

**DIREITOS HUMANOS,
DIVERSIDADE E ENSINO
SUPERIOR:
DIÁLOGOS ENTRE
EDUCAÇÃO E SAÚDE**

Organizadoras:

Vera Rocha
Lorena Vitola Castaño



editora
redeunida

soucet
consultoria e investigación educativa y jurídica

DERECHOS HUMANOS,
DIVERSIDAD Y EDUCACIÓN SUPERIOR:
DIÁLOGOS ENTRE EDUCACIÓN Y SALUD

Organizadoras:

Vera Rocha

Lorena Vitola Castaño



editora
redeunida

soucet
consultoría e investigación educativa y jurídica

2024

DIREITOS HUMANOS, DIVERSIDADE E ENSINO SUPERIOR: DIÁLOGOS SOBRE EDUCAÇÃO E SAÚDE

DERECHOS HUMANOS, DIVERSIDAD Y EDUCACIÓN SUPERIOR: DIÁLOGOS ENTRE EDUCACIÓN Y SALUD

Rede Unida & Soucet

[Livro Eletrónico – Libro Electrónico]

Organizadoras

Vera Rocha

Lorena Vitola Castaño

ISBN 978-65-5462-129-8

DOI 10.18310/9786554621298

Porto Alegre, Brasil

[Primeira Edição - Primera Edición]

2024

Direitos reservados, o uso não comercial é autorizado, sob a licença CC BY NC SA 4.0.

[Atribuição-Não Comercial-Compartilhar Igual -4.0 Internacional].

Derechos reservados, se autoriza el uso no comercial, bajo la licencia CC BY NC SA 4.0

[Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual -4.0 Internacional]





DIREITOS HUMANOS, DIVERSIDADE E ENSINO SUPERIOR: DIÁLOGOS SOBRE EDUCAÇÃO E SAÚDE

DERECHOS HUMANOS, DIVERSIDAD Y EDUCACIÓN SUPERIOR: DIÁLOGOS ENTRE EDUCACIÓN Y SALUD

Rede Unida & Soucet

[Livro Eletrónico – Libro electrónico]

Organizadoras

Vera Rocha
Lorena Vitola Castaño

O conteúdo e as opiniões expressas neste livro são de responsabilidade exclusiva dos autores, e não refletem necessariamente as visões ou posições dos editores, organizadores, ou colaboradores, envolvidos nesta publicação.

El contenido y las opiniones expresadas en este libro son responsabilidad exclusiva de los autores, y no necesariamente reflejan el punto de vista, o la posición de los editores, los organizadores, o los colaboradores, que participaron en esta publicación.

[Português]
FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D597

Direitos humanos, diversidade e formação superior: diálogos entre educação e saúde/ Organizadoras: Vera Rocha e Lorena Vitola Castaño – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Bogotá D.C.: Soucet, 2024.

p. 344 (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 46).
E-book: PDF.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5462-129-8

DOI 10.18310/9786554621298

1. Promoção da Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Direitos Humanos. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 18
CDU 376

Ficha catalográfica elaborada por Alana Santos de Souza – Bibliotecária – CRB 10/2738

[Espanol]
FICHA DE CATALOGACIÓN
Catalogación Internacional de Datos de Publicación (CIP)

D597

Derechos humanos, diversidad y formación superior: diálogos entre educación y salud/ Organizadoras: Vera Rocha y Lorena Vitola Castaño – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Bogotá D.C.: Soucet, 2024.

p. 344 (Série Interlocuciones Práticas, Experiencias e Investigaciones en Salud, v. 46).
E-book: PDF.

Incluye bibliografía.

ISBN 978-65-5462-129-8

DOI 10.18310/9786554621298

1. Promoción en salud 2. Educación en Salud. 3. Derechos Humanos. I. Título. II. Asunto. III. Organizadores.

NLM WA 18
CDU 376

Ficha de catalogación elaborada por Alana Santos de Souza – Bibliotecaria – CRB10/2738

[Comitê Editorial]

Associação Rede UNIDA

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados:

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Virgínia de Menezes Portes

Conselho Editorial:

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil); Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil); Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha); Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália); Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália). Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha); Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América); Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil); Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil); Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil); Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil); Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil); Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil); Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense); João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil); Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil); Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil); Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina); Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil); Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil); Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil); Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil); Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil); Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália); Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil); Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil); Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil); Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil); Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil); Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil); Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil); Sara Donetto (King's College London, Inglaterra); Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil); Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil); Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil); Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil); Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN); Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza, Jaqueline Miotto Guarnieri e Camila Fontana Roman

