositivos de saúde, dentre eles 69 unidades de CAPSad III (24 horas). Mesmo diante dos investimentos do governo, Wandekoken e Dalbello-Araujo (2015) ressaltam que exigir medidas de repressão reforça o pânico criado sobre o crack. O ideário de “guerra às drogas” coloca a substância como uma ameaça à vida em sociedade. Desse modo, acaba por indicar a forma como as pessoas devem viver, deixando em segundo plano a liberdade de escolha e o direito de ir e vir do cidadão.

Ao final de 2011, por meio da Portaria nº 3.088, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), do Ministério da Saúde, buscando promover uma articulação dos serviços frente à temática da saúde mental e do uso de álcool e outras drogas. A referida portaria busca considerar a autonomia das pessoas e o respeito aos direitos humanos, valorizando a redução de danos e buscando combater visões estereotipadas e estigmatizadas (WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAÚJO, 2015). Nos anos seguintes a essa portaria, não surgiram muitas outras legislações, pelo menos não se pensarmos os primeiros anos do século XXI, momento em que houve exponencial aumento das regras, como pôde ser observado no gráfico 1. Fato possivelmente justificado pela recente promulgação da Lei nº 10.216, que trouxe a necessidade de documentos que pudessem regulamentar o novo modelo de atenção em saúde mental.

As normas que surgem dos anos de 2012 a 2017 são, em grande medida, para regulamentar incentivos financeiros dedicados a Serviços Hospitalares de Referência e Residenciais Terapêuticos. Um ponto importante a ser abordado é que, se no primeiro ano do século XXI ainda era clara a transição no sentido de se pensar a questão do uso de álcool e outras drogas como uma questão de saúde mental, 13 anos depois tem-se uma expressiva mudança nesse sentido. Isso significa dizer que, como apontado por Vargas e Campos (2017), embora

durante todo o século XX a temática do uso de drogas tenha transitado entre a patologização e a repressão, ficando seu debate especialmente à contenda da psiquiatria ou segurança pública, após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, há uma guinada nesse sentido. Após o ano de 2002, as legislações voltadas à saúde mental começam a ser acompanhadas pela expressão “álcool e outras drogas”, ou seja, “saúde mental, álcool e outras drogas”, e o Ministério da Saúde assume o cuidado a essas pessoas.

Interessante notar que, após o ano de 2010, há mais uma mudança nesse sentido: o termo “crack” passa a acompanhar as palavras “álcool e outras drogas”. Depois desse ano, e, principalmente, do “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”, as legislações passam a vir acompanhadas da palavra, indicando, duplamente, um esforço de se pensar políticas públicas intersetoriais voltadas para a questão, e o pânico social muitas vezes construído e reforçado por meios de comunicação (ROMANINI; ROSO, 2012).

Vemos, então, que, nos 17 primeiros anos do século XXI, há um intenso desenvolvimento das políticas públicas de saúde mental, com a temática do uso de álcool e outras drogas ganhando espaço nessa arena. A crescente incorporação de legislações acaba por regulamentar e instituir esse espaço, dando visibilidade ao debate na esfera pública.

Considerações finais

O panorama dos 17 primeiros anos do século XXI, em termos de produção normativa sobre políticas públicas de álcool e outras drogas, é frutífero, amplo e complexo. Frutífero, pois o surgimento de novas regras acaba por orientar debates que são construídos academicamente e sustentar as ideias defendidas por movimentos de luta que integram a perspectiva antimanicomial; amplo, pois é significativo o crescimento das normas que orientam a execução das mudanças propostas a partir da Reforma Psiquiátrica, visto que, como ressaltado por Vargas e Campos (2017), durante todo o século XX houve 33 legislações para nortear as práticas, e somente nesse período inicial do século XXI foram editadas 92; e complexo, pois a dificuldade de acesso aos inúmeros textos e a heterogeneidade de seu conteúdo tornam a execução cotidiana difícil ou distante do que de fato é instituído pela política pública, como discute Vargas (2017).

Reforça-se a importância do debate em torno dos modelos de atenção à saúde para pensarmos o desenvolvimento dessa política pública. O desdobramento das regras não se dá isoladamente a uma perspectiva histórico-social e política, muito pelo contrário; esse desenrolar normativo acontece justamente como resultado de forças sociais, políticas e ideológicas que orientam e marcam a visão de um povo em um determinado período. Face a isso, vê-se uma pendularidade das regras, que transita entre a patologização e a criminalização (SANTOUCY; CONCEIÇÃO; SUDBRACK, 2010) e a redução de danos e cuidado no território (VARGAS; CAMPOS, 2017).

Por fim, tem-se que tal perspectiva pode ser claramente notada, pois mesmo diante dos avanços ocorridos durante as décadas iniciais do século XXI no desenvolvimento das políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas, como se quis evidenciar neste capítulo, ao final do ano de 2017 uma nova perspectiva aparece, ou mesmo, é imposta sem debates, como alertam pesquisadores, entidades políticas e instituições ligadas ao campo da Saúde (ABRASCO, 2017). Trata-se da Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, deliberada a partir de uma reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e que propõe novas diretrizes para a política de saúde mental do Ministério da Saúde. Instituições como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e pesquisadores importantes da área posicionaram-se publicamente contrários às medidas, o que reforça o argumento anterior. Tais ações poderiam indicar algum retrocesso à Reforma Psiquiátrica e ao modelo de atenção já amplamente discutido e regulamentado pelas legislações aqui apresentadas nesse início de século XXI.

Referências

- ABRASCO. **Retrocesso na Saúde Mental**: CIT aprova novas diretrizes da CGMAD/MS. 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/retrocesso-na-saude-mental-cit-aprova-novas-diretrizes-da-cgmad-ms/32530>. Acesso em: 30 jan. 2018.
- ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009.
- AMORIM, Roseane; ARAUJO, Jaileila Menezes. Os significados do uso de álcool entre jovens quilombolas. **Rev. latinoam. cienc. soc. niñez juv**, Manizales, v. 14, n. 1, p. 493-504, jan. 2016.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004. 5. ed. amp. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010**. Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. 257 p. Brasília, Ministério da Saúde. 2010.
- BRASIL. **Crack, é possível vencer. Enfrentar o crack. Compromisso de todos**. Documento do Governo Federal. 2012. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/imagens/pdf/2015/marco/10/Programa-Crack-----poss--vel-vencer--2012-.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2018.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas**. 2. ed. 452 p. Brasília, Ministério da Justiça. 2015a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, ano 10, n. 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015b.
- CHIMENTI, Ricardo Cunha. O aprimoramento do poder judiciário em relação ao uso de drogas. *In*: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas**. 2. ed. 452 p. Brasília, Ministério da Justiça. 2015.
- FERREIRA, Luciane Ouriques. Nosso remédio é a palavra: uma etnografia sobre o modelo terapêutico de alcoólicos anônimos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 195-197, Jan. 2011.
- FONSECA, Elize Massard da *et al.* Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 761-770, abr. 2006.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Rio de Janeiro: Vozes; 2009.
- GARCIA, Leon. Apresentação Senad/MJ. *In*: SOUZA, Jessé (Org.). **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 360 p. 2016.
- LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. Álcool e outras drogas como um desafio para a saúde e as políticas intersetoriais. *In*: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **Hist. cienc. saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, set. 2007.
- MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.
- NARDI, Henrique Caetano; RIGONI, Rafaela de Quadros. Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. **Psicol. Estud.**, 10:165-73, 2005.
- ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, mai. 2006.

- PICCOLO, Fernanda Delvalhas; KNAUTH, Daniela Riva. Uso de drogas e sexualidade em tempos de AIDS e redução de danos. **Horiz. antropol.** Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 127-145, jun. 2002.
- PINTO, Leila de Oliveira; OLIVEIRA, Daniele Jesus de; DUARTE, Fabia Maria Ribeiro. Grupo Informativo: estratégia de redução de danos para pessoas apreendidas por consumo/porte de drogas ilícitas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 965-973, 2015.
- ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação?. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n. 1, p. 82-97, 2012.
- RUI, Taniele. **Nas tramas do crack: etnografia da abjeção**. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.
- SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. 1(1):1-15, 2009.
- SANTOS, Clayton Ezequiel; YASUI, Silvio. Muito Além do Caps AD: o cuidado no território e na vida. In: SOUZA, Ândrea Cardoso de; *et al* (Org.). **Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. 381 p.
- SANTOUCY, Luiza Barros; CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo; SUDBRACK, Maria Fátima Olivier. A compreensão dos operadores de direito do Distrito Federal sobre o usuário de drogas na vigência da nova lei. **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 176-185, abr. 2010.
- TAFARELLO, Rogério Fernando. Consumo de drogas, crime e penas: uma análise à luz do princípio da legalidade. In: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas**. 2. ed. 452p. Brasília, Ministério da Justiça. 2015.
- TRAD, Sérgio do Nascimento Silva. **A trajetória da prevenção às drogas no Brasil: do proibicionismo à redução de danos e seus reflexos nas políticas locais**. Tese (Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social Programa de doctorat d'Antropologia de la Medicina), Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2010.
- VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto; CAMPOS, Mauro Macedo. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. **Cien. Saúde Colet.** 2017. Disponível em: <http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/a-trajetoria-das-politicas-de-saude-mental-e-de-alcool-e-outras-drogas-no-seculo-xx/16246?id=16246>. Acesso em: 30 jan. 2018.
- VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto. **“O álcool, a droga e a doença”: a atuação profissional em saúde mental a partir da regra e das burocracias de nível de rua** [Tese]. Rio de Janeiro: Centro de Ciências do Homem – UENF, 2017.
- WANDEKOKEN, Kallen Dettmann; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e as Políticas Públicas: que caminho seguir?. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 157-175, 2015.

8

Segurança alimentar e nutricional no Brasil: uma (re) construção apoiada por políticas públicas e pela agroecologia

Regina Rodrigues de Oliveira
Hidelano Delanusse Theodoro
Melissa Luciana de Araújo

Considerações iniciais

Em nível mundial, os debates acerca da segurança alimentar surgiram pela primeira vez na Idade Média e se fortaleceram na Europa a partir da Primeira Guerra Mundial (1914-1918). Inicialmente, a compreensão sobre segurança alimentar se restringia à preocupação com a necessidade de promover o aumento da disponibilidade de alimentos com vistas a preservar a própria segurança nacional (ARAÚJO, 2016). A partir da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) e, em especial, a partir da constituição da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, apareceram as arenas de disputa em torno do

que seria segurança alimentar. Por um lado, organizações que compreendiam o alimento como direito humano, garantido pelo Estado, e, por outro lado, instituições que afirmavam que a segurança alimentar seria garantida por mecanismos de mercado (ARAÚJO, 2016).

No Brasil, a primeira posição prevaleceu na Constituição Federal de 1988, via os seus artigos 6º, 7º, 208 e 227 (BRASIL, 2017). Nela, a alimentação adequada foi reconhecida como direito fundamental inerente à dignidade do ser humano e indispensável à realização dos direitos consagrados. Cabe ao poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) da população. A partir da atual Constituição Federal, iniciou-se um processo de construção do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), contando com a participação de diversos atores, tanto da sociedade civil quanto de representantes do Estado. Ao governo, principalmente em nível federal, coube o papel principal de institucionalizar o arcabouço legal da SAN (CASTRO, 2019; BRASIL, 2014a; LEÃO; MALUF, 2012).

Apesar de avanços, ainda continuam existindo casos de insegurança alimentar (IA), no Brasil, em especial no meio rural. Em 2009, a Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio (PNAD) mostrou que a população rural teve uma significativa melhora em seu perfil nutricional, embora proporcionalmente, o meio rural continua apresentando maior insegurança alimentar (35,1%). A melhoria é em relação a 2004, quando a PNAD (BRASIL, 2014b) apontou um maior grau de insegurança alimentar entre os domicílios rurais (43,6%) quando comparado com os urbanos (33,3%).

Essa aparente contradição, pois quem produz alimento não deveria ter insegurança alimentar, é atribuída, pela PNAD, à pobreza, relacionada, em especial, ao nível de renda, não abordando, pois, outros aspectos relacionados à insegurança alimentar como a posse da terra, os sistemas produtivos e as práticas alimentares. A questão da posse e do acesso à terra, *per si*, é um determinante histórico da pobreza rural no Brasil (OLIVEIRA, 2013; LEÃO; MALUF, 2012). Outros determinantes são as tecnologias da Revolução Verde, que alteraram sobremaneira os manejos agrícolas e propagaram novos monocultivos, dependentes de insumos industrializados como os agrotóxicos (FAO, 2017). Ao contrário da Revolução Verde, a Agroecologia apresenta os princípios necessários para a produção de alimentos de forma mais sustentável (FAO, 2017; GLIESSMAN, 2015).

Após anos de declínio prolongado, a prevalência de IA no Brasil e no mundo, encontrada por investigações similares aos da PNAD, parece estar em ascendência (FAO, 2017). O seu aumento pode ser atribuído a diferentes questões, como o maior número de conflitos, avanço de governos conservadores, eventos de desaceleração econômica, que podem comprometer o acesso aos alimentos, principalmente em populações residentes em áreas de desvantagem socioeconômica (FAO, 2017). Todas essas condicionantes sistêmicas dizem respeito ao cenário excludente atual presente em várias partes do país e do mundo e que demandam novas formas de incorporação de políticas públicas de infraestrutura, com organismos intermediários de maior contato com as necessidades das populações locais (FAO, 2017).

Este capítulo apresenta como objetivo central apresentar a importância da sociedade civil, em especial dos movimentos sociais, na construção do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional ocorrido no Brasil no âmbito da soberania alimentar.

Material e métodos

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura visando disponibilizar uma síntese das evidências relacionadas à temática, por meio da busca, análise e integração da informação selecionada. Foram utilizados artigos publicados e indexados nas bases de dados: PUBMED (*PublicMedline or Publisher Mediline*) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Leis federais e estaduais de interesse da temática, dissertações e teses.

Inicialmente, foi realizada a leitura dos títulos e resumos (*abstracts*) para identificação daqueles que se enquadrariam dentro dos critérios estabelecidos para esta revisão. Foram incluídos estudos publicados nos últimos cinco anos e os de relevância em anos anteriores. Foram utilizados os seguintes descritores: Segurança alimentar e nutricional. Soberania Alimentar. Agroecologia e Políticas Públicas.

Resultados e discussão

A importância da sociedade civil no processo de construção do sistema nacional de segurança alimentar e nutricional

No Brasil, os primeiros debates acerca da questão alimentar iniciaram-se na década de 1930, quando o médico e geógrafo Josué de Castro realizou o primeiro inquérito alimentar da população brasileira e caracterizou a fome como uma questão política (MACEDO *et al.*, 2009). Desde então, várias tentativas de superação da fome foram propostas pelo Estado; no entanto, quase todas com descontinuidades.

O termo Segurança Alimentar foi utilizado no Brasil pela primeira vez em 1985, quando o Ministério da Agricultura editou a proposta de Política Nacional de Segurança Alimentar. Esta política incluiu, como preocupação governamental, as necessidades nutricionais, sinalizando para uma possível distinção entre as políticas de abastecimento dos anos de 1970, que tratavam apenas da autossuficiência produtiva nacional. Nesta proposta, mesmo abordando as necessidades nutricionais, o termo utilizado ainda foi Segurança Alimentar. Já naquela época, o governo federal tentou construir um Conselho Nacional de Segurança Alimentar sob a presidência do presidente da República, que contava com a participação de ministros de Estado e representantes de sindicatos patronais e de trabalhadores. No entanto, esse Conselho não obteve êxito. Todavia, pode-se considerar esse Conselho como uma ação embrionária das articulações sociais sobre a SAN (OLIVEIRA, 2017).

Em 1991, como desdobramento das mobilizações ocorridas para a elaboração do Plano de Governo do então candidato à presidência do Brasil, Luiz Inácio Lula da Silva, os partidos com tendência de orientação mais popular e social instituíram a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da fome no Congresso Nacional e lançaram a proposta da Política Nacional de Segurança Alimentar, onde constava a criação de um Conselho Nacional de Segurança Alimentar, com ampla representação da sociedade civil (OLIVEIRA, 2017).

Em 1993, após fortes mobilizações em todo o país pela superação da fome e da insegurança alimentar, foi constituído o primeiro Conselho Nacional de Segurança alimentar (CONSEA), criado por meio do Decreto nº 807/1993. Coube ao CONSEA o papel de aconselhamento à presidência da República.