Revisor de Português

Tiago Estrela da Cunha Moraes

[Comité Editorial]

Soucet

Dirección Ejecutiva

Lorena Vitola Castaño

**Dirección Administrativa y
Financiera**

José Ramiro Nieto Echeverry

Dirección Educativa

Pablo Dos Santos

Amira Salazar Yañez

Coordinación Editorial

Nelson Molina Ramírez

Rafael Hernández Royett

Coordinación Jurídica

Lina Bedoya Cerquera

Ariana Benito Revollo

Coordinación Científica

Tulio Batista Franco

Robinson Sánchez Tamayo

Wilson Soto

Yolanda Dallos

**Coordinación de Responsabilidad
Social**

José Luis Valle Benedetti

Alexander González Seijo

**Coordinación de Relaciones
Interinstitucionales**

Sherezada Calderón Vega

Gilma Liliana Rodríguez

Coordinación de Becas

Vera MRocha

Héctor Londoño Lozano

Evalúadores

Cecilia Neves Lima

Yolanda Dallos González

Pablo Dos Santos

Iván Gutiérrez Cuadrado

Camilo Garzón Sánchez Tautiva

Sanders Lois Lozano Solano

**Asistencia Editorial y
Diagramación**

José David Nieto Vitola

**Imagen de Portada y
Contraportada**

Equipo de Diseño Gráfico

Coordina: Daniel Julián Echeverry

Traducción al Español

Departamento de Idiomas

Coordina: María Alejandra Nieto

**Equipo de Pares Evaluadores
[Equipe de Avaliadores]**

Adriane Batiston; Aurélia Maria Rios; Camila Fontana Roman; Camilo Garzón Sánchez Tautiva; Cecilia Neves Lima; Denise Bueno; Frederico Viana Machado; Gabriel Alves Godoi; Iván Gutiérrez Cuadrado; Jaqueline Miotto Guarnieri; Karen Soares Porto; Karin Juliana Daffinyn da Silva; Mara Lisiane M Santos; Márcia Fernanda de Mélo Mendes; Marcia Naomi S. Higashijima; Pablo Dos Santos; Rodrigo Dornelas; Sanders Lois Lozano Solano; Sonia Maria Lemos; Túlio Batista Franco; Virginia de Menezes Portes; Yolanda Dallos González.

Associação Rede Unida

<https://redeunida.org.br/pt-br/>

Fone: (51) 3391-1252

Rua São Manoel N°498, Bairro Santa Cecília

Porto Alegre/RS - CEP: 90.620-110

Soucet

<https://www.soucet.com/>

+57 3052432722

Cra. 9, calle 115 #06-30, Tierra Firme Tower, Piso 17

Complejo Empresarial y Ejecutivo, Santa Bárbara

Bogotá D.C., Colombia



editora@redeunida.org.br

responsabilidadsocial@soucet.com

SUMÁRIO

CONTENIDO

PREFÁCIO [PRÓLOGO]	12
Tulio Batista Franco	
APRESENTAÇÃO [PRESENTACIÓN]	18
Vera Rocha & Lorena Vitola Castaño	
CAPÍTULO I	25
DIREITOS “DE” E “PARA” HUMANOS <i>[Artigos de pesquisa]</i>	
DERECHOS “DE” Y “PARA” HUMANOS <i>[Artículos producto de investigaciones]</i>	
LA INCLUSIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LOS PERFILES DE EGRESO DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA. EL CASO DE CHILE.....	26
Carlos Güida Leskevicius	
DE LA OPERACIÓN ORIÓN A LA PROHIBICIÓN DE LA EUTANASIA: NECROPODER Y BIOPODER COMO EXPRESIONES CONSTITUTIVAS DE LA RACIONALIDAD DE ESTADO.....	37
Federico Villegas Cardona	
HUMANIZAÇÃO DAS SUBJETIVIDADES: A CARTOGRAFIA SENTIMENTAL NA DISCUSSÃO DE GÊNERO DECOLONIAL.....	50
Bruno Azzani Braga	
Marco Antonio de Barros Junior	
EM QUEM VOCÊ ACREDITA? AS DESINFORMAÇÕES ESPALHADAS NO CENÁRIO PANDÊMICO BRASILEIRO.....	66
Paulo de Tarso Xavier Sousa Junior	
Alberto Manuel Quintana	

IMIGRANTES, ENSINO SUPERIOR E SAÚDE: DIREITOS HUMANOS NA UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL.....78

Izabella Barison Matos
Antônio Valmor de Campos
Lilian Marta da Silveira

CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE PARA A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS NO CUIDADO À POPULAÇÃO LGBTQIA+92

Flávia Alves da Silva
Juliana Vieira Sampaio

DIREITOS HUMANOS, RACISMO INSTITUCIONAL, SAÚDE BUCAL E A INTEGRALIDADE DO CUIDADO: O DIREITO À SAÚDE DE GESTANTES E PUÉRPERAS110

Rose Mari Ferreira
Alcindo Antônio Ferla

AS FRONTEIRAS PARA O CUIDADO DOS/AS IMIGRANTES EM CHAPECÓ-SC: DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)125

Cláudio Claudino da Silva Filho
Heric Carvalho Vieira
Letícia Variani

ENTRE O DIREITO DE ACESSO E O DIREITO DE RECUSA: O CASO DOS PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL141

Andreza Silva dos Santos
Martinho Braga Batista e Silva

REFLEXÕES SOBRE O ENSINO SUPERIOR DE ENFERMAGEM EM CABO VERDE158

Liciane Langona Montanholi

APROXIMACIÓN AL MARCO JURÍDICO DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN COLOMBIA: CONSIDERACIONES EDUCATIVAS CON ENFOQUE DE DERECHOS171

Lorena Vitola Castaño

CAPÍTULO II	183
DIREITOS HUMANOS EM DIÁLOGO: EXPERIÊNCIAS QUE NOS APROXIMAM <i>Artigos baseados em relatos de experiências</i>	
DERECHOS HUMANOS EN DIÁLOGO: EXPERIENCIAS QUE NOS APROXIMAN <i>Artículos producto de relatos de experiencias</i>	
A MEDIATRAVISMO COMO DISRUPTURAS DISCURSIVAS: POLÍTICAS DE APARIÇÃO DE VIDAS QUE IMPORTAM	184
Reginaldo Moreira	
A PSICOLOGIA FRENTE À INTERIORIZAÇÃO VENEZUELANA: DIREITOS HUMANOS COMO ÉTICA PROFISSIONAL	205
Vanessa Ruffatto Gregoviski	
NO MOVIMENTO DO REBOJO: PROCESSOS PARA O ACESSO À ÁGUA E AO ESGOTAMENTO SANITÁRIO NO MÉDIO SOLIMÕES, AMAZÔNIA BRASILEIRA	214
Taina Martins Magalhães Luiz Francisco Loureiro João Paulo Borges Pedro	
EDUCAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS: CONSTRUINDO PONTES PARA A HUMANIZAÇÃO DA PRÁTICA MÉDICA	231
Maria Elisa Gonzalez Manso Maria Fernanda Terra Ana Carolina Toguchi	
EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO REMOTA DE LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS NO SUS, A PARTIR DA EDUCAÇÃO POPULAR, DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	246
Yasmin Maria Sátiro Cruz Tavares Ruth Maria Mendonça Anacleto Daniella de Souza Barbosa	
FORMAÇÃO EM SAÚDE NO RIO TAPAJÓS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO ABARÉ.....	225
Bruno Gonçalves Gavião	

MEU PARTO, MINHAS REGRAS, MEUS DIREITOS E MEU ACOMPANHANTE COM OU SEM PANDEMIA275

Luciane da Silva d'Avila
Stella Maris Brum Lopes
Laura Bernardina de Oliveira Correa

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE LGBTQIA+: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA COM ENFOQUE NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS295