Este primeiro CONSEA foi composto por nove ministros e 21 representantes da sociedade civil, além da secretaria geral da presidência (OLIVEIRA, 2017). Uma das ações de grande destaque para a questão alimentar foi o movimento denominado “Ação da Cidadania Contra a Fome e a Miséria e pela Vida”, que, além das ações e discussões visando à superação da fome e da miséria, tinha um forte apelo pela ética na política.

Em 1994, o CONSEA realizou a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição. Naquele ano, o tema da conferência foi: “Fome: Uma Questão Nacional”. Nessa primeira conferência, participaram 1.800 delegados de todo o país, representando a sociedade civil e governos municipais, estaduais e federal. Após essa primeira conferência, a construção do que seria uma política de segurança alimentar ganhou nova envergadura e, como um resultado da conferência, foi apresentado ao presidente da república o Plano Nacional de Segurança Alimentar, elaborado com a participação de diferentes setores da sociedade civil.

Em 1995, com a eleição do presidente Fernando Henrique Cardoso, o CONSEA foi extinto. A extinção do CONSEA demonstrou fragilidades dos movimentos sociais para enfrentar a proposta do novo governo eleito (ARAÚJO, 2016). Em substituição ao CONSEA, o governo federal criou o Conselho do Programa Comunidade Solidária, órgão consultivo da presidência da República, vinculado à Casa Civil (OLIVEIRA, 2017; BRASIL, 2014c). Embora o programa Comunidade Solidária fosse, também, composto por igual número de representantes da sociedade civil, estes eram indicados e nomeados pelo governo.

Com a extinção do CONSEA, diversos setores da sociedade civil se mobilizaram. Como fruto dessa mobilização, foi criado o Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional, em 1998. O Fórum era constituído voluntariamente por organizações sociais, pesquisadores e técnicos governamentais. Além do Fórum Nacional, alguns estados criaram os Fóruns e os Conselhos Estaduais, como o caso de Minas Gerais. Este Estado foi o primeiro a criar o Conselho Estadual de Segurança Alimentar (CONSEA-MG), por meio do Decreto nº 40.324 /1999 e da Lei nº 15.982/2006, revogada, sendo atualmente a Lei nº 22.806/2017, legislações pioneiras no Brasil (MINAS GERAIS, 2017).

Ainda em 1999, como um indicativo de que o Governo Federal tinha preocupação com a temática da Segurança Alimentar, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. No entanto, essa política

não abordava importantes elementos de segurança alimentar e nutricional como a agricultura, a reforma agrária, o sistema de produção de alimentos, o acesso aos alimentos, dentre outros (NASCIMENTO, 2012).

Em 2003, com a nova proposta de política de bem-estar social do então presidente Luiz Inácio Lula da Silva (eleito pelo Partido dos Trabalhadores), o governo federal criou o Ministério Extraordinário de Combate à Fome (MESA), que teve, como ministro, o atual Presidente da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura - FAO, José Graziano da Silva. Fruto da ação desse ministério, o governo federal lançou o Programa Fome Zero, que instituiu várias ações de combate à insegurança alimentar no país, dentre elas o programa de transferência de renda, denominado Bolsa Família (OLIVEIRA, 2017).

Ainda em 2003, o CONSEA nacional foi novamente reconstituído por meio do Decreto nº 4.582. Em maio de 2003, o CONSEA nacional institucionalizou-se pela Lei nº 10.683/2003 (BRASIL, 2003). Nessa nova formatação, o CONSEA passou a ser um órgão vinculado ao gabinete da presidência da República e a participação da sociedade civil foi ampliada. Em 2003, o CONSEA era composto por 59 conselheiros, sendo 17 ministros de Estado e 42 representantes da sociedade civil, sob a presidência da sociedade civil, escolhido sem interferência do Estado. A Lei conferiu ao CONSEA a competência de propor e pronunciar-se sobre as diretrizes, os projetos e as ações prioritárias para a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (OLIVEIRA, 2017; NASCIMENTO, 2012).

Em 2004, dez anos após a realização da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, foi realizada a II Conferência Nacional, em que o tema proposto mostrou a preocupação da sociedade civil para com a necessidade de construção de um sistema que articulasse todas as ações governamentais e da sociedade em geral. Dessa forma, o tema proposto foi: “A construção da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional”. Diferentemente da I, a II Conferência contou com a participação e o apoio do governo federal, que compreendia que aquele espaço era de extrema relevância para a construção das políticas públicas de SAN (NASCIMENTO, 2012).

Ainda em 2004, o MESA foi extinto em decorrência das ações do Fórum Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, que sinalizaram que a SAN era resultado de diversas políticas públicas e não podia, portanto, ficar restrita

a um ministério que cuidasse estritamente da temática. Com isso, para substituir o MESA, foi criado o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (NASCIMENTO, 2012), com funções de articular várias políticas de combate à fome e que teve à sua frente o Ministro Patrus Ananias, ex-prefeito da cidade de Belo Horizonte - MG.

Em 2006, aprovou-se a Lei (nº 11.346) Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), na qual se criou o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), que define, em seu artigo 3º:

A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

Ainda como avanço da construção de políticas públicas de segurança alimentar, em 2010, foi promulgada, pelo Congresso Nacional, a Proposta de Emenda Constitucional nº 047/2003, que inclui o direito humano à alimentação entre os direitos sociais da Constituição brasileira. Com o nome “Emenda Constitucional 64, de 2010”, a aprovação alterou o Artigo 6º da Constituição ao introduzir a alimentação como direito social.

A aprovação da Emenda Constitucional regulamentou no Brasil um direito já reconhecido pela Comissão de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas – ONU, em 1993; e estabeleceu um novo estágio para a alimentação como direito humano fundamental, uma vez que o Estado passa a se responsabilizar em grau maior pela produção, comercialização e abastecimento de alimentos, com a utilização sustentável dos recursos naturais, a promoção de práticas de boa alimentação, a distribuição de água e alimentos em situações de crise e a garantia da qualidade biológica e nutricional dos gêneros alimentícios.

Com o recente avanço dos governos neoliberais, por meio da Medida Provisória nº 870 (MP 870) (BRASIL, 2019), em seu primeiro dia de governo, o presidente Jair Bolsonaro, extingue o CONSEA. Essa medida fragiliza

sobremaneira o funcionamento do SISAN e compromete processos de garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada em todas as esferas de governo (CASTRO, 2019).

Dessa forma, a definição da segurança alimentar e nutricional no Brasil é resultado de uma construção com avanços e retrocessos, após ampla mobilização da sociedade civil, principalmente por meio dos Fóruns e Conselhos de Segurança Alimentar e com a eleição de um governo comprometido com a eliminação da fome no país.

Entretanto, além dos aspectos legais e da trajetória do processo de construção do SISAN, deve-se considerar que, apesar da existência de um aparato legal para sua implementação, a segurança alimentar e nutricional é uma arena de disputa para onde convergem diferentes interesses e concepções do que seria alimentação de qualidade (AMARAL; BASSO, 2016).

Soberania alimentar e agroecologia

As formas de acesso e controle da terra relacionam-se fortemente com a temática de SAN e a autonomia na produção de alimentos. Quem controla o uso da terra, controla as formas de produção do alimento. No caso do Brasil, com uma expressiva concentração da terra, muitas famílias agricultoras não possuem acesso à terra e muitas, ainda, mesmo com acesso a ela, não têm autonomia sobre o que produzir, portanto, nem sempre podem produzir seus próprios alimentos (AMARAL; BASSO, 2016; OLIVEIRA, 2013). Muitos agricultores, submetidos a uma lógica empresarial e/ou a um modelo de monocultura, também não têm a autonomia da produção de alimentos. Ao relacionar o conceito de SAN com autonomia, estabelece-se, então, a conexão com a soberania alimentar.

Por soberania alimentar entende-se o direito do cidadão ou da coletividade de decidir sobre a produção e o consumo de alimentos (CONSEA, 2004). Esse conceito remete, portanto, ao direito dos povos de decidir sobre sua política agrária e alimentar, incorporando ainda as dimensões econômicas, sociais, políticas, culturais e ambientais (BRANDEMBURG *et al.*, 2016). Essas dimensões estão diretamente relacionadas ao conceito de segurança alimentar e nutricional, quer na produção dos alimentos, quer na oferta e no consumo desses.

No Brasil, a criação do Comitê Internacional de Planejamento da Sociedade Civil pela Soberania Alimentar – CIP foi um importante instrumento de luta pela soberania alimentar. Esse comitê é composto por representantes de movimentos sociais, de sindicatos e de organizações da sociedade civil ligados às agriculturas camponesa, indígena e de pescadores, e tem como reivindicação básica a soberania dos povos para determinar e definir suas próprias políticas alimentares, garantindo, assim, o direito humano à alimentação adequada. Seu papel tem sido acompanhar os debates internacionais no âmbito da Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (MADELEY, 2003).

A falta de soberania na produção de alimentos, devido, entre outros fatores, à falta da posse da terra, pode ser apontada como um importante determinante da insegurança alimentar e nutricional no meio rural (NIEDERLE; FIALHO; CONTERATO, 2014). No entanto, o Brasil permanece como um dos poucos países em que a reforma agrária ainda não foi realizada e a concentração de terra é a segunda mais alta do mundo. Os estabelecimentos com menos de dez hectares de terra, embora sejam a maioria (47%), detêm apenas 2,7% das terras tituladas. Na outra ponta do espectro fundiário, os estabelecimentos com área acima de mil hectares ocupam 43% das terras, porém essas terras estão concentradas nas mãos de apenas 0,91% dos proprietários (NIEDERLE; FIALHO; CONTERATO, 2014; LEITE; ÁVILA, 2007).

Diante desse quadro, torna-se urgente a compreensão de que a sustentabilidade do sistema agroalimentar é imprescindível para a segurança alimentar e nutricional, pois esta depende não apenas da existência de um sistema que garanta momentaneamente a produção, a distribuição e o consumo de alimentos em quantidade e qualidade adequadas, mas que também não venha a comprometer a capacidade futura de produção, distribuição e consumo de alimentos (BRANDEMBURG *et al.*, 2016).

A produção sustentável dos alimentos aproxima-se da perspectiva de produção agroecológica, pois é a agroecologia que apresenta os princípios necessários para a produção de alimentos com qualidade nutricional, em quantidade suficiente e de forma sustentável (GLIESSMAN, 2015).

Embora não esteja escrito no artigo que criou o SISAN (Lei nº 11.346), é a Agroecologia, e não o estilo de agricultura implantado utilizando as tecnologias da Revolução Verde, que propõe a valorização da agricultura tradicional e familiar, a conservação da biodiversidade e a utilização sustentável

dos recursos naturais, o respeito à diversidade étnica, racial e cultural da população, a valorização dos saberes das pessoas do campo e o respeito às múltiplas características culturais do país. Durante a III Conferência Nacional de Segurança Alimentar, os delegados afirmaram claramente sobre a relação entre a SAN e a agroecologia, quando incluíram, como requisito para a construção de políticas públicas, a estruturação de sistemas justos, de base agroecológica e sustentáveis de produção, extração, processamento e distribuição de alimentos (BRASIL, 2007).

A questão da alimentação adequada inclui concepções ideológicas e culturais inseridas em determinado tempo-espaço (BRASIL, 2014c). Tanto a SAN quanto a agroecologia tratam não só da qualidade alimentar, mas também das formas de apropriação da terra, dos sistemas de produção e manejos dos agroecossistemas, do processamento, da circulação e do consumo alimentar (RIBEIRO *et al.*, 2017; LIMA, 2017).

Em geral, tanto o consumo praticado pelas populações mais carentes economicamente, quanto aquele praticado por setores da sociedade com maior poder aquisitivo apresentam, na atualidade, um padrão alimentar nocivo à saúde e insustentável ambientalmente. Nesse sentido, para que todos possam ter direito a uma alimentação adequada, é preciso a conservação da biodiversidade, práticas agroecológicas, engajamento comunitário, incentivo político, recurso financeiro e integração entre diversas áreas do conhecimento científico (ARAÚJO *et al.*, 2018; ARAÚJO, 2016).

Já na década de 1940, Josué de Castro afirmava que a superexploração dos recursos naturais seria a responsável para, em longo prazo, gerar a fome e a desnutrição. Para esse autor, no Nordeste, a monocultura intempestiva se impôs,

[...] destruindo quase que inteiramente o revestimento vivo, vegetal e animal da região, subvertendo por completo o equilíbrio ecológico da paisagem e entrestando todas as tentativas de certas plantas alimentares do lugar, degradando ao máximo, desse modo, os recursos naturais alimentares da região (CASTRO, 2001, p. 97).

As políticas agrícolas dominantes, desde o começo da modernização agrícola, favoreceram principalmente às grandes propriedades, à produção

especializada, à monocultura e à mecanização. E para atender às exigências colocadas por essa modernização, a agricultura passou a incorporar enormes quantidades de produtos químicos e de técnicas para alcançar uma maior produtividade, ignorando os princípios ecológicos presentes nos agroecossistemas (GLIESSMAN, 2015).

Uma das consequências dessa modernização agrícola foi o esvaziamento do campo (CASTRO, 2001), promovendo a exclusão de parcelas significativas dos seus moradores, principalmente os agricultores descapitalizados, uma vez que estes não atendiam às exigências apregoadas pelo novo modelo, a saber: produção em grande escala e padronizada, incorporação e uso intensivo de insumos e tecnologias, integração aos sistemas agroindustriais tradicionais de *commodities*, especialização em cadeias produtivas, acesso às fontes de subsídios financeiros, disponibilidade de recursos naturais, entre outros (NIEDERLE; FIALHO; CONTERATO, 2014). Essa modernização enfraqueceu a capacidade dos agricultores de enfrentar as diversidades impostas pela natureza, conseqüentemente, fragilizando seus sistemas produtivos e provocando insegurança alimentar e nutricional, afetando drasticamente o poder de escolha sobre o que plantar e o que comer.

Nesses parâmetros, a perspectiva de produzir de forma sustentável não é apenas uma escolha política, é estratégia viável de se garantir alimentos para as futuras gerações. Além disso, no momento em que problemas financeiros surgem no bojo da esfera doméstica, o alimento é um dos itens a ser sacrificado. Ocorre, também, a substituição de alimentos tradicionais por outros que passam a fazer parte de novos hábitos alimentares, mas que não oferecem o mesmo valor nutricional (RIBEIRO *et al.*, 2017; OLIVEIRA, 2013).

Os hábitos alimentares, tanto urbanos quanto rurais, passam por um processo de contínua homogeneização decorrente, também, da modernização da agricultura, na medida em que alguns alimentos, adquiridos nos mercados externos, começaram a integrar o cotidiano doméstico, desconsiderando, portanto, as diferenças de cada lugar (BRANDEMBURG *et al.*, 2016; OLIVEIRA, 2013). Essas alterações do consumo alimentar, provenientes das mudanças provocadas nas mais diferentes paisagens, delineiam determinados hábitos alimentares, isso ajuda a entender, pelo menos em parte, porque é no meio rural que se encontram os maiores problemas de insegurança alimentar.

Um dos grandes desafios da humanidade é como garantir a todos, sem distinção, condições de acesso a alimentos de qualidade, permanentemente e em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais e respeitando a soberania alimentar (OLIVEIRA, 2017).

Considerações finais

Para que a soberania alimentar e a segurança alimentar e nutricional sejam alcançadas, é de suma importância a posse da terra, o que garante autonomia para manejos agrícolas mais sustentáveis. A posse e o acesso à terra, enquanto local para produzir e viver, é condição essencial para a autonomia nas tomadas de decisão, o que interfere diretamente na produção de alimentos em quantidade e com qualidade, necessários para se ter saúde e qualidade de vida.

A transição agroecológica é fundamental para a soberania, e a segurança alimentar e nutricional, conseqüentemente, para a promoção da saúde. O consumo de alimentos produzidos localmente é garantia de mais soberania; contribui para cadeias curtas de comercialização e melhoria da economia local; incentiva a diversificação do consumo de alimentos frescos e cultivados de forma segura e livres de agrotóxicos e insumos químicos.

O conhecimento agroecológico tem contribuído para a recuperação de práticas alimentares perdidas ao longo dos anos. A reflexão promovida pelos espaços agroecológicos possibilitou a ressignificação do que seria alimento e comida, além de incentivar o consumo de alimentos regionais e a preservação da cultura alimentar de diferentes regiões, como orientado no atual guia alimentar para a população brasileira.

A formação agroecológica, somada às políticas públicas de incentivo à produção de alimentos isentos de insumos e agrotóxicos e às políticas públicas de saúde, podem modificar modos de produção e de consumo de alimentos. Para além, a agroecologia tem grande potencial de contribuir para a redução da fome e da insegurança alimentar. A opção por uma alimentação mais saudável não ocorre de forma espontânea ou baseada apenas em práticas populares, existe a necessidade de uma (re)construção apoiada pela agroecologia, por políticas públicas e pela articulação entre o conhecimento tradicional e o conhecimento científico.

Referências

- AMARAL, V. R.; BASSO, D. **Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: uma análise em perspectiva histórica**. COLÓQUIO – Revista Interdisciplinar do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Faccat (Taquara – RS). V. 13, n. 1, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://seer.faccat.br/index.php/coloquio>. Acesso em: 14 mai. 2019.
- ARAÚJO, M. L. de. **Repercussão da segurança alimentar e nutricional sobre o consumo de frutas e hortaliças**. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <https://goo.gl/nyCvAP>. Acesso em: 13 maio 2019.
- ARAÚJO, M. L. de *et al.* Association between food insecurity and food intake. **Nutrition**, v. 54, p. 54-59, 2018.
- BRANDEMBURG, A.; BEZERRA, I.; GIORDANI, R. C. F. Soberania Alimentar, Desenvolvimento Territorial e Sustentabilidade: Olhares e Contextos. Guaju – **Revista Brasileira de Desenvolvimento Territorial Sustentável**. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável (PPGDTS/UFPR). Matinhos – Paraná, v. 2, n. 1, p. 2-13, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/guaju/article/view/49008>. Acesso em: 14 mai. 2019.
- BRASIL. **Lei nº 10.683/2003, de 28 de maio de 2003**. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.683.htm. Acesso em: 11 maio 2019.
- BRASIL. **Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Documento de referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília: CONSEA, 2004.
- BRASIL. **Lei nº 11.346/2006, de 16 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) com vistas em assegurar o direito humano à alimentação e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm. Acesso em: 01 maio 2019.
- BRASIL. **Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Documento de referência da III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília: CONSEA, 2007.
- BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **O Estado de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil. Um retrato multidimensional**. Relatório 2014. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2014a. 90 p.
- BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios: Segurança Alimentar 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2014b. 134 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2 ed., 2014c. 156 p.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** [recurso eletrônico]. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2017.
- BRASIL. **Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019**. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Diário Oficial da União 2019, 1º jan.

- CASTRO, I. R. R. de. A extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e a agenda de alimentação e nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, 2019.
- CASTRO, J. **Geografia da Fome**. 14. ed. Rio de Janeiro. Editora Civilização Brasileira, 2001.
- FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO). **The State of Food Security and Nutrition in the World 2017. Building resilience for peace and food security**. 2017. Disponível em: https://docs.wixstatic.com/ugd/e62f26_d89fc-237802844519cad721333aeee3d.pdf. Acesso em: 05 mai. 2019.
- GLIESSMAN, S. R. Agroecology: a global movement for food security and sovereignty. *In: Agroecology for Food Security and Nutrition Proceedings of the FAO International Symposium*, 18-19 de setembro de 2014, Roma, Itália. FAO, 2015, p. 1-13.
- LEÃO, M.; MALUF, R. S. J. **A construção social de um sistema público de Segurança Alimentar e Nutricional: a experiência brasileira**. Brasília, 2012. ABRANDH.
- LEITE, S. P.; ÁVILA, R. V. **Um futuro para o campo: reforma agrária e desenvolvimento social**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2007.
- LIMA, J. S. G. Segurança alimentar e nutricional: sistemas agroecológicos são a mudança que a intensificação ecológica não alcança. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 69, n. 2, p. 49-50, abr. 2017. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252017000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 mai. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602017000200015>.
- MACEDO, D. C. de; TEIXEIRA, E. M. B.; JERÔNIMO, M.; BARBOSA, O. A. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Revista Simbio-logias**, v. 12, n. 1, 2009.
- MADELEY, J. **O comércio da fome**. Tradução de Ricardo A. Rosenbusch. Petrópolis: Vozes, 2003.
- MINAS GERAIS. **Lei nº 22.806/2017, de 29 de dezembro de 2017**. Dispõe sobre a Política Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável – Pesans e organiza o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Sisan – no âmbito do Estado. Palácio Tiradentes, Belo Horizonte, 2017.
- NASCIMENTO, R. C. **O papel do Consea na construção da política e do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. 2012. Tese (Doutorado) – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2012.
- NIEDERLE, P. A.; FIALHO, M. A. V.; CONTERATO, M. A. A pesquisa sobre agricultura familiar no Brasil - aprendizagens, esquecimentos e novidades. **Rev. Econ. Social. Rural**. Brasília, v. 52, supl. 1, p. 9-24, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032014000600001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 mai. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-20032014000600001>.
- OLIVEIRA, J. J. **A influência do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional no orçamento da União**. *In: X Congresso CONSAD de Gestão Pública*, Paineis 24/02, 2017.
- OLIVEIRA, R. R. de. **Meios de vida e produção de alimentos: quando a paisagem diversifica, o prato fica colorido**. (Dissertação de Mestrado) Departamento de Economia Rural. UFV/Brasil. 2013.
- RIBEIRO, S. M. *et al.* **Resgate de práticas saudáveis e sustentáveis a partir de vivências com agroecologia e agricultura urbana**. Demetra, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1113-1131, 2017.

9

Desmistificando os muros do silêncio: tendências dos estudos sobre o fenômeno suicídio e o impacto na saúde pública

Juliana da Conceição Sampaio Lóss
Rosalee dos Santos Crespo Istoe
Mariana Fernandes Ramos dos Santos

*“Não desista do amor, não desista de amar,
não se entregue à dor, porque ela um dia vai passar” ...*
Padre Fábio de Melo

Considerações iniciais

O suicídio tem sido amplamente estudado, pois há um incremento dos casos em todo o mundo, dados epidemiológicos apontam que há forte prevalência entre adultos, idosos e crianças, e tal problemática já pode ser considerada grave e de alcance mundial, revelando-se um componente de saúde pública.

O suicídio é um fenômeno incompreendido pela sociedade. A ciência busca respostas para compreendê-lo, para preveni-lo, para sensibilizar a população e sanar esse tão grave evento, que vem acometendo todas as camadas sociais. O suicídio não escolhe idade, etnia, situação socioeconômica, ele está presente em todas as camadas sociais, fazendo a cada dia mais vítimas, acometendo crianças, adolescentes, jovens, idosos, enfim, todos estão vulneráveis e à mercê dele.

Freitas *et al.* (2013) relatam que o suicídio cresce a cada dia e que, nos últimos 50 anos, as taxas de morte por suicídio têm aumentado aproximadamente 60% (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2006; 2012). Estudos denotam que o suicídio é uma das três causas de morte mais frequentes em muitos países do mundo, variando conforme sexo, idade e raça. E como nos mostra a OMS, a diminuição da perda de vidas devido a suicídios tornou-se um dos objetivos principais da Saúde Pública internacional. Nesse ínterim, o foco está em trabalhar a prevenção e dedicar-se tanto às vítimas quanto às famílias (OMS, 2006).

Tal fato demonstra que o suicídio deve ser considerado um problema social, e não uma patologia. Discutir o suicídio é articular os setores, atenção básica, serviços especializados, alta e média complexidades, pois o prognóstico não é bom, o cenário frente ao suicídio não é favorável e indica piora. O suicídio, hoje, mata mais do que homicídios, acidentes de trânsito, problemas na saúde e doenças crônicas, além de encontrarmos muitas falhas no sistema, por exemplo: no Brasil não existem leitos para internação de crianças com tentativas de suicídio, sem contar que não há registros e notificação de tentativas de suicídio, tais informações seriam de extrema relevância para se pensar na prevenção, pois teríamos dados mais reais da situação.

Destaca-se que vivemos um tempo de condições agudas de adoecimento, onde solicitam-se a formação de redes de atenção e análise maciça das populações vulneráveis e o questionamento da formação do profissional de saúde. Verifica-se que profissionais de saúde não sabem lidar com a finitude de vida ou com a possibilidade de sua ocorrência. Suicidologia deve fazer parte dos currículos de cursos da saúde, para que os alunos sejam devidamente preparados para estarem atentos ao sofrimento que leva ao suicídio. É necessário desmistificar a morte, isto porque há um tabu e estigma que circunda o presente tema, especialmente quando se trata de uma morte violenta como o suicídio – afronta o saber e o fazer em saúde.

O suicídio é um fenômeno de grande repercussão social, constituiu-se um problema de saúde pública, com dados epidemiológicos alarmantes, atingindo diversas faixas etárias, sem distinção de classe social. A morte por suicídio tem sido frequente em diversos países, especialmente entre crianças e adolescentes, entretanto, estudos comprovam que o suicídio é muito prevalente entre homens com idade acima de 60 anos (VIDAL *et al.*, 2013).

Os fatores de risco, em geral, estão associados a doenças mentais, transtornos psicopatológicos, doenças físicas e fatores sociais, tais como *bullying*, anorexia e bulimia, insatisfação corporal, depressão, dependência química e, até mesmo, desemprego. Assim, pode-se perceber que se trata de um problema extremamente delicado e complexo que afeta toda a sociedade. A OMS relata que houve um incremento de 60% nas mortes por suicídio, e a projeção para o ano de 2020 é que mais de um milhão e meio de pessoas cometam suicídio, além disso, o número de tentativas será maior que o número de mortes (VIDAL *et al.*, 2012).

Os dados são alarmantes, a cada 40 segundos uma pessoa morre por suicídio; não há mais como ignorar os dados, os fatos denotam o grande desafio que se interpõe. O desafio de cuidar em saúde frente à situação de suicídio e tentativas, o manejo da crise suicida, a análise do contexto individual e social, a saúde mental, pois a crise é demasiadamente ampla, não está somente no paciente esquizofrênico, ou com depressão, está naquele sujeito que perdeu o emprego ou no adolescente que sofreu *bullying*, retratando um fator multicausal.

Materiais e métodos

O presente capítulo teve por objetivo compreender as tendências dos estudos que analisam o suicídio, bem como desmistificar o silêncio que permeia a presente temática, pois, como se faz notório, o suicídio é negligenciado a partir do momento que nos calamos e tratamos do assunto como um tabu. Trata-se de um capítulo de caráter descritivo, qualitativo, e como metodologia fora utilizada a revisão bibliográfica para aprofundamento do tema, entre artigos e periódicos, e livros relevantes para o estudo, tais como os estudos do Dr. Neury Botega, psiquiatra, que tem dedicado suas obras ao assunto. Ainda, fora utilizado estudo de caso clínico, de uma paciente com 15 anos de idade, que permaneceu em terapia durante 4 anos, cujo quadro clínico e diagnóstico

era de depressão, episódios de delírio, automutilação, ideias de suicídio seguidas por três tentativas. A paciente, após longo período de terapia, encontrou recursos internos e pôde seguir com sua vida, recuperando o sentido de viver. Justifica-se o presente capítulo, pois temos vivido tempos em que o suicídio e outros transtornos mentais são recorrentes em todas as camadas sociais, sendo necessário ensinar a sociedade a conhecer os sinais que podem levar pessoas a cometerem suicídio, ensinar sobre formas de prevenção, e discutir sobre o assunto é de grande valia.

Resultados e discussão

Os resultados e discussão do presente capítulo demonstram como o suicídio é encarado, assim como as tendências dos estudos que se dedicam a tal problemática, sendo necessário repensar muitas práticas e, dessa forma, trazer ao cenário amplos olhares para o sujeito e sociedade como um todo, demonstrando a importância da multidisciplinaridade, tal como veremos adiante.

O fenômeno suicídio

Quando se analisa o fenômeno suicídio, percebe-se o quão amplo é lidar com tal problemática. Tal como citado anteriormente, o mesmo não pode ser compreendido apenas sob uma ótica, pois se trata de um problema multifatorial, que envolve a sociedade como um todo, pode ser precipitado por transtornos mentais, drogas, psicoses, fatores sociais, problemas familiares, entre outros.

Como divulgado pela ABEPS (Associação Brasileira de Prevenção ao Suicídio), no congresso que ocorrera na cidade de Vitória/ES (2018), o suicídio tem tido um crescimento alarmante, marcado pelo véu do silêncio, que passa a prevenção, a crise e a posvenção, esta última cuida da saúde mental dos enlutados. O setembro amarelo é um marco importante, entretanto, percebe-se que gestores da área da saúde não dão a devida importância ao tema, e muitas pessoas padecem e permanecem com sofrimento psíquico.

O suicídio já pode ser considerado um fenômeno social, não se trata de uma patologia, mas fato que ocorre em decorrência de diversos motivos, tais como: transtornos mentais, acontecimentos traumáticos, *bullying*,

desemprego, entre outros. O suicídio não deve ser encarado como uma conduta individual ou pessoal, mas sim social, pois pensar que se trata de algo individual leva a sociedade ao afastamento dessa dura realidade. Por muito tempo, o suicídio fora percebido através de uma perspectiva muito psicológica (MARQUETTI, 2013).

Marquetti (2013) elucida que, quando se busca uma resposta através do histórico do suicida, utiliza-se uma autópsia psicológica em que se pode verificar outras proposições dos familiares que apontavam para as relações externas do suicida com seu mundo. Por exemplo, onde, provavelmente, o suicida arquitetava sua morte, local, hora, data, promovendo, assim, um cenário com espectadores. Destarte, o suicídio pode ser considerado um evento que se produz dentro de um conflito social e que pressiona as formas culturais usuais referentes ao padrão de morte ocidental, produzindo, assim, uma forma de morte diferente dos padrões ocidentais de discrição, silêncio, higiene, medicalização etc.

Enquanto fenômeno social, é preciso buscarmos um melhor entendimento para além do preconceito e do tabu, onde se pensa que falar sobre suicídio é estimular sua incidência. Pelo contrário, ações de saúde devem ser implementadas através do CVV (Centro de Valorização da Vida), do setembro amarelo, para que se possa cuidar de forma imediata, em que haja articulação entre os setores e também da sociedade, pois, mesmo com tanta tecnologia, ainda o fenômeno suicídio é por muitos incompreendido e os estudos que se dedicam ao tema são insuficientes. A prevenção do suicídio é um ato político, perpassa todas as categorias. Suicídio é uma questão social.

Tendências dos estudos sobre os riscos do suicídio

Querer morrer é um erro de contato com a realidade, existe uma sensação de não existência, uma pulsão de morte, um desejo de não existir, de aliviar a angústia. Depreende-se que existem fatores de risco para o suicídio, como: histórico familiar de suicídio, segredos familiares, ambiente hostil, violência, abusos, drogas, *bullying*, anorexia, bulimia, dentre outros. E há fatores de proteção, como: religião, família, comunicação ampla, ações de intervenção e suporte, saúde mental, atendimento humanizado, restrição aos meios letais, dentre outros.

É preciso entendermos que o ato suicida, a tentativa e a ideação são fatores distintos, que envolvem diferentes aspectos e afetam diferentes pessoas, podendo ocorrer em diversas faixas etárias, etnias e variando quanto ao sexo e nível cultural. Ainda, que a relação entre suicídio, a tentativa e a ideação deve ser considerada relevante para se trabalhar a prevenção, pois conhecer esse universo é extremamente importante e pode ser eficaz.

Segundo Botega (2015), existem inúmeros meios de se empregar o suicídio e este irá variar de acordo com a cultura de um povo. Por exemplo, na Inglaterra e Austrália emprega-se o enforcamento e a intoxicação; nos EUA, armas de fogo; e na China, envenenamento por pesticidas, do tipo organofosforados. No Brasil, pode-se verificar que na própria residência ocorrem suicídios, acontecendo, também, por meio da precipitação de altura.

Muito se discute acerca das tentativas de suicídio, e, por meio dessa revisão bibliográfica, podemos verificar que o objetivo do suicida não é de fato tirar sua vida, mas sim acabar com a dor e a angústia, que vivencia. Assim, autores destacam que o comportamento suicida, bem como as tentativas e atos destrutivos e autolesivos, superam a quantidade de mortes, pelo menos 10 vezes, entretanto, não existe, em nenhum lugar do mundo, um registro sobre tentativas de suicídio (BOTEGA, 2015).