Robson Aparecido da Costa Silva
Marciana Feliciano

DIREITOS HUMANOS, DIVERSIDADE E EQUIDADE DE RAÇA E GÊNERO: O FÓRUM DA REDE UNIDA QUE SE AQUILOMBA PARA RESISTIR312

Vera Rocha
Márcia Fernanda de Mélo Mendes
João Lucas da Silva Ramos

PREFÁCIO

“Direitos humanos, diversidade e formação superior: diálogos entre educação e saúde” é o livro organizado por Vera Maria da Rocha e Lorena Vitola Castaño, publicado pela Editora Rede Unida, em uma madura e profícua parceria de cooperação internacional entre a Soucet e a Associação Rede Unida. Sintonizado com os grandes temas do nosso tempo, a diversidade como expressão da multiplicidade que forma a comunidade de humanas e humanos, dando a ela a riqueza e potência, que faz com que a humanidade persevere ao longo dos séculos, mesmo em situações históricas adversas. Neste longo percurso de construção da civilização que habita este planeta, a educação tem representado a possibilidade de mudança contínua, e ilimitada no tempo. Traz em si a possibilidade de potência, a força para construção de uma nova conformação social, em que os direitos humanos sejam efetivos, naquilo que propõe a carta da Organização das Nações Unidas (ONU).

Vivemos um tempo de grandes desafios ao bem-estar da humanidade, uma época em que a Declaração Universal dos Direitos do Homem, aprovada pela ONU em 10 de dezembro de 1948, precisaria ser lembrada todos os dias, especialmente quando anuncia em uníssono aos povos do mundo, em seu parágrafo primeiro:

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.

Todo o conhecimento acumulado durante séculos, não foi capaz de evitar a experiência trágica da Pandemia de covid-19 (2020-2022). Ela ensinou ao mundo que os humanos ainda não nascem iguais. Há grupos populacionais mais iguais do que os outros, diferenciando-se pela condição socioeconômica, a cor da pele, o gênero, grupo étnico, o lugar de moradia, enfim, de acordo com o padrão de cada um, a pessoa pode ou não sofrer discriminações por características diferentes daquelas do grupo hegemônico que habita o mesmo espaço global. Traços colonialistas ainda marcam grande parte das relações entre populações, como se pode ver nos muitos anos de conflito entre Israel e Palestina, imigrantes em países da Europa e EUA principalmente, e inúmeras situações marcadas pela tensão entre grupos internos no mesmo país. A colonialidade como um padrão cultural, caracteriza as relações entre muitos grupos humanos ainda na contemporaneidade.

O padrão civilizatório proposto pelo documento da ONU, ainda precisa ser alcançado, e o será se houver um esforço coletivo para esta construção, que envolva os diferentes e muitos povos que habitam este planeta. A desigualdade mata quando se trata de proteger a saúde e a vida das pessoas, como se pôde ver durante a maior crise sanitária deste século. Na época assistimos a milhões de pessoas, especialmente de países pobres, e camadas mais vulnerabilizadas da população, pedirem o acesso a equipamentos de proteção, e às vacinas, o que para muitos foi mais difícil e tardio, do que para outros países. A desigualdade marca nosso tempo, e clama pela efetividade dos princípios da carta da ONU.

Da mesma forma os eventos climáticos extremos, cada vez mais frequentes, vêm atingindo de forma mais dramática as populações periféricas, mais expostas aos riscos causados pelo desequilíbrio entre a atividade humana extrativista e industrial, e a necessária preservação da natureza. Racismo ambiental é o conceito que indica a maior exposição das populações periféricas, negras, indígenas, e outros grupos populacionais vulnerabilizados, aos riscos e danos causados pela crise climática atual.

Por fim, a violência é outra característica do nosso tempo. Atinge de forma mais direta as pessoas que vivem em comunidades periféricas, regiões de conflito agrário e fundiário, assim como a profusão de guerras em várias regiões do mundo, têm imposto o sofrimento a milhões de pessoas. Assistimos o direito ser violentado, e negado, quando se trata de pessoas expostas à ameaça à vida, à saúde, deslocados compulsoriamente da sua comunidade e moradia. Em geral perdem tudo nesse movimento também as referências culturais e comunitárias.

As doenças contemporâneas, emergência climática e violência, são as três principais linhas de força que caracterizam nosso tempo, naquilo que diz respeito à constituição das relações sociais e afetivas, que significam este momento em específico. E a depender de como entendem os acontecimentos, especialmente de um ponto de vista da formação da sua subjetividade, essas pessoas podem agir de forma mais potente, para mudar o atual estado de coisas, ou, se submeter ao padrão lamentável de autodestruição. É neste ponto que os processos educacionais ganham muito sentido, porque são os dispositivos capazes de liderar um processo de mudança das pessoas e das coisas. Isto evidentemente demanda um esforço gigantesco que envolve necessariamente a mudança de valores e crenças, o reconhecimento do outro como portador de direitos, a inserção de todos na comunidade global. Políticas educacionais têm uma relevância enorme nos processos de garantia e efetividade dos Direitos Humanos.