Em relação às tentativas de suicídio, ter acesso aos meios letais constitui fatores de risco, por exemplo, uma residência que mantém em sua dispensa venenos pode propiciar uma tentativa. Destaca-se que métodos de envenenamento e ingestão de medicamentos são mais observados nas tentativas de suicídio com mulheres. As tentativas têm um impacto social e econômico relevante, pois alteram o efeito psicológico e social do comportamento do indivíduo, podendo levar à incapacitação, dependendo do quadro psicopatológico. Entretanto, salienta-se que nem sempre ocorre psicopatologia associada aos quadros de tentativa de suicídio.

A ideação suicida percorre caminhos: desde um pensamento distorcido da realidade, tal como “A vida não vale a pena”, até preocupações e pensamentos ilógicos entre viver e morrer, ou ideias suicidas podem ocorrer em decorrência de delírios (BOTEGA, 2015).

O que confere o risco

Botega (2015) destaca que o fator de risco para o suicídio tem valores distintos e relativos e seu impacto difere quanto às fases de vida de cada indivíduo, e que nenhum fator de risco pode, necessariamente, determinar se haverá um suicídio. Entretanto, a combinação de um ou vários fatores de risco é sempre um alerta.

Principais fatores de risco, segundo Dr. Neury Botega (2015, p. 149):

- Transtornos Psiquiátricos;
- Suicídio na família;
- Abuso físico ou sexual na infância;
- Impulsividade ou agressividade;
- Isolamento social;
- Doenças incapacitantes ou incuráveis;
- Desespero e inquietude;
- Alta recente de internação psiquiátrica;
- Desilusão amorosa;
- Separação conjugal;
- Conflitos relacionais;
- Derrocada financeira;
- Perda de emprego;
- Desonra, humilhação;
- Embriaguez;
- Acesso a um meio letal.

(BOTEGA, 2015, p. 149).

Medidas preventivas segundo estudos relevantes e políticas públicas

A prevenção do suicídio tem sido amplamente discutida nos meios sociais e pela ciência, estudos feitos por suicidólogos apontam que a melhor forma de se prevenir é falar sobre o assunto e desmistificar o tabu que percorre o suicídio. Atualmente, temos observado o trabalho do Centro de Valorização da Vida (CVV) através do número de telefone 188, onde pessoas com ideação encontram apoio, o CVV tem servido de suporte e obtido êxito em seu trabalho, todavia, ainda há que se discutir veementemente sobre essa temática, por meio de campanhas de prevenção em todos os âmbitos, locais de trabalho, escolas, universidades, hospitais, entre profissionais, e buscar estratégias para lidar com frustrações, com as decepções e aumentar a qualidade de vida dos sujeitos que sofrem as tentativas e ideações suicidas.

O profissional de saúde deve estar preparado para oferecer apoio emocional e diagnosticar o risco, através de perguntas-chave, utilizar em suas anamneses perguntas que detectem o risco de suicídio e manter-se longe do preconceito. Botega (2015) ressalta que o que necessitamos é de melhoria da existência humana, bem como a diminuição dos estressores que levam ao sofrimento agudo e chegam ao ato suicida. A prevenção se constitui um trabalho árduo que deve considerar aspectos médicos, psicológicos, familiares, socio-culturais e religiosos.

Existem alguns planos nacionais de prevenção incentivados pela OMS, 28 países já implantaram tal plano, porém essa não é a realidade do Brasil, precisamos trabalhar para alcançar tal eficácia, a saber:

- Conscientização da população;
- Divulgação responsável pela mídia;
- Redução de acesso aos meios letais;
- Programas em escolas;
- Detecção da depressão e tratamento aos transtornos mentais.

(BOTEGA, 2015, p. 249).

Botega (2015) ainda apresenta os itens contidos nos planos nacionais definidos pela OMS para prevenir o suicídio:

- Atenção a pessoas que abusem de álcool e outras drogas;
- Atenção a pessoas que sofrem de doenças que causam incapacidade e dor;
- Acesso aos serviços de saúde mental;
- Avaliação e seguimento de casos de tentativas de suicídio;
- Apoio emocional aos enlutados;
- Intervenções psicossociais em crise;
- Políticas voltadas para a qualidade do trabalho e situações de desemprego;
- Treinamento multidisciplinar de profissionais da saúde em prevenção ao suicídio;
- Manutenção das estatísticas atualizadas sobre suicídio;
- Monitoramento da efetividade das ações de prevenção idealizadas pelo plano.

(BOTEGA, 2015, p. 249).

Como pode-se verificar, a questão do suicídio necessita com urgência da atenção do poder público, por meio de políticas sociais, para que se possa alcançar um resultado eficaz no que se refere à prevenção de suicídio. Segundo Botega (2015, p. 249), o Brasil assumiu o compromisso de reduzir em 10%, até 2020, o número de mortes por suicídio. Abaixo, exemplifica-se um caso de tentativas de suicídio.

Paciente S., sexo feminino, 15 anos de idade, diagnóstico de depressão com delírios persecutórios, tentativas de suicídio e automutilação. A família busca atendimento psicológico, pois percebe comportamentos estranhos na adolescente, tais como: isolamento social, mau rendimento escolar, desinteresse, apatia, retraimento, tristeza (relato da família). Feita anamnese com os pais, inicialmente a adolescente não aceita ajuda psicoterapêutica, indo

ao consultório e permanecendo em silêncio na maior parte do tempo, onde tenta-se o vínculo entre terapeuta e paciente. Permanece estática, olhando para o chão na maior parte do tempo, responde monossilabicamente, permanecendo esse quadro por, aproximadamente, um mês. Destaca-se que as sessões ocorrem semanalmente, com duração de 50 minutos.

Após tentativas de aproximação, a adolescente S. resolve falar. O comportamento ainda é retraído, não expressa emoções, usa sempre casacos, mesmo em tempo quente. Até que inicia relatando que tem pensamentos de morte, não deseja mais viver. Seu relato é angustiante, pois não chora, é fria, como se a dor fosse tão profunda, capaz de ela mesma não poder compreender.

Começamos trazendo à memória a infância, onde S. relatou que sua vida sempre foi difícil, seus pais se separaram quando ela tinha 5 anos, sua mãe sofria de depressão grave (**fator genético**), e estava sempre internada em clínicas psiquiátricas, as brigas entre o casal eram terríveis e a criança presenciava tais brigas e discussões (**ambiente desfavorável**). Os pais se divorciaram e seu pai casou-se novamente, teve outros 5 filhos com mulheres distintas. Era um pai presente, estava com a filha nos fins de semana. O relacionamento entre S. e a mãe era de muitos conflitos (**conflitos familiares**).

S., aos 10 anos, fora abusada sexualmente pelo tio (**abuso sexual intrafamiliar**), nenhuma providência fora tomada, S. relatava sentir muito ódio. Aos 11 anos, S., para superar a angústia e a dor (segundo ela), se automutilava, e a prática continuou, até que tem quase todo o corpo com marcas de cortes (**automutilação sem intenção suicida**). Aos 14 anos, pensava diariamente em suicídio, perdeu o ano letivo por desinteresse em estudar. Não conseguia se concentrar, o pai pediu a guarda da filha e a mesma passou a cuidar de sua irmã mais nova com tarefas do lar e responsabilidades que a deprimiam demasiadamente. Os conflitos com a mãe pioraram, ocorrendo brigas, ofensas, que abalavam a autoestima de S., fazendo-a se sentir sem valor.

O processo terapêutico ocorreu por 5 anos e, ao longo desse tempo, 3 tentativas de suicídio: cortando os pulsos, ingerindo desodorante, ingerindo medicamentos. S. relata que, nas tentativas de suicídio, o que mais doía era não obter o sucesso no ato e, ao ser socorrida, a forma como era tratada pela equipe de saúde, que a hostilizava com deboches e desrespeito. A paciente relatava ouvir vozes, que a levavam à automutilação. A paciente fazia acompanhamento com psiquiatra e estava na ocasião sendo medicada.

Com a resignificação do abuso que havia sofrido, modificação de crenças disfuncionais, de pensamentos automáticos autodestrutivos, o trabalho psicoterapêutico com toda a família, entre outras estratégias, foi possível recuperar a forma de S. ver o mundo e a si mesma, recuperando a vontade de viver. Atualmente, S. trabalha, estuda, está com 22 anos, tem namorado e vida social, permanece em terapia, e já fora feito desmame da medicação.

Considerações sobre o caso clínico

Podemos perceber que o presente caso relatado decorre de múltiplos atores que, somados, culminam no quadro patológico e social da paciente. Uma criança cuja mãe era doente, diagnosticada com depressão e transtorno bipolar e não consegue exercer sua função materna, devido ao transtorno. Uma família que não oferece segurança, o fator genético e o fator da falta de estrutura familiar são ameaçadores para a criança.

O acontecimento abuso sexual, sem dúvida está nesse caso, sendo mais um fator de risco somado aos outros. Não se observa, nessa família, a componente proteção. A automutilação e o acesso a meios letais são um risco para o suicídio. O fracasso em ficar reprovada na escola teve forte impacto na vida da paciente, que não percebia mais possibilidade de ter um futuro. Ocorre ainda que a paciente em questão se isolava e não conseguia se relacionar, era considerada na escola uma pessoa estranha.

Por fim, é imprescindível citar o tratamento desrespeitoso que pacientes com quadros semelhantes descrevem ao serem hospitalizados: hostilizados, com deboches, pois profissionais de saúde não compreendem o sofrimento psíquico, se referem a este como chantagem emocional. Ressalta-se que S. teve acesso a um serviço de psiquiatria e psicologia que pôde ajudá-la a perceber o que estava acontecendo e retomar o curso de sua vida.

Considerações finais

É mister que haja educação em saúde, políticas públicas adequadas, com a efetivação das cartilhas de saúde do Ministério da Saúde sendo distribuídas para toda a sociedade, classificação de risco nos hospitais, leitos destinados aos indivíduos que tentaram suicídio.

Pode-se perceber que o suicídio é um problema de saúde pública que afeta toda a sociedade e que políticas públicas devem ser implementadas a fim de diminuir os riscos do suicídio em todas as camadas sociais. Ademais, profissionais de saúde devem ser preparados para lidar com o presente tema, campanhas de prevenção devem ser elaboradas e o assunto deve ser exaustivamente debatido entre os diversos saberes.

Observa-se que há forte tendência em citar o suicídio como patologia, ou compreendê-lo como algo isolado, entretanto é de suma importância que possamos dialogar com as mais diversas áreas, a partir de uma perspectiva multidisciplinar, com distintos olhares para aqueles que sofrem por alguma razão.

Assim sendo, a prevenção deve ser a melhor medida e indicada onde há risco populacional, é preciso colocar em prática as diretrizes da ONU (Organização das Nações Unidas) e do Ministério da saúde, cuja aplicação em diversos países fora eficaz.

Referências

- BOTEGA, N. J. **Crise Suicida**: avaliação e manejo. Porto Alegre. Artmed, 2015.
- FREITAS, J. L. *et al.* Revisão bibliométrica das produções acadêmicas sobre suicídio entre 2002 e 2011. **Psicologia em Pesquisa**, UFJF, 7(2), 251-260, julho-dezembro de 2013. DOI: 10.5327/Z1982-1247201300020013.
- MARQUETTI, F. **O suicídio como espetáculo na metrópole**. São Paulo, SP: Fap-Unifesp. 2013.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do suicídio**: um recurso para conselheiros. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias. Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso. Organização Mundial de Saúde — OMS, Genebra, 2006.
- VIDAL, C. E. L. *et al.* Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(1):175-187, jan, 2013.

10

Entre o ideal da lei e a realidade caótica: isonomia social para a promoção da saúde de minorias sexuais

Fernanda Santos Curcio
Tauã Lima Verdan Rangel
Bianca Magnelli Mangiavacchi

Considerações iniciais

A Reforma Sanitária no Brasil estabeleceu como um dos princípios fundantes do Sistema Único de Saúde (SUS), qual seja: a ideia de equidade. Além disso, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, reconheceu o direito à saúde como fundamental e imprescindível ao desenvolvimento humano. Trata-se de reconhecer que o acesso à saúde e a promoção do direito à saúde constituem, em ponto de convergência, elementos imprescindíveis ao desenvolvimento humano.

Assim, é necessário compreender que pensar a equidade significa considerar um conjunto de determinantes e atravessamentos sociais, econômicos, políticos e culturais que conformam a vida social. Nesse sentido, a reflexão sobre a equidade em saúde implica a promoção de oportunidades justas de alcance do potencial de saúde integral e pleno a todas as pessoas.

De igual modo, a difusão do direito à saúde requer, ainda, que a equidade seja manifestada e instrumentalizada a partir de processos educativos, o que converge em conhecimentos técnicos, em previsões legais e na realidade social. As iniquidades em saúde, como se sabe, não são alheias à realidade social. Ao contrário, aquelas estão apoiadas em variadas determinações, sendo, ainda, acometidas por sobreposição de vulnerabilidades.

Dadas Políticas de Promoção de Equidade em Saúde estão em processo de implementação no Brasil, no sentido de atuarem nas desigualdades nos estados de saúde e serviços de saúde no decurso de marcadores de etnia, raça, gênero e modos de vida. Não obstante, é impreterível que se suscitem debates que incorporem demandas e questões relativas aos valores sociais, incorporando a ideia e ratificação dos direitos humanos.

Destarte, o presente trabalho objetiva construir reflexões e interlocuções críticas no que tange à discussão das complexidades das questões sociais e suas inferências no acesso das minorias sexuais ao direito à saúde, a partir do prisma da isonomia social e do processo de inclusão dos grupos vulneráveis.

Material e métodos

A pesquisa adotada neste trabalho é de natureza básica, com característica exploratória, tendo como procedimento aplicado a pesquisa bibliográfica, com base em leituras bibliográficas, legislações e políticas públicas que entom o tema abordado.

Isonomia(s) para quem? A construção da isonomia social no processo histórico-afirmativo

A isonomia é um princípio cuja aplicabilidade não se dá de forma limitada, mas sim em caráter amplo, pois a isonomia é caracterizada pelo tratamento igual entre iguais. Sua interpretação deve ser mais ampla, pois incorre como violação da isonomia se indivíduos em situação desigual forem cobrados ou testados como se fossem iguais (COUTO, 2015). O princípio da isonomia, ou igualdade, é tido como a base de edificação do chamado Estado Democrático de Direito.

A isonomia tem como origem as civilizações antigas, estando atrelada às mais diversas definições de justiça, ainda que diferentes fossem as perspectivas no decorrer da história. Atualmente, porém, a isonomia no meio social trava um conflito pelos que ainda não obtiveram a realização ou efetivação de seus direitos humanos fundamentais, para que, além do direito à vida, tenham direito à dignidade (D'OLIVEIRA, 2012).

O art. 5º da Constituição Federal de 1988, em seu *caput*, aborda o princípio da isonomia como constituinte dos direitos individuais. O aludido princípio pressupõe que todos os indivíduos tenham igualdade de oportunidades e que todos sejam tratados de forma igual perante a *legis*. Além disso, esse princípio proíbe as distinções arbitrárias e injustificáveis, produzindo efeitos quanto à sociedade e quanto às entidades privadas. O princípio da isonomia se divide em duas direções: a igualdade diante da lei e na lei. A isonomia diante da lei pressupõe a aplicação correta do Direito nos casos concretos; já a igualdade na lei defende a ideia de que as leis não devem ser influenciadas por diferenças, com exceção das previstas pela Constituição (BARRETO, 2010).

É fato que o legislador não tem o direito de criar normas que violem a isonomia, sob pena de que seja declarada a inconstitucionalidade daquela norma. E os indivíduos da sociedade não devem ter condutas relacionadas ou pautadas em ações discriminatórias (BARRETO, 2010). O princípio da igualdade é um mecanismo para que se garanta a justiça social, orientando o meio jurídico e o meio legislativo no sentido da criação e aplicação das normas, observando as demandas de tal sociedade (SANTOS, 2010).

Assim, o objetivo é, então, identificar possíveis diferenças quanto às peculiaridades existentes e, assim, dar a esses indivíduos um tratamento

diferenciado, tanto de maneira coletiva como impessoal (COUTO, 2015). Portanto, o princípio em estudo leva ao entendimento de que é inadequado zelar de forma desigual por indivíduos que possuem os mesmos atributos, na medida que é adequado tratar de forma desigual os indivíduos em situação de desigualdade quanto aos mesmos atributos que os caracterizam.

A isonomia formal se encontra em quase todas as constituições do mundo atual, no Brasil ela é prevista desde a promulgação da Constituição de 1891, que previa que “todos serão iguais perante a lei”. A isonomia formal é definida como o direito dos indivíduos a um tratamento igualitário nos casos previstos pela legislação e não proibidos por ela. Essa igualdade é prevista pelo texto legal, ou seja, está positivada na legislação do país, portanto, a *legis* não estatui diferenças entre os indivíduos (COUTO, 2015). A isonomia disposta no texto constitucional é tida como isonomia formal, ou seja, uma “igualdade pura, simples e objetiva” (DIAS, 2017, s.p.). De acordo com Maciel:

A igualdade entre as camadas sociais, perante a lei, é conhecida na doutrina como igualdade formal. Vê-se que igualdade está vinculada ao princípio da dignidade humana, em que uma vez dotados de humanidade, todos os indivíduos são sujeitos de direito, devendo obter tratamentos de maneira igualitária. Porém, a denominada isonomia formal caracterizou-se em sua ineficácia (MACIEL, 2002, s.p.).

A igualdade material “é o instrumento de concretização da igualdade em sentido formal, tirando-o da letra fria da lei para viabilizá-lo no mundo prático” (D’OLIVEIRA, 2012, p. 03). A isonomia material é uma norma ou princípio programático que pode ser definida como um objetivo a ser efetivado pelo Estado. A partir da promulgação de leis, são atenuadas as diferenças não naturais entre as pessoas. A igualdade material decorre, também, de atitudes do Poder Público e da sociedade (D’OLIVEIRA, 2012). A igualdade material também é chamada de substancial, de acordo com Couto:

Podemos dizer então que a igualdade substancial baseia-se na ideia de que é necessário tratar os iguais de forma igual e os desiguais de forma desigual, observando as pessoas e as situações em que se encontram na medida de suas igualdades ou desigualdades.

Contudo, não podemos apenas aplicar a igualdade material de forma singela, mesmo que as pessoas e as situações sejam iguais ou desiguais entre si, pois é necessário também que o tratamento entre essas pessoas e essas situações seja de forma razoável, proporcional e justificada.

Por fim podemos dizer que o Princípio da Isonomia e Igualdade não pode ser apenas baseado na ideia formal contida no texto legal, e sim, no entrelaçamento de elementos jurídicos e metajurídicos, ou seja, em um entrelaçamento das leis com jurisprudências, costumes e outras ideias contidas em uma sociedade (COUTO, 2015, s.p.).

Tendo em vista que a lei não é suficiente para garantir a igualdade no que se refere à sua letra fria, surgem “mecanismos para construção da igualdade e uma das formas é através das ações afirmativas” (AMARAL, 2015, s.p.). A isonomia social surge para pôr em prática medidas que buscam beneficiar grupos minoritários acometidos pela exclusão socioeconômica, essas compreendem-se entre políticas públicas e privadas que buscam realizar ou pôr em prática a igualdade substancial e eliminar as consequências “da discriminação racial, de gênero, de idade, de origem nacional e de compleição física” (AMARAL, 2015, s.p.).

A isonomia social tem como escopo suprimir discriminações e preconceitos em torno das diferenças existentes, incentivando a inclusão de minorias “no processo político, no acesso à educação, saúde, emprego e bens materiais” (AMARAL, 2015, s.p.). A isonomia social para minorias é aquela que busca dar oportunidades para que esses grupos realizem os direitos humanos fundamentais.

Desigualdade, exclusão e condições de saúde à luz da isonomia

A formação do Estado nacional brasileiro e as configurações sociais, políticas e econômicas que atravessam esse processo trazem marcas que avançam para diferentes espaços que conformam a nação. As particularidades da formação social brasileira, tais como a colonização, a escravidão e a sociabilidade

excludente, como compreendem Moscheta, Souza e Santos (2016), acabam por condicionar antagonismos e contradições de uma sociedade patologicamente desigual.

As discussões que entoam a saúde pública nesse cenário têm indicado um horizonte crivado por violações de direitos e contrariedades. Nessa conjuntura, os indivíduos sociais têm vivenciado quadros que limitam e cerceiam o acesso à saúde. Conquanto, certos grupos encontram-se em situação de maior vulnerabilidade no que tange ao gozo desse direito. O termo vulnerabilidade, aqui, promove a ampliação do entendimento de variados fatores que fragilizam os indivíduos no exercício de sua cidadania.

Importa frisar que o entendimento da saúde segue dois campos que constroem argumentos e concorrem por explicações verossímeis sobre seus determinantes. Ademais, cumpre pontuar que a forma como a saúde é compreendida trará uma determinada escolha ética e política. Como se sabe, aquela categoria, longe de se configurar num ente abstrato, manifesta algo realizável e imaginável. Logo, qualquer perspectiva escolhida para a compreensão da saúde trará implicações para o presente e, conseqüentemente, sobre o futuro que se almeja. O que importa problematizar é: qual entendimento promoverá a construção de estratégias efetivas e qualitativas voltadas à prevenção, promoção e recuperação em saúde de pessoas e grupos historicamente desrespeitados e feridos em dignidade?

Uns consideram o processo saúde e doença restrito a fatores biológicos, tratando das tecnologias de prevenção, diagnóstico, cura e reabilitação acessíveis ou em fase de desenvolvimento. Outros tratam a saúde como um fenômeno complexo e profuso, que sofre variadas inferências da vida social.

Compreendendo a saúde a partir de um olhar amplo, complexo e multifacetado, é possível depreender que são plurais os seus condicionantes. Ademais, prosseguindo com a análise, tomando a saúde conectada à realidade social, pode-se inferir que as desigualdades que assolam a sociedade, afetam, decididamente, os processos de prevenção, promoção e recuperação em saúde. Incorporado a tal entendimento, pensar a saúde carece considerações sobre a forma como a sociedade vive e se organiza.

Nesse sentido, diferentes estudos têm comprovado que as circunstâncias sociais, políticas, econômicas, ambientais e culturais influenciam as condições de saúde de sujeitos, grupos e comunidades (KUNITZ, 2007; BRAVEMAN;

GOTTLIEB, 2014; BARRETO, 2017). Considerando, então, a saúde por meio de um prisma amplo, tais estudos partilham a opinião que a negligência desses diferentes elementos e aspectos acaba por impor restrições às estratégias e às ações em saúde.

Igualmente, refinando a análise, pode-se entender que as limitações e cerceamentos acentuam-se dependendo da posição social ocupada pelos sujeitos e grupos. Coleman (1982) caminha nesse sentido, esclarecendo que as condições de saúde são acometidas diretamente pelas desigualdades que atravessam uma determinada conjuntura, independentemente do grau de desenvolvimento atingido pelas nações.

Examinando esse ponto mais a fundo, é de se aceitar que as diversas desigualdades que assolam a sociedade brasileira (de gênero, raça, classe, etnia, sexualidade), estando fundadas por relações de poder, promovem desigualdades no acesso e na detenção de bens e serviços, sendo sentidas, reiteradamente, nos processos de saúde e doença.

A desigualdade poder ser compreendida como a desproporcionalidade e assimetria nas condições de acesso aos recursos – materiais ou simbólicos, consequentes das divisões sociais. Realizando o trajeto em direção ao objeto de estudo deste trabalho, cai-se no debate das iniquidades em saúde, sendo estas as desigualdades de saúde sistemáticas, consideráveis, evitáveis, injustas e indevidas (WHITEHEAD, 1991).

Sobre o assunto, é importante distinguir os conceitos de equidade em saúde e no consumo de saúde. Essa distinção é imprescindível, uma vez que as causas das desigualdades no adoecer e no morrer se dessemelham daqueles no consumo dos serviços de saúde. Neri e Soares (2002) definem que o primeiro conceito está atrelado a diferentes possibilidades de extratos populacionais diferentes adquirirem morbidade ou mortalidade. No que tange à equidade no uso dos serviços de saúde, analisam-se as dessemelhantes condições de acesso a tais serviços.

Os autores trazem ainda os conceitos de equidade horizontal e vertical. O primeiro princípio entende que as pessoas com iguais necessidades de cuidados com a saúde teriam de ser tratadas do mesmo modo. O segundo, por sua vez, defende que os sujeitos e/ou grupos com necessidades e carências diferentes deveriam dispensar tratamentos diferenciados (NERI; SOARES, 2002).

A partir destes aspectos, Silva (2012) elucida que as desigualdades em saúde irradiam, preponderantemente, as desigualdades sociais. Por outro lado, no que se refere à efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso/consumo dos serviços de saúde, mesmo não sendo suficiente para suprimir as desigualdades, é fundamental para diminuir as disparidades entre os indivíduos e grupos no adoecer e morrer. Para tanto, é necessário que se empreenda o reconhecimento da existência de grupos populacionais que têm, ao longo do tempo, sofrido com a exclusão social.

Nascimento (1994), a partir de uma discussão teórica e conceitual, salienta que existem três entendimentos sobre a exclusão social. A primeira estaria voltada a uma concepção mais genérica, em que toda forma de discriminação configuraria em exclusão social. Outra aceção volta-se ao não reconhecimento de direitos pela sociedade, em que certos grupos não estão incluídos no mundo do trabalho e não possuem condições mínimas de sobrevivência. Para o autor, isso poderia gerar a não inserção ao universo dos direitos ou o afugentamento – parcial ou total – dessa esfera. E, por fim, pelo autor denominada *nova exclusão*, tem-se a ideia do não reconhecimento ou a negação de direitos aos sujeitos e grupos excluídos:

[...] o não-reconhecimento vai além da negação ou recusa de direitos. Se insere em um processo de, usando uma frase famosa de Hannah Arendt, recusa ao espaço da obtenção de direitos. Estes grupos sociais passam a “não ter direito a ter direitos”. Sem serem reconhecidos como semelhantes, a tendência é expulsá-los da órbita da humanidade (NASCIMENTO, 1994, p. 4).

Redirecionando a referida discussão para o campo das iniquidades em saúde, compreende-se que as considerações sobre as questões sociais complexas são primordiais. Isso significa que é oportuno sopesar a forma como vive e se organiza sociedade. Tendo como horizonte de análise a realidade brasileira, é comum deparar-se com violências perpetradas e direitos negligenciados a certos grupos e populações.

Retomando a concepção de vulnerabilidade, pode-se compreender que a sua gênese é fundada a partir de múltiplas determinações. Para tanto, não estando apenas condicionada às questões que tratam insuficiência no acesso à

renda, mas a vulnerabilidade é provocada por fragilidades de vínculos afetivo-relacionais e desigualdades no que tange ao acesso de bens e serviços públicos (CARMO; GUIZARDINI, 2018).

Nesse sentido, Barreto (2017) reitera que, com raras exceções, o surgimento e a complicação de variadas doenças e problemas de saúde se intensificam nos grupos sociais que vivem em quadros socialmente desfavoráveis. Nesse ponto, poderiam ser citadas as pessoas que vivem em situação de pobreza, os grupos étnicos minoritários ou quaisquer segmentos que sofrem algum tipo de discriminação. Importa que se frise, aqui, que a discriminação, mesmo que pontual, poderá trazer enlaçamentos amplos e, até mesmo, futuros, recaindo, assim, sobre as condições de vida e sobrevivência de quem a sofre, seja por questões de classe, raça, gênero, sexualidade e geração.

Essas assimetrias podem ser verificadas nas diferentes condições de saúde dos indivíduos e grupos, nos graus de riscos à saúde, no acesso desigual aos recursos existentes no sistema de saúde, entre outros. Nesse cenário, portanto, certas pessoas, diante do contexto de desigualdade e exclusão, não terão o mesmo acesso à saúde, aos avanços tecnológicos e científicos dessa área, ficando expostas, com mais intensidade, a fatores que condicionam a saúde e a doença e, finalmente, às múltiplas possibilidades de adoecimento e morte.

Ao longo deste item, sem o anseio de esgotar a discussão ora em pauta, objetivou-se incitar reflexões acerca das questões sociais complexas e seus entrelaçamentos nos processos de saúde. Partiu-se do entendimento de que pensar sobre esses processos requer sopesar a forma como a sociedade vive e se organiza, e, mais do que isso, como ela compreende a saúde. A partir de um olhar amplo e crítico, é possível intentar estratégias efetivas e qualitativas voltadas à prevenção, promoção e recuperação em saúde, formulando políticas públicas equânimes, superando, assim, as iniquidades em saúde.

A isonomia aplicada ao contexto da saúde pública brasileira

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido no final da década de 1980, sendo construído em meio a turbulências políticas e ideológicas, representando uma conquista do povo brasileiro, bem como uma parte de um movimento social para a restauração da democracia do país. Após 20 anos de ditadura, metade da população brasileira não tinha cobertura de saúde. Em 1988, o Brasil adotou

uma nova Constituição, que afirmou, no *caput* do artigo 196, que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (FRANÇA *et al.*, 2016). A reforma histórica do país trouxe cobertura de saúde para milhões de pessoas.

Uma inovação importante dentro do contexto de atendimento aos usuários dos serviços de saúde foi o desenvolvimento e a rápida ampliação de uma abordagem baseada na comunidade para a prestação de cuidados de saúde primários, a chamada estratégia de saúde da família (ESF), uma estratégia bem-sucedida que atinge a totalidades das unidades da federação. Políticas específicas de saúde são propostas dentro desse programa, como a Política Nacional de Saúde Integral à população Lésbica, Gay, Bissexual e Transgêneros (LGBT), desenvolvida pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, e determinada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), segundo Resolução nº 2 do dia 6 de dezembro de 2011.

A Política Nacional de Saúde LGBT foi um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil e um marco histórico de reconhecimento das demandas dessa população em condição de vulnerabilidade. Essa política específica consiste num conjunto de orientações políticas e administrativas destinadas a melhorar os cuidados de saúde prestados à população LGBT, e reconhecendo os efeitos da discriminação e exclusão da mesma no processo de saúde-doença (BRASIL, 2015).

Diante desse processo, em 2015, o Ministério da Saúde lançou um curso para profissionais de saúde promovendo a capacitação destes sobre a política de saúde à população LGBT. Assim, a iniciativa apresentada consiste na prestação de cuidados de saúde à mencionada população LGBT, dentre muitos outros grupos, eis que ainda enfrenta desafios para a concretização de metas e o alcance de resultados, mesmo após a implementação da política pública.

Embora limitados, os estudos disponíveis na literatura científica brasileira apontam para a necessidade de melhorar a qualificação profissional em saúde (MOSCHETA; MCNAMEE, 2011). Numa pesquisa realizada com um grupo populacional LGBT por Moscheta, Souza e Santos (2016), os pesquisados declararam ter sido vítimas de discriminação no âmbito dos serviços prestados pelo SUS. Transvestis e transexuais foram relatados como o grupo mais afetado no processo de atendimento. A pesquisa também indica que os usuários são menos propensos a revelar sua sexualidade dentro de um contexto de saúde, possivelmente devido ao medo de ser discriminado.

Além disso, os profissionais de saúde comumente prestam cuidados de saúde assumindo heterossexualidade, criando desconforto e às vezes situações embaraçosas para usuários LGBT. Em grande parte, a saúde profissional exhibe uma compreensão rígida e limitada de categorias de identidade sexual, o que pode implicar em uma perspectiva restrita e com pouco êxito no que concerne ao processo de obtenção de resultados (CARVALHO, 2018).

Foram encontrados argumentos semelhantes em estudos de grandes grupos internacionais, em relação à insuficiência de treinamento profissional (BROOKS, 2018), inadequados serviços oferecidos devido à ênfase heteronormativa ou à falta de cuidados (KEUROGHLIAN; MCDOWELL; STERN, 2018), discriminação social em instituições e capacidade de comunicação inadequada, como o uso de nomes e a moralização para o comportamento dos utilizadores (MACDONNELL, 2014).

A consolidação de um sistema de cuidados de saúde que beneficia a todos, como originalmente previsto pelo Sistema de Saúde brasileiro, não exige apenas conceber e implementar as políticas de saúde específicas, mas também desenvolver e empregar estratégias de qualificação profissional capazes de confrontar a opressão e a discriminação de grupos vulneráveis que se encontram submetidos a esse quadro por décadas.