Uma educação comprometida com novos tempos, de uma humanidade mais igualitária, de cuidado às pessoas e justiça social, traz em si uma prática libertadora. Como nos sugere Paulo Freire, a educação serve para transformar as pessoas e o mundo, cuja

prática é caracterizada pela “amorosidade”, no sentido que propomos, é preciso educar as pessoas para a prática social e comunitária de solidariedade.

Solidariedade é a palavra que possibilita o laço humano, social, afetivo, para constituir um novo tempo, marcado pelo convívio harmônico entre a humanidade e a natureza. Ela é a soma de potências, ou seja, aposta principalmente no encontro entre pessoas e grupos, através do qual é possível aumentar a potência de agir, na produção de mudanças, que inaugurem um novo tempo. Os Direitos Humanos são um dispositivo que serve à proposta educacional que considera o respeito à diversidade um importante analisador do grau civilizatório de determinada sociedade. A educação tem a força necessária para mudar a paisagem humana. Construir um mundo de paz.

O nome do livro é sugestivo e pleno de significado: *“Direitos humanos, diversidade e formação superior: diálogos entre educação e saúde”*. Diz muita coisa do que estamos propondo como discussão, que se assenta na ideia geral de Direitos Humanos, especialmente pensando educação e saúde como dispositivos para construir uma efetividade naquilo que a ONU propõe. Os textos que seguem foram produzidos através de muita cooperação, solidariedade e vontade de colocar em diálogo temas absolutamente relevantes para o direito, justiça, educação, saúde e sua relação com a diversidade social e com a civilidade. Trabalho este desenvolvido por força de duas grandes entidades, uma colombiana, a Soucet, outra brasileira, a Associação Rede Unida.

Estamos diante de mais um momento pleno de significado, relacionado com uma cooperação internacional, madura, dedicada a promover a educação e os direitos humanos. A Soucet e Rede Unida firmam desta forma seu compromisso na difusão de experiências e pesquisas na área dos Direitos Humanos, Educação, Saúde e Diversidade. Prestam uma grande contribuição a esses campos de estudos e práticas no âmbito do nosso tempo. Confirmam a amizade entre os diferentes povos que compõem este vasto e sofrido território latino-americano. Esta obra é mais uma boa contribuição à ousadia de pensar, e fazer o que nos for possível para a construção de um mundo novo e melhor.

Boa Leitura!

Túlio Franco

PRÓLOGO

"Derechos humanos, diversidad y educación superior: diálogos entre educación y salud" es el libro organizado por Vera Maria da Rocha y Lorena Vitola Castaño, publicado por Rede Unida en una madura y fructífera asociación de cooperación internacional entre Soucet y la Asociación Rede Unida. En sintonía con los grandes temas de nuestro tiempo, la diversidad como expresión de la multiplicidad que compone la comunidad de los seres humanos, dándole la riqueza y el poder que hace que la humanidad persevere a lo largo de los siglos, incluso en situaciones históricas adversas. En este largo camino de construcción de la civilización que habita este planeta, la educación ha representado la posibilidad de un cambio continuo, ilimitado en el tiempo. Trae consigo la posibilidad de poder, la fuerza para construir una nueva conformación social en la que los derechos humanos sean efectivos, como propone la carta de las Naciones Unidas (ONU).

Vivimos una época de grandes desafíos para el bienestar de la humanidad, una época en la que la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada por la ONU el 10 de diciembre de 1948, necesita ser recordada cada día, especialmente cuando anuncia al unísono a los pueblos del mundo, en su primer párrafo: "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Dotados de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros".

Todo el conocimiento acumulado durante siglos fue incapaz de evitar la trágica experiencia de la pandemia Covid-19 (2020-2022). Enseñó al mundo que los seres humanos no nacen iguales. Hay grupos poblacionales más iguales que otros, diferenciándose por estatus socioeconómico, color de piel, género, etnia, lugar de residencia, en fin, según el estándar de cada persona, pueden o no sufrir discriminación por características diferentes a las del grupo hegemónico que habita el mismo espacio global. Los rasgos colonialistas siguen marcando gran parte de las relaciones entre poblaciones, como se puede ver en los muchos años de conflicto entre Israel y Palestina, los inmigrantes en países de Europa y EE.UU. en particular, e innumerables situaciones marcadas por la tensión entre grupos internos de un mismo país. La colonialidad como patrón cultural caracteriza aún hoy las relaciones entre muchos grupos humanos.