A conscientização sobre as disparidades de saúde em populações específicas tem aumentado nas últimas décadas. Pesquisas sobre fatores psicossociais como discriminação, contexto e visões culturais da saúde, que influenciam as disparidades em saúde, começaram a aumentar nossa compreensão dos mecanismos por trás dessas desigualdades (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019).

Considerações finais

Há necessidade de enfrentamento mediante o quadro social no Brasil através do sistema político, social, educacional, de saúde, voltado para grupos vulneráveis, e uma tradicional série de obstáculos existentes à implementação das políticas brasileiras para abordar a discriminação contra essa população. Também é possível identificar deficiências assistenciais de profissionais de saúde diante das necessidades do serviço de saúde para grupos vulneráveis, aos quais os recursos supracitados poderiam ser capazes de abordar.

Os profissionais possuem dúvidas sobre a linguagem que deveria ser usada ao abordar os usuários do serviço e sobre a conduta que deveria ser adotada quando são admitidos em determinados ambientes e setores, como exemplo, os hospitais. O receio sobre a sua conduta na presença dos usuários do serviço demonstra que esses desafios são, na sua maioria, ancorados na reprodução do raciocínio heteronormativo, que define a estereotipagem humana, um modelo que torna estranha, inferior e embaraçosa uma atuação profissional, bem como a reprodução da assistência à saúde, que perpetua a imagem idealista sobre uma única forma de atendimento aos usuários.

A proposta inverte a tradicional luta de poder instituída nas relações entre trabalhadores e usuários nos serviços de saúde, especialmente com usuários que sofreram processo histórico de exclusão na sociedade, como a população LGBT, por exemplo. Ao criar um contexto em que os usuários do serviço são capazes de expressar como gostariam de ser tratados por profissionais de saúde, nós produzimos a possibilidade de criar práticas de cuidado que estão alinhadas aos ideais políticos e filosóficos que têm sido fundamentais para o sistema único de saúde brasileiro desde o início: a inclusão social radical, a sensibilidade à diversidade e as especificidades, bem como o compromisso de enfrentamento das desigualdades sociais.

Considerando o aumento do número de psicólogos que atuam no sistema público de saúde nas últimas décadas no Brasil, e suas qualificações profissionais, que valorizam o trabalho grupal, as ferramentas conversacionais e o engajamento político, acreditamos que a metodologia descrita aqui oferece uma valiosa ferramenta para uso em grupos multidisciplinares, para que assim possa haver um processo de atendimento e acesso de forma isonômica a todos os usuários dos serviços de saúde.

Referências

- AMARAL, Luiza. A evolução dos princípios da isonomia e igualdade na legislação brasileira. *In: Jusbrasil*: portal eletrônico de informações, 2015. Disponível em: <https://luizaamaral.jusbrasil.com.br/artigos/252308951/a-evolucao-dos-principios-da-isonomia-e-igualdade-na-legislacao-brasileira>. Acesso em: 14 jun. 2019.
- BARRETO, Ana Cristina Teixeira. Igualdade entre sexos: Carta de 1988 é um marco contra a discriminação. *In: Consultor Jurídico*: portal eletrônico de informações, 05 de novembro de 2010. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2010-nov-05/constituicao-1988-marco-discriminacao-familia-contemporanea>. Acesso em: 23 jun. 2019.

- BARRETO, M. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n7/2097-2108/pt>. Acesso em: 26 abr. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *In: Relatório do Seminário Nacional de Saúde LGBT*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRAVEMAN, P.; GOTTLIEB, L. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *In: Public Health Reports*, v. 129, p. 19-31, jan.-fev. 2014. Suplemento 2.
- BROOKS, Hannah *et al.* Sexual orientation disclosure in health care: a systematic review. *Br J Gen Pract*, v. 68, n. 668, p. e187-e196, 2018.
- CARMO, M.; GUIZARDINI, F. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *In: Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 3, p. 1-14, 2018. Disponível em: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/public_site/arquivo/1678-4464-csp-34-03-e00101417.pdf. Acesso em: 10 jun. 2019.
- CARVALHO, Mario. “Travesti”, “mulher transexual”, “homem trans” e “não binário”: interseccionalidades de classe e geração na produção de identidades políticas. *In: Cadernos Pagu*, v. 52, p. e185211, 2018.
- COLEMAN, W. **Death is a social disease**: Public health and political economy in early industrial France. Madison: The University of Wisconsin Press, 1982.
- COUTO, Rafael. Do Princípio da Isonomia e da Igualdade. *In: Jusbrasil*: portal eletrônico de informações, 2015. Disponível em: <https://rafaghovatto.jusbrasil.com.br/artigos/325917477/do-principio-da-isonomia-e-da-igualdade>. Acesso em: 14 jun. 2019.
- DIAS, Amanda Pereira Oliveira. O princípio da isonomia em face das ações afirmativas em favor dos grupos minoritários. *In: Âmbito Jurídico*, Rio Grande, a. 20, n. 162, jul. 2017. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=19205&revista_caderno=9. Acesso em: 14 jun. 2019.
- D'OLIVEIRA, Maria Christina Barreiros. **Breve Análise do Princípio da Isonomia**. 2012. Disponível em: http://institutoprocessus.com.br/2012/wp-content/uploads/2011/12/3_edicao1.pdf. Acesso em: 14 jun. 2019.
- FRANÇA, Giovanni V. A. *et al.* Coverage and equity in reproductive and maternal health interventions in Brazil: impressive progress following the implementation of the Unified Health System. *In: International journal for equity in health*, v. 15, n. 1, p. 149, 2016.
- KEUROGHLIAN, Alex S.; MCDOWELL, Michal J.; STERN, Theodore A. Providing Care for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Immigrants at Health Centers and Clinics. *In: Psychosomatics*, v. 59, n. 2, p. 193-198, 2018.
- KUNITZ, S. **The health of populations**: General theories and particular realities. Oxford: Oxford University Press, 2007.
- MACDONNELL, Judith A. LGBT Health Care Access: Considering the Contributions of an Invitational Approach. *In: Journal of Invitational Theory and Practice*, v. 20, p. 38-60, 2014.

- MACIEL, Alvaro dos Santos. Uma breve análise entre o princípio da isonomia formal e isonomia material. *In: Âmbito Jurídico*, Rio Grande, a. 3, n. 9, mai. 2002. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=3973. Acesso em: 14 jun. 2019.
- MONTEIRO, Simone; BRIGEIRO, Mauro. Experiences of transgender women/transvestites with access to health services: progress, limits, and tensions. *In: Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 4, 2019.
- MOSCHETA, Murilo dos Santos; MCNAMEE, Sheila; SANTOS, Jucely Cardoso dos. Dialogue and transformation: embracing sexual diversity in the educational context. *In: Educar em Revista*, n. 39, p. 103-122, 2011.
- MOSCHETA, Murilo S.; SOUZA, Laura V.; SANTOS, Manoel A. Health care provision in Brazil: A dialogue between health professionals and lesbian, gay, bisexual and transgender service users. *In: Journal of health psychology*, v. 21, n. 3, p. 369-378, 2016.
- NASCIMENTO, E. P. Hipóteses sobre a nova exclusão social: dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. *In: Cadernos CRH*, Salvador, n. 1, p. 29/47, jul.-dez. 1994. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/crh/article/view/18772/12144>. Acesso em 13 jun. 2019.
- NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *In: Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p. 77-87, 2002. Suplemento 18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13795.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2019.
- SANTOS, Larissa Linhares Vilas Boas. O Princípio da Igualdade. *In: Âmbito Jurídico*, Rio Grande, a. 13, n. 72, jan. 2010. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7039. Acesso em: 14 jun. 2019.
- SILVA, E. A. **Sociologia aplicada à enfermagem**. São Paulo: Manole, 2012.
- WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1991.

Saúde Pública no Brasil e o princípio da reserva do possível

Ari Gonçalves Neto
Hideliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral
Carlos Henrique Medeiros de Souza

Considerações iniciais

A Saúde Pública no Brasil perpassou, no decorrer dos anos, por várias fases, e em cada uma delas houve preponderante influência de fatores sociais, políticos e econômicos. No início do século XX, a Saúde Pública era estritamente voltada para o atendimento dos trabalhadores efetivamente registrados, a fim de garantir apenas a manutenção da saúde, o que, em via de consequência, garantia a manutenção do sistema capitalista produtivo do setor industrial. Essa perspectiva se dava, inclusive, sob a chancela do Estado.

Em verdade, aos não empregados e desafortunados restava apenas o sistema de atendimento médico-hospitalar filantrópico. Verifica-se, em verdade, que esta política de saúde era diametralmente oposta às disposições da

Organização das Nações Unidas (ONU), bem ainda da Organização Mundial da Saúde (OMS), posto que para estas entidades, desde o final da Segunda Grande Guerra Mundial, a saúde passou a ser considerada um direito de todo ser humano, devendo ser o seu acesso amplamente democratizado e universalizado pelos Estados signatários.

Assim, no Brasil, apenas em meados da década de 1970 foi que os debates concernentes à reforma sanitária começaram a ganhar força, sobretudo, no âmbito acadêmico, para depois se alinharem aos movimentos sociais pregadores da redemocratização em 1980, o que gerou, então, todo um debate social, político e econômico sobre a criação de um sistema único de saúde.

A Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) de 1988 consagrou esse direito fundamental, elevando a saúde ao patamar dos direitos de todos os cidadãos brasileiros, dando um caráter universal semelhante àquele estabelecido pela ONU em 1948.

No entanto, apenas em 1990 é que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi efetivamente inserido no ordenamento jurídico pátrio. Registra-se que, embora atualmente haja toda uma conjuntura de direitos fundamentais referentes à saúde estabelecidos no texto da Lei e materializados pela criação do SUS, constata-se que o Estado, em suas divisões administrativas, busca, de toda sorte, descumprir com o comando legal.

E, para isso, tem lançado mão de uma série de justificativas políticas e jurídicas, dentre elas, as concepções referentes ao princípio da reserva do possível, que estabelece que o Estado apenas pode agir quando há dotação orçamentária suficiente, e, mesmo assim, quando não houver a possibilidade, ao menos em tese, de prejuízo ao interesse público.

Nesse sentido, o presente capítulo aborda as questões afetas ao Sistema Único de Saúde sob a perspectiva de sua imprescindível importância para fins de garantia e materialização do acesso amplo, irrestrito e universal à saúde pública.

O capítulo perpassa, também, pelas questões concernentes às políticas públicas que necessitam ser implementadas para que o Estado cumpra com seu dever legal sem, com isso, se furtar às suas outras responsabilidades institucionais. E ainda estabelece-se um paralelo entre o dever-fazer do Estado brasileiro frente ao princípio da reserva do possível.

A metodologia é qualitativa baseada em autores estudiosos do tema, bem como em decisões judiciais.

Sistema Único de Saúde: uma nova perspectiva a partir de 1988

A saúde em seu significado mais amplo reflete toda a conjuntura social, econômica, política e cultural de uma sociedade. Em verdade, a definição do que vem a ser saúde não é a mesma para todos os indivíduos. As épocas, os lugares e as classes sociais influenciam sobremodo neste conceito. E ainda os valores individuais, as concepções científicas, religiosas e filosóficas contribuem para essa diversidade de perspectiva (SCLLIAR, 2007).

Nesse sentido, percebe-se também que a definição de doença caminha no mesmo sentido, eis que no decorrer dos anos e considerando os avanços na área médica, muitos foram os seus significados. Inicialmente, acreditava-se que a divindade era quem fazia adoecer (HIPÓCRATES, 2002). Hipócrates de Cós (460-377 a. C.), alcunhado como o pai da Medicina, dentre os estudiosos de seu tempo, foi o pioneiro em defender a tese de que as doenças decorriam de um fenômeno natural. Corroborava essa afirmação (HIPÓCRATES, 2002) a referência que o mesmo fez notadamente no que diz respeito à epilepsia, que é, ainda hoje, considerada a libertação dos estudos médicos das superstições consuetudinárias.

Já a Organização das Nações Unidas afirma que a saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade (AGUIAR, 2015). Ressalta-se que a definição suso referida surgiu no cenário internacional imediatamente após o advento da Segunda Grande Guerra Mundial. No entanto, essa conceituação não corresponde ao que efetivamente ocorre junto aos países signatários da ONU. E o fator de destaque nesse contexto consiste nas declarações dos próprios estudiosos sobre o tema, como, por exemplo, dos bioeticistas, eis que afirmam que o conceito insculpido pela ONU atentaria contra os caracteres da dignidade da pessoa humana (AGUIAR, 2015).

Ainda sobre as positavações do direito à saúde como sendo um direito fundamental intrínseco a toda pessoa humana, tem-se que, segundo Aguiar (2015), as fortes influências da Declaração de Alma-Ata, privilegiadora dos cuidados primários e da assistência universal, fizeram com que países como o

Brasil e o Canadá decretassem em suas constituições que esse direito deve ser garantido indistintamente a todos os cidadãos.

No entanto, o que se verifica é a forte crítica a essa definição sobre saúde, sob os mais diversos argumentos, os quais perpassam, segundo Almeida Filho (2000), pelos debates epidemiológicos, bem ainda pelas dúvidas epistemológicas, chegando às discussões psicanalíticas afetas à saúde.

Nessa perspectiva e considerando a realidade da saúde brasileira, tem-se que antes do advento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde, apoiado pelos demais entes federativos, promovia praticamente e exclusivamente todas as ações de fomento da saúde e a prevenção contra as doenças. Destacavam-se, nesse período, as campanhas elaboradas com o escopo de controle das endemias. E todas essas ações eram estritamente de caráter universal, de modo que nenhum tipo de discriminação era aceitável, notadamente considerando a população beneficiária (SOUZA, 2002).

Já no aspecto da assistência à saúde, as políticas públicas do Ministério da Saúde eram garantidas tão somente por meio de alguns poucos hospitais, os quais eram especializados em tratamentos psiquiátricos e de combate à tuberculose. A Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (Fsesp), por exemplo, desenvolvia certos atendimentos em regiões predeterminadas, sobretudo nas regiões norte e nordeste do país (SOUZA, 2002).

As ações desenvolvidas eram igualmente denominadas de assistência médico-hospitalar, e eram prestadas àqueles considerados indigentes pelos estados federados e municípios. Registra-se que esses indigentes tratavam-se de parcela da população brasileira que não possuía qualquer direito, sendo toda a assistência prestada em caráter meramente voluntário, para não se dizer que era um favor ofertado (SOUZA, 2002).

O Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) era o grande garantidor desse acesso. O referido instituto foi o resultado, segundo Silva (2003), da fusão dos institutos de aposentadoria e pensões de diferentes categorias profissionais organizadas. Assim, tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, na medida em que havia a justificativa plausível de construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, sem contar o pacto com grandes centros urbanos privados para a prestação de serviços aos membros das categorias abrangidas pelo INPS.

Há que se ressaltar, por oportuno, que, conforme Silva (2003), essa assistência à saúde era prestada apenas aos empregados e trabalhadores formalizados, ou seja, apenas àqueles que tinham suas carteiras de trabalho e previdência social assinadas pelo empregador, bem ainda aos dependentes previamente informados. Ou seja, o caráter universal estabelecido pela ONU em 1948 não havia sido consubstanciado como uma fática realidade brasileira.

Inseridos nesse contexto desigual, violador dos direitos considerados básicos e inerentes a todos os seres humanos, foram ganhando, no Brasil, um forte impulso os movimentos de reforma sanitária, concomitantemente com o efervescer das ruas e dos movimentos sociais pela redemocratização do país (SOUZA, 2002).

Foi, então, com a efetiva retomada da democracia no Brasil e com a promulgação da CRFB em 1988 que a saúde passou a ser considerada como direito de todos e passou a ser um dever do Estado o seu universal e irrestrito acesso (AGUIAR, 2015).

A partir desse marco, começa-se a definir de maneira bem clara toda a universalidade que a cobertura do SUS viria a abranger. Importante ressaltar que o parágrafo único do artigo 198 da CRFB/88 assenta que “o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (BRASIL, CRFB, 1988).

Em 1990, efetivando toda a normatização para o acesso amplo e universal à saúde, foi criado o SUS pela promulgação da Lei de nº 8.080/1990, norma infraconstitucional (BRASIL, 1990). O comando do SUS em cada esfera de governo redefiniu a política pública de saúde, colocando o Ministério da Saúde como o gestor no âmbito federal. Essas afirmações evidenciam-se pelo disposto no artigo 7º da Lei acima citada, eis que neste dispositivo consta que a lei estabelece entre os princípios do SUS a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

A previsão legal trouxe, em verdade, uma mudança de paradigma para a realidade da saúde pública brasileira. O Brasil passou a ter um sistema único e universal de saúde. O que se verifica diante da implantação do Sistema Único de Saúde é que ainda que o ordenamento jurídico brasileiro aponte para a criação de um sistema unificado e universal sob a chancela do Estado, tem-se que esta ainda não se traduz, segundo Silva (2003), em uma realidade presente

na vida dos brasileiros. Infelizmente, ainda vigoram as características do sistema implementado pelo INPS.

E toda essa estrutura, segundo Souza (2002), era unicamente para que o trabalhador se mantivesse em condições sanitárias regulares, a fim de que o processo produtivo continuasse sendo beneficiado pela sua força de trabalho despendida, bem ainda para que a produção não sofresse quaisquer interrupções de continuidade.

Em reação crescente a esse poderio das medicinas de grupo, os especialistas médicos se opuseram e criaram as cooperativas de trabalho nacionalmente conhecidas como Unimed. Com o mercado em franca expansão, outros agentes econômicos relacionados à área financeira passaram a se interessar pelos negócios de vendas de planos de saúde e criaram vários planos e seguros de saúde. E tudo isso se alongou mesmo após a implantação do SUS, precisamente o surgimento dos múltiplos planos de saúde privados (MENDES, 1993).

Sob essas análises, observa-se que um dos maiores problemas do Sistema Único de Saúde perpassa por toda essa temática. E a universalidade (MENDES, 1993) tão propagada, ao menos, parece que exclui a grande massa de dependentes desse sistema, a classe média trabalhadora. E, por isso, constata-se o grande anseio entre parcela significativa da população em ter um plano de saúde.

Os postos de emprego atualmente estão sendo muito procurados porque não apenas garantem a percepção das contraprestações respectivas mensalmente, mas também pela garantia de uma proteção de natureza médico-assistencial (SILVA, 2003). E o que tem favorecido essa perspectiva cada vez mais distante dos princípios constitucionais aplicáveis ao direito à saúde é o fato de que, ante à universalização proposta, invariavelmente, se cai no laço do racionamento dos serviços de saúde e na perda de sua qualidade.

Essa deficiência é que estimula os usuários do SUS a buscar outras diversas formas de assistência, de modo que inevitavelmente as mazelas do sistema são a melhor demonstração da eficácia dos planos de saúde suplementar (AGUIAR, 2015).

Os planos suplementares surgem com objetivos bem claros, de forma que visam atender a uma necessidade dos meios de produção a fim de manter o

trabalhador em constante atividade; contrabalanceiam a exploração da mão de obra médica pelas medicinas de grupos como o faz a Unimed; e ainda se aproveitam de uma demanda cada vez mais emergente (AGUIAR, 2015).

E se o objetivo é, em última hipótese, o lucro, ainda que nas cooperativas de trabalho haja a principiologia ligada à justiça distributiva interna, não há como se furtrar a essa fatídica realidade. Apesar da regulamentação do setor com o advento da Lei de nº 9.656/1998 (BRASIL, 1998), que trata dos planos de saúde, o sistema é cristalinamente excludente, ao passo que cria a figura da doença preexistente, a carência a ser preenchida e a lista de procedimentos como elementos reguladores do acesso aos serviços.

Nesse aspecto, o SUS e a saúde suplementar equiparam-se, posto que prometem inúmeros benefícios e falham por falta de lastro econômico bastante e pelas gestões ineficazes.

Portanto, as novas perspectivas trazidas pelo advento do SUS não são de todo desanimadoras, eis que este sistema universalizou o acesso aos meios de tratamento da saúde, o que antes inexistia de forma precipuamente democrática. Assim, todo cidadão brasileiro, rico ou pobre, empregado ou desempregado, possui o direito de requerer do Estado a prestação positiva desse direito social fundamental, como a máxima do axioma interpretativo de todo o ordenamento jurídico brasileiro que é o supraprincípio da dignidade da pessoa humana.

Direito à saúde e o princípio da reserva do possível

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 consagra como direito fundamental a saúde, especificamente no artigo 196, quando estabelece que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Assim, posicionamentos políticos, econômicos e sociais devem garantir como um de seus objetivos a erradicação de doenças em trabalhos preventivos, a redução de agentes nocivos, sejam eles físicos, biológicos ou químicos, e fatores de riscos ou posteriores, de forma a garantir a promoção da proteção e recuperação quanto a infortúnios que de alguma forma venham atentar contra a integridade física ou psíquica dos indivíduos.

Em que pese a proteção estatal à saúde, consagrada no bojo da CRFB/1988 quanto à manutenção do estado saudável do indivíduo, através de meios que

garantem o seu bem-estar, existem posicionamentos utilitaristas que ameaçam limitar a aplicabilidade desse direito fundamental em uma perspectiva de norma programática, a ser interpretada em uma escolha baseada na possível ausência de recursos pelo Estado e a prioridade na contingência a ser selecionada.

Tal princípio que verifica a escassez e a possibilidade de cumprimento pelo Poder público denomina-se reserva do possível. Em um contexto de recursos escassos, em uma situação hipotética em que haja apenas uma possibilidade de escolha, devido à capacidade financeira, e que os únicos recursos disponíveis seriam suficientes apenas para a escolha de uma opção dentre duas existentes é que se aplica esta principiologia (FILHO, 2013). A título de exemplo, tem-se a opção “A”, referente à destinação de recursos da saúde para salvar a vida de uma pessoa, e a opção “B”, atinente à destinação de recursos para salvar a vida de cem pessoas. Assim, nesta situação, qual deveria ser a escolha do Poder Público em critérios de justiça?

Conforme Bentham, analisado o seu pioneirismo no pensamento utilitarista de Sandel (2012), nos dilemas morais a coisa certa a ser feita é aquela que maximizará a utilidade, definindo-a como algo que produza prazer ou felicidade e que evite a dor ou o sofrimento.

A maximização dessa utilidade, ainda conforme Sandel, poderia, de certo modo, suprimir o interesse individual para o favorecimento do interesse coletivo, ou seja, o interesse da maioria, o que pode justificar, pela atuação da administração pública, a escolha da hipótese “B”. Explica Sandel (2012, p. 48) que, “ao determinar as leis ou diretrizes a serem seguidas, um governo deve fazer o possível para maximizar a felicidade da comunidade em geral”.

No direito brasileiro existem algumas repercussões desse pensamento utilitarista de Bentham e Sandel, como é o caso do princípio administrativo da supremacia do interesse público sobre o privado, o qual pode, pelo interesse da coletividade, suprimir um direito individual, sendo como modalidade exemplificativa desse princípio a desapropriação de um imóvel particular para a criação de uma escola ou hospital público, conforme analisa Filho (2013).

De certo modo, há ainda uma concepção de que tal princípio fortalece o ideal democrático, pois se o governo republicano é instrumentalizado pelo povo, pela coletividade, nessa perspectiva nada mais justo do que o interesse do gestor público ser direcionado à satisfação da coletividade.

Corroborando o pensamento utilitarista de Bentham a releitura utilitarista com valores morais trazidos nos conceitos de Stuart Mill (1991), notadamente considerando a existência de dois importantes fatores. De um lado, o valor moral, e, de outro, o valor utilitário, na premissa de que talvez seja preciso maximizar a sobrevivência da espécie optando pela escolha de maior numerosidade de vidas a serem salvas.

Outra justificativa poderia ser que o fator moral é comum às duas escolhas, logo, não se deve considerar como resultado apenas o critério excedente que seria o utilitário, salvando o maior número de vidas, justificando a escolha da opção “B” pelo Poder Público. O fato é que existe nesse critério de escolha a consideração pelo Estado do fator da escassez de recursos na razão em que são evidenciadas apenas duas escolhas a serem tuteladas no objetivo de garantir a proteção do direito fundamental à saúde.

Ocorre que, conforme estabelece Filho (2013), há um problema implícito na perspectiva utilitarista no contexto brasileiro, que é o princípio da reserva do possível. Esse princípio tem sido cada vez mais utilizado pela administração pública para se esquivar das responsabilidades legais.

Em situações, por exemplo, de pedidos de oferta de medicamentos de alto custo, internações hospitalares e tratamentos especializados, é comum, no curso do processo, a administração pública alegar sua impossibilidade de oferta, especialmente, por falta de recursos que atendam a necessidade de recuperação do indivíduo na debilidade ocorrida (FILHO, 2013).

O problema implícito diz respeito ao princípio da reserva do possível, o qual pode levar ao processo de favorecimento do denominado estado de coisas inconstitucionais, isto é, quando constantemente não são concretizados os deveres essenciais referentes aos direitos fundamentais pelo Poder Público. E essas omissões na estrutura generalizada infringem direitos humanos fundamentais, como o direito à saúde.

Se, contemporaneamente, essa preocupação existe na precariedade dos sistemas prisionais brasileiros, como foi o caso das discussões em sede de ADPF de nº 347, caso haja a adoção frenética do princípio da reserva do possível pela administração pública, em outros setores considerados estruturantes da sociedade como a educação, segurança pública e a própria saúde, a máquina pública não funcionará com eficácia, ficando à mercê de milhares de ações judiciais.

Nesse sentido, outra questão que se impõe é relativa ao ativismo judicial. Assim, indaga-se se trata-se de uma interferência do Poder Judiciário no Executivo e Legislativo quando o primeiro impõe por decisão judicial e mesmo sem a dotação orçamentária o cumprimento de uma medida sobremodo dispendiosa aos cofres públicos, ou seja, há uma violação ao princípio constitucional da separação dos poderes? Filho (2013) leva em consideração que, de fato, os três poderes são delimitados pela lei para que sejam harmônicos entre si, considerando o contexto democrático das instituições.

De fato existem determinações do Poder Judiciário, como em alguns casos, a título exemplificativo que, em não havendo espaço público para o atendimento do serviço de saúde a um indivíduo, este deve ser deslocado para um estabelecimento particular custeado pelo Estado (FILHO, 2013).

Porém, deve-se atentar que quando a Constituição da República de 1988 menciona expressamente que a garantia à saúde é dever do Estado, significa, em uma interpretação teleológica, que cabe a este materializar esse preceito legal, sob pena de omissão na efetivação do mesmo.

Nesse contexto, outra indagação que se impõe é no sentido de que é o direito à saúde um direito destinado ao indivíduo ou ao coletivo, ou a ambos? Em verdade, o direito à saúde, apesar de mencionado como direito social quando do artigo 6º da Constituição da República Federativa de 1988, ganhou uma seção própria no artigo 196, oportunidade em que o legislador definiu pormenorizadamente sua abrangência.

Assim, o questionamento interpretativo que se impõe é no sentido de que o termo “todos”, contido no artigo 196 da CRFB/88, qual seja, “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, CRFB,1988), se refere apenas à coletividade ou a um pronome indefinido como direito relativo a qualquer indivíduo integrante dessa coletividade?

Nesse aspecto, o artigo 194 da Constituição da República de 1988 estabelece que a saúde integra o sistema da seguridade social, juntamente com a previdência social e a assistência social, razão pela qual a saúde tem como um dos seus princípios a “universalidade da cobertura e do atendimento”, de modo que por universalidade entende-se a destinação a todos os indivíduos, brasileiros ou estrangeiros, na cobertura protetiva de qualquer prejuízo à integridade física ou psíquica.

Assim, a saúde trata-se de um direito de todos, pois, se o legislador quisesse estabelecer de modo diferente, teria consignado no texto da norma que a saúde é um direito coletivo e dever do Estado (AGUIAR, 2015).

Aguiar (2015) afirma também que no viés principiológico da reserva do possível há um pragmatismo justificador de sua aplicabilidade, de modo que a administração apenas não oportuniza os recursos solicitados ante a escassez de dotação orçamentária, e apenas quando houver recursos é que as solicitações consideradas extraordinárias poderão ser atendidas. Filho (2013), por sua vez, dispõe que isso torna programático, dada a indefinição temporal de uma responsabilidade que é do Estado e que pode ser exigida pelo indivíduo de forma imediata. Salieta o autor que o princípio da reserva do possível não está expressamente consignado no texto constitucional e quiçá na legislação ordinária. Pelo contrário. Em verdade, segundo Silva (2003), o direito à saúde possui aplicabilidade imediata.

No entanto, a contínua justificação pelo Estado de recursos exíguos para efetivação de um direito fundamental, seja para o atendimento de uma demanda individual ou mesmo coletiva, pode levar a um comodismo e a uma despreocupação com a eficiência na prestação do serviço público de saúde, com a conseqüente violação de um dos princípios basilares do Estado Democrático de Direito, que é a dignidade da pessoa humana (STOLZE, 2013).

Não basta simplesmente alegar que não há possibilidades financeiras, é preciso demonstrá-las. E mais. É preciso ir além. Torna-se imprescindível a efetivação dos direitos sociais de maneira progressiva, planejando a aplicação da verba pública via orçamento, pois a mera existência de direitos sociais no ordenamento jurídico não faz sentido se não forem efetivados, principalmente por meio das políticas públicas. Para tanto, o Judiciário possui o papel de protetor do Estado Democrático de Direito, bem como de realização da cidadania e da justiça social, sem que, para isso, seja considerado violador do princípio da separação dos poderes, que não pode ser entendido de forma absoluta, principalmente quando há grave violação, omissão ou ameaça ao direito, que deve ser apreciado e analisado pelo Judiciário.

Por fim, ressalta-se que não há primazia dos direitos individuais sobre os direitos sociais, uma vez que todo direito fundamental exige a intervenção estatal, a implementação de políticas públicas e o gasto público para que sejam minimamente observados.

Considerações finais

A Saúde Pública no Brasil é considerada como sendo um direito social fundamental desde a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Assim, as perspectivas sobre saúde não mais se encontram atreladas ao assistencialismo reinante do século XX.

Em verdade, todos os cidadãos brasileiros têm irrestrito acesso ao Sistema de Saúde Pública. Nesse sentido, gestou-se para o Estado uma responsabilidade inexistente durante praticamente toda a história, de modo que a União, os Estados federados, os Municípios e o Distrito Federal possuem responsabilidade solidária na prestação desse serviço público. A dotação orçamentária anual deve prever fundos capazes de atender a demanda social nacional.

No entanto, percebe-se que, embora o SUS tenha sido um marco na história do país, servindo, inclusive, como fonte de inspiração para legislações alienígenas, ainda faltam políticas públicas sólidas que venham a exaurir devidamente todas as expectativas sociais quanto aos programas, projetos e assistências oportunizados pelo SUS.

O que se verifica, no entanto, é que a falta dessas políticas públicas está atrelada à corrupção de muitos agentes políticos, especialmente quando dos repasses de verbas de uma entidade administrativa para outra, bem ainda quando da distribuição dos recursos públicos dentro de cada ente federado.

E, como se não bastasse essa triste realidade fática, verifica-se, ainda, que há forte atuação política e jurídica no sentido de eximir o Estado de muitas das responsabilidades afetas à garantia de um adequado tratamento médico, de uma pronta intervenção cirúrgica, bem assim de uma prestação de cuidados e medicamentos básicos para as terapêuticas paliativas.

A justificativa centra-se nas concepções constantes do princípio da reserva do possível, segundo o qual o Estado apenas pode agir quando há dotação orçamentária suficiente, e, mesmo assim, quando não houver a possibilidade, ao menos em tese, de prejuízo ao interesse público.

Em verdade, o que se pretende com tais justificativas é repassar para a sociedade as consequências advindas de uma má gestão da coisa pública. E essa realidade não pode ser aceita ao passo de se negar o Estado Democrático de Direito.

Assim, apenas por meio de uma atuação conjunta dos três poderes da República com a devida observância de suas respectivas independências institucionais, bem ainda pela constante atuação social no sentido de reivindicar os direitos sociais fundamentais, é que se fará com que os agentes políticos passem a primar pelo interesse público local, regional e nacional em detrimento do enriquecimento ilícito, notadamente na perspectiva do direito à saúde pública de qualidade.