El nivel de civilización propuesto por el documento de la ONU aún debe alcanzarse, y se logrará si se realiza un esfuerzo colectivo para construirlo, en el que participen los muchos y diferentes pueblos que habitan este planeta. La desigualdad mata cuando se trata de proteger la salud y la vida de las personas, como vimos durante la mayor crisis sanitaria de este siglo. Entonces vimos cómo millones de personas, sobre todo de países pobres y de

los sectores más vulnerables de la población, pedían acceso a equipos de protección y vacunas, lo que para muchos era más difícil y se demoraba más que para otros países. La desigualdad marca nuestro tiempo y exige que se pongan en práctica los principios de la Carta de las Naciones Unidas.

Del mismo modo, los fenómenos meteorológicos extremos, cada vez más frecuentes, golpean con mayor dureza a las poblaciones periféricas, más expuestas a los riesgos causados por el desequilibrio entre la actividad humana extractiva e industrial y la necesaria preservación de la naturaleza. El racismo medioambiental es el concepto que indica la mayor exposición de las poblaciones periféricas, negras, indígenas y otros grupos vulnerables a los riesgos y daños causados por la actual crisis climática.

Por último, la violencia es otra característica de nuestro tiempo. Afecta más directamente a las personas que viven en comunidades periféricas, regiones de conflicto agrario y de tierras, así como la profusión de guerras en diversas regiones del mundo, que han impuesto sufrimiento a millones de personas. Vemos cómo se viola y niega el derecho cuando se trata de personas expuestas a amenazas contra su vida y su salud, y desplazadas obligatoriamente de sus comunidades y hogares. En general, las referencias culturales y comunitarias también se pierden en este movimiento.

Las enfermedades contemporáneas, la emergencia climática y la violencia son las tres principales líneas de fuerza que caracterizan nuestro tiempo, en términos de la constitución de las relaciones sociales y afectivas que signan este momento particular. Y dependiendo de cómo entiendan los acontecimientos, especialmente desde el punto de vista de la formación de su subjetividad, estas personas pueden actuar con más fuerza para cambiar el actual estado de cosas, o someterse al lamentable patrón de la autodestrucción. Es aquí donde los procesos educativos cobran todo su sentido, porque son los dispositivos capaces de liderar un proceso de cambio en las personas y en las cosas. Evidentemente, esto requiere un enorme esfuerzo que pasa necesariamente por cambiar valores y creencias, por reconocer a los demás como portadores de derechos y por incorporar a todos a la comunidad global. Las políticas educativas tienen una enorme relevancia en el proceso de garantizar y hacer efectivos los derechos humanos.

La educación comprometida con los nuevos tiempos, con una humanidad más igualitaria, con el cuidado de las personas y la justicia social, es una práctica liberadora. Como sugiere Paulo Freire, la educación sirve para transformar a las personas y al mundo, cuya práctica se caracteriza por la "bondad amorosa", en el sentido que proponemos, es necesario educar a las personas en la práctica social y comunitaria de la solidaridad.

La solidaridad es la palabra que permite que el vínculo humano, social y afectivo constituya una nueva era, caracterizada por la coexistencia armoniosa de la humanidad y la

naturaleza. Es la suma de poderes, es decir, se basa principalmente en el encuentro entre personas y grupos, a través del cual es posible aumentar el poder de actuar, de producir cambios que inauguren una nueva era. Los derechos humanos son un dispositivo al servicio de una propuesta educativa que considera el respeto a la diversidad como un indicador importante del nivel de civilización de una sociedad. La educación tiene la fuerza necesaria para cambiar el paisaje humano. Para construir un mundo de paz.

El nombre del libro es sugerente y lleno de significado: "Derechos humanos, diversidad y educación superior: diálogos entre educación y salud". Dice mucho de lo que proponemos como discusión, que parte de la idea general de los Derechos Humanos, especialmente pensando en la educación y en la salud como dispositivos para construir la eficacia de lo que la ONU propone. Los textos que siguen fueron producidos con mucha cooperación, solidaridad y el deseo de poner en diálogo temas absolutamente relevantes para el derecho, la justicia, la educación, la salud y su relación con la diversidad social y la civilidad. Este trabajo se ha realizado bajo los auspicios de dos grandes organizaciones, una en Colombia, Soucet y otra en Brasil, la Asociación Rede Unida.