Referências

- AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS – Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo. 2ª ed., Martinari, 2015.
- ALMEIDA FILHO, Noamar. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V. 03, n. 1-3, 2000.
- BRASIL. CRFB, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 18 mai. 2019.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 18 mai. 2019.
- BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 18 mai. 2019.
- FILHO, José dos Santos Carvalho. **Manual de direito administrativo**. 26. ed. São Paulo: Atlas, 2013.
- HIPÓCRATES. **Conhecer, cuidar, amar: o juramento e outros textos**. São Paulo: Landy, 2002.
- MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas e saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. *In*: MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário: processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. São Paulo. Hucitec, pp. 17-95, 1993.
- MILL, John Stuart. **Sobre a liberdade**. Petrópolis: Vozes, 1991.
- SANDEL, Michael J. **Justiça - O que é fazer a coisa certa**. Tradução: Heloisa Matias e Maria Alice Máximo, 6. ed. Rio de Janeiro, Civilizado Brasileira, 2012.
- SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. São Paulo, pp. 29-41, 2007.
- SILVA, Pedro Luiz Barros. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. **Revista São Paulo em perspectiva**. v. 07, n. 01, 2003.
- SOUZA, Renilson Rehen de. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- STOLZE, Pablo. **Direito Constitucional Esquematizado**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.
- SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 347- Distrito Federal**. 2015. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=10300665>. Acesso em: 18 mai. 2019.

Sobre os autores

Annabelle de Fátima Modesto Vargas

Possui Licenciatura e Bacharelado em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2007), graduação em Farmácia pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (2010), Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (2014) e Doutorado em Sociologia Política pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. É professora do Centro Universitário Redentor (UniRedentor). Tem interesse por estudos no campo da Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Políticas Públicas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas; Uso de Medicamentos; Sociologia da Saúde.

Ari Gonçalves Neto

Advogado inscrito na OAB-RJ sob o nº 221.013, com experiência nas áreas trabalhista e previdenciária. Bacharel em Direito pela Universidade Iguazu - Campus V, Itaperuna (RJ), com conclusão em 2018. Estagiário de Nível Superior junto ao Gabinete da 01ª Vara do Trabalho de Itaperuna do Tribunal Regional do Trabalho da 01ª Região - RJ, pelos anos de 2015 a 2017. Mestrando

no Programa de Pós-graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF) durante o biênio 2018-2020. Membro efetivo do Grupo de Pesquisa Bioética e Dignidade da Pessoa Humana desde 2013, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral.

Audrey Vidal Pereira

Enfermeiro graduado pela Universidade Federal Fluminense. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - UFF e em Gestão em Saúde da Família pela Faculdade de Enfermagem e Instituto de Medicina Social da UERJ. Mestre e Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Atualmente, atua como professor Adjunto na Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. Tem experiência nas áreas de Saúde Coletiva/Estratégia de Saúde da Família e Saúde da Mulher/Enfermagem Obstétrica. Tem atuado em áreas de investigação com os seguintes temas: saúde da mulher, gênero e trabalho.

Bianca Magnelli Mangiavacchi

Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (2006); graduação em Complementação pedagógica com habilitação em Biologia pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo (2016); mestrado em Biociências e Biotecnologia pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF (2009) e doutorado em Biociências e Biotecnologia pela UENF (2016). Atualmente, é membro do comitê de ética animal - CEUA do Instituto Federal Fluminense. Atua como tutora presencial da Fundação Centro de Ciências e Educação Superior à Distância do Estado do RJ. É Avaliadora Institucional do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Atualmente, está na subcoordenação do curso Bacharelado em Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos e atua como professora dessa instituição. Tem experiência na área de Biologia Geral, Bioquímica, Imunologia, Parasitologia, Saúde Pública, Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: *Toxoplasma gondii*, neonatos, anticorpos e doenças crônicas não transmissíveis e doenças infecciosas e parasitárias.

Carlos Henrique Medeiros de Souza

Docente e Coordenador do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes - RJ.

Cássius Guimarães Chai

Pós-doutorando em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva – Universidade do Porto. Mestre e Doutor em Direito Constitucional (UFMG - CAPES e Cardozo School of Law). Professor Associado da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, Maranhão. Graduação e PPGDIR Direito e Instituições do Sistema de Justiça. Professor Visitante Normal University of Political Science and Law Shanghai - China. Membro do Ministério Público do Estado do Maranhão. Membro da Sociedade Europeia de Direito Internacional, International Association of Constitutional Law, International Association of Prosecutors, Academia Brasileira de Direito Internacional, IBCCrim, Instituto de Ciências Penais, ABPCP e ANDHEP.

Elaine Antunes Cortez

Possui Graduação em Enfermagem e Licenciatura em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense (2000), Especialização em Saúde da Família - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2004), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2005). Fez residência em Saúde Pública pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003) e Ativação dos Processos de Mudança na Formação do Profissional de Saúde pela FIOCRUZ (2006). É doutora pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2009) e pós-doutora pela Universidade do Porto (Portugal) na área de saúde mental. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: estratégia saúde da família, enfermagem, educação, saúde do trabalhador e saúde mental. Atualmente, é professora adjunta da Universidade Federal Fluminense, atua na graduação, pós-graduação em Enfermagem do Trabalho, no Mestrado Profissional Ensino na Saúde. Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem - Regional Niterói. Professora do curso de residência em enfermagem em saúde coletiva (UFF) e enfermagem obstétrica (UFF). Coordenadora de Monitoria do MEP (UFF).

Fernanda Santos Curcio

Doutoranda vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Mestre em Memória Social pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense. Professora da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana.

Hildelano Delanusse Theodoro

Doutor em Saneamento, Meio Ambiente e Recursos Hídricos (UFMG), Mestre em Extensão Rural pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), MBA Executivo em Gestão de Projetos (AVM), Bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Graduado em Administração (UNIP), Licenciado em Ciências Sociais (FIC), Graduando em Ciências Contábeis (UNIP). Membro dos grupos de pesquisa “Observatório de Políticas Públicas” e “Educação Ambiental Interdisciplinar”, da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF); “Media Lab”, da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA). Integrante dos projetos de pesquisa “Projeto Escola Verde” pela Universidade do Vale do São Francisco (UNIVASF); “Governança das águas: elos, nós e caminhos” e “Construção e consolidação do observatório de governança das águas: Núcleo Fluminense” pela Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Consultor e auditor na área ambiental, sendo autor de livros e artigos sobre gestão e políticas públicas. Docente universitário desde 2000 em mais de 15 IES brasileiras.

Hideliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral

Cursando Pós-doutoramento em Direito Civil e Processo Civil pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Doutora e mestra em Cognição e Linguagem pelo PGCL (Uenf). Doutoranda em Ciências Jurídicas pela Universidad Nacional de La Plata, Argentina (UNLP). Especialista em Direito Privado, em Direito Público e em Educação. Membro efetivo da Asociación Argentina de Bioética Jurídica – UNLP. Docente do Curso Jurídico e de Medicina da Universidade Iguazu – Campus V – Itaperuna, atuando no Curso de Direito Civil – Contratos e Sucessões – e orientação de Trabalho de Conclusão de Curso

(TCC). Sucessões e Direito em Saúde no Curso de Medicina. Advogada OAB-RJ, inscrita sob o nº 134442. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Bioética e Dignidade Humana, constituído por estudantes-pesquisadores dos cursos de Direito, Medicina, Psicologia, Enfermagem e Fisioterapia, dentre outros.

Ivia Maksud

Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva (Área de Concentração: Ciências Humanas e Saúde) pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Foi professora adjunta da Universidade Federal Fluminense de abril de 2009 a janeiro de 2015, atuando na graduação do curso de medicina e na Pós-graduação em Saúde Coletiva. Atualmente, é pesquisadora da Fiocruz e professora permanente da Pós-graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente (IFF/Fiocruz) e do Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública (Fiocruz Piauí). Tem experiência na área de Ciências Sociais em Saúde, desenvolvendo pesquisas principalmente sobre os seguintes temas: HIV/AIDS, Ciências Sociais e Saúde Coletiva; Metodologia qualitativa em saúde.

José Angelo Machado

Professor associado do Departamento de Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Doutor em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Atua como pesquisador no Núcleo de Estudos em Gestão e Políticas Públicas (Publicus) da UFMG e no Centro Institucional de Análise de Políticas Sociais (CIAPSoc). Áreas de interesse: instituições políticas e interação estratégica, federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas.

José Manuel Peixoto Caldas

Médico e Sociólogo. Postdoc em Antropologia (2003) e Doutor em Sociología (2001) - Universidad de Barcelona; Mestrado em Medicina (1997) - Universidad de Barcelona; e Mestrado em Sociologia (1997) pela Universidade Nova de Lisboa. Investigador integrado do ISPUP - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Professor Catedrático da UFPB.

Juliana da Conceição Sampaio Lóss

Psicóloga, Pedagoga, Especialista em Psicologia da saúde e hospitalar, Especialista em Psicopedagogia Institucional, Especialista em Psicologia Cognitivo-Comportamental, Especialista em Terapia Familiar Sistêmica. Possui Licenciatura Plena em Sociologia. É doutoranda em Psicologia Clínica pela UCES e Graduanda do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguazu, Campus V. Membro da Liga Acadêmica LAIESC (Liga Acadêmica de Integração Escola Serviço e Comunidade), Membro da IFMSA (Federação Internacional dos Estudantes de Medicina – Comitê UNIG), Coordenadora de Extensão Universitária – Comvida: O Câncer, Diagnóstico e a Prevenção, Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Bioética e Dignidade Humana.

Kelly Gomes Messias Andrade

Possui Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Iguazu (2007), pós-graduação em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Nova Iguazu (2010) e em Acupuntura pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde (2016). Mestranda em Educação em Saúde pela Universidade Federal Fluminense, pós-graduada em Docência do Ensino Superior pelo Centro Universitário Redentor e Graduanda em Teologia pelo Centro Universitário Filadélfia. Atualmente, coordena o Programa de Educação Permanente em Saúde na Secretaria Municipal de Saúde em Itaperuna, atua como Professora Especialista no Centro Universitário Redentor e Enfermeira da Frente Nacional de Combate ao Câncer.

Klécia Patrícia de Melo Lindoso

Mestranda em Direito e Instituições do Sistema de Justiça do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Maranhão - PPGDIR/UFMA. Bacharel em Direito - UFMA, Maranhão (Brasil). Pesquisadora voluntária do Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão Cultura, Direito e Sociedade.

Larissa de Paula Ferreira

Mestranda no Programa de Pós-graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - PGCL/UENF,

Campos dos Goytacazes - RJ. Bacharela em Direito pela Universidade Iguaçu - Campos V, Itaperuna - RJ.

Luciana Cristina de Campos Barbosa

Bolsista CAPES, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (PPGSP/UENF), mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e graduada em Ciências Sociais na UENF.

Mariana Fernandes Ramos dos Santos

Professora do Curso de Psicologia da UNIFSJ. Psicóloga, neuropsicóloga e terapeuta cognitivo-comportamental. Mestre em Psicologia.

Marianne Azevedo Bulhões

Bolsista CAPES, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (PPGSP/UENF), onde desenvolve pesquisa sobre políticas públicas voltadas à assistência ao parto. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz (COC/FIOCRUZ), onde elaborou estudo na linha de pesquisa “História das Ciências Biomédicas”. Graduada em Ciências Sociais pela UENF, possui complementação pedagógica em Sociologia.

Mauro Macedo Campos

Doutor em Ciência Política, Mestre em Ciências Sociais/Gestão de Cidades, Especialista em Saúde Pública/Auditoria de Sistemas de Saúde e Graduado em Ciências Econômicas pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Pós-doutorado em Ciência Política pela UNICAMP. Atualmente, é professor e pesquisador associado da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF), atuando junto ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política (PPGSP), onde também faz parte da Comissão Coordenadora. Atua

na gestão financeira da Associação Latino-Americana de Ciência Política (ALACIP/BR). Trabalhou por 15 anos como auditor e consultor externo. Tem experiência nas áreas de Gestão Pública e Ciência Política, com ênfase em Políticas Públicas, Auditoria e Controle, Instituições Políticas e Financiamento Partidário-Eleitoral.

Melissa Luciana de Araújo

Bacharel em Nutrição, Especialista em Educação Nutricional e Mestre em Saúde e Enfermagem. Possui experiência em Nutrição Clínica (Agravos em saúde e envelhecimento), Educação Nutricional e Saúde Pública com ênfase em Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Preceptora de estágio, curso de Nutrição da Faculdade Kennedy, Conselheira do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável de Minas Gerais (CONSEA-MG) e membro da Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável. Membro do Grupo de Estudos em Epidemiologia Nutricional (GREEN-UFMG) e pesquisadora do Grupo de Estudos em Agricultura Urbana AUÊ/UFMG, reconhecido pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Regina Rodrigues de Oliveira

Bacharel em Nutrição. Mestre em Extensão Rural, Universidade Federal de Viçosa, 2013. Área de concentração: Cultura, processos sociais e conhecimento. Atua na área de segurança alimentar e nutricional, principalmente nos seguintes temas: alimentação, nutrição e saúde, políticas públicas e sistemas agroalimentares. Possui grande vivência em conselhos de controle social, em nível municipal, estadual e nacional. Foi conselheira no Conselho Regional de Nutricionistas da 9ª Região, onde foi diretora por dois mandatos. Ex-conselheira do Conselho Federal de Nutricionistas, onde coordenou a Comissão de Comunicação. Integra os movimentos pela produção de alimentos de forma sustentável desde 1986.

Rosalee dos Santos Crespo Istoe

Possui graduação em Teologia - Seminário Teológico Batista do Sul do Brasil/RJ. (1985), graduação em Psicologia pela Universidade Metodista de

São Paulo/SP. (1991), mestrado em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo/SP (1999) e doutorado em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Oswaldo Cruz/RJ (2007). É Psicóloga e Professora do Curso de Mestrado e Doutorado em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: 1 - Graduação: Psicologia do Desenvolvimento da Criança e do Adolescente; Psicologia da Educação. Educação e Psicopedagogia (EAD. Consórcio CEDERJ); 2 - Mestrado e Doutorado: Educação Saúde e Gênero; Seminários Avançados e Supervisão; 3 - Pesquisadora: Desenvolve pesquisas na área de Desenvolvimento e Envelhecimento Humano, e coordena o Programa da Terceira Idade em Ação na Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, no município de Campos dos Goytacazes - RJ.

Tauã Lima Verdan Rangel

Mestre (2013-2015) e Doutor (2015-2018) em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense. Especialista Lato Sensu em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2017-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Administrativo pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Ambiental pela FAVENI/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito de Família pela FAVENI/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Práticas Processuais Civil, Penal e Trabalhista pelo Centro Universitário São Camilo - ES (2014-2015). Coordenador do Grupo de Pesquisa “Direito e Direitos Revisitados: Fundamentalidade e Interdisciplinaridade dos Direitos em Pauta” – vinculado ao Instituto de Ensino Superior do Espírito Santo (MULTIVIX) – Unidade de Cachoeiro de Itapemirim - ES. Coordenador do Grupo de Pesquisa “Fases e Interfaces do Direito, Sociedade, Cultura e Interdisciplinaridade no Direito” – vinculado à FAMESC - Bom Jesus do Itabapoana/RJ. Professor universitário, pesquisador e autor de diversos artigos e ensaios na área do Direito.

Articulando abordagens multifacetadas, esta obra oferta estudos inéditos que gravitam ao derredor da temática da **saúde humana**, cuja valoração, em qualquer vertente que se prospecte, é indene de controvérsia, à vista da importância que esse bem assume como pressuposto de preservação da vida.

Essa valoração atribuída à saúde humana justifica sua abordagem pelos mais variados ramos da ciência, propiciando, desse modo, a ultimação de recortes que viabilizem a sua melhor compreensão. Situam-se, dessa maneira, os trabalhos que integram esta obra, no domínio das Ciências Sociais, privilegiando-se sua análise sob o ponto de vista jurídico.

Prof.ª Dr.ª Maria do Socorro Almeida

Doutora em Direitos Humanos pela Universidade de Salamanca (Espanha)

Juíza do Trabalho vinculada ao Tribunal Regional do Trabalho da 16ª Região -
Vara do Trabalho de Barreirinhas (MA)



www.editorabrasilmulticultural.com.br

www.facebook.com/ibramep

contato@brasilmulticultural.com.br