Este es otro momento significativo en la madura cooperación internacional dedicada a promover la educación y los derechos humanos. Soucet y Rede Unida refrendan así su compromiso con la difusión de experiencias e investigaciones en los campos de los derechos humanos, la educación, la salud y la diversidad. Hacen una importante contribución a estos campos de estudio y práctica en nuestro tiempo. Confirman la amistad entre los diferentes pueblos que conforman este vasto y sufrido territorio latinoamericano. Este libro es otra buena contribución a la audacia de pensar y hacer lo posible para construir un mundo nuevo y mejor.

¡Feliz lectura!

Tulio Franco

APRESENTAÇÃO

A obra que apresentamos, Direitos humanos, diversidade e formação superior: diálogos entre educação e saúde, surge como um dos resultados da parceria entre SOUCET – Consultoria e Investigação Educativa e Jurídica, entidade internacional com base na Colômbia e com incidência na América Latina e no Caribe, e a Associação Rede Unida, entidade internacional com base no Brasil, as quais articulam projetos, instituições e pessoas interessadas em direitos humanos, direito internacional humanitário e educação pela paz por um lado e, por outro, saúde como direito humano universal, estudos de sistemas de saúde universais e defesa incondicional dos princípios da universalização, equidade, participação social, respeito à diferença, preservação da natureza e da democracia.

As entidades comprometidas com essa edição são articuladoras e promotoras de parcerias nacionais e internacionais. Possuem, em comum, o compromisso de fomentar estudos, produção, compartilhamento de conhecimentos, pesquisas interdisciplinares e multiprofissionais com vistas ao desenvolvimento não apenas de pensamento crítico e de uma postura reflexiva diante da realidade, mas que também seja capaz de mobilizar corações e mentes para ações com potencial transformador e em direção a uma sociedade justa.

A parceria colocou em diálogo os direitos humanos, o direito internacional humanitário e as questões envolvendo saúde coletiva, a saúde pública ou, como costumamos expressar, as diversas saúdes vividas em nossa sociedade diversa. Aqui compreendemos a diversidade como a pluralidade que nos compõe, nossas origens, histórias, culturas, valores, entre outras características individuais, coletivas e sociais.

O livro Direitos humanos, diversidade e formação superior: diálogos entre educação e saúde é formado por produções autorais derivadas de pesquisas, teóricas ou empíricas, relatos de experiências significativas e projetos de intervenção na área dos direitos humanos (DDHH), do direito internacional humanitário (DIH) em sua relação à saúde, à educação, à participação social e à cidadania.

Com a reunião de 40 autoras/autores, pesquisadores, docentes, profissionais da área do Direito, ambientalistas, assistentes sociais, educadoras e educadores, enfermeiras e enfermeiros, estudantes da pós-graduação e da graduação, sanitaristas, comunicadores, artistas, poetas, pedagogas, psicólogas e psicólogos, jornalistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, médicas, odontólogas, entre outras qualificações dos participantes, as organizadoras da obra manifestam o respeito às liberdades de pensamento e de expressão e compreendem a criação como uma manifestação do Estado Democrático de Direito.

Dessa forma, a tessitura textual nos brinda com produções em português e espanhol, resultados de pesquisas, ensaios, relatos, imagens e poesias, envolvendo, com um olhar decolonial, temas como direito internacional, direitos humanos fundamentais, imigração com suas implicações na área da saúde, educação superior, equidade no acesso à saúde, formação em saúde, tecnologias do cuidado, comunicação, políticas e participação social, questões de raça e gênero, saúde indígena, saúde da população diversa, saúde da mulher, saúde bucal, decolonialidade, racismo, interseccionalidade e direitos humanos.

As leituras nos conduzem a refletir sobre o contexto sócio-histórico em que estamos inseridos e se apresentam com a perspectiva de contribuir de forma crítica à compreensão da complexa realidade da América Latina, realidade essa permeada de iniquidades e violações, porém com experiências que marcam a luta e a resistência de nosso povo. Os textos vão além de análises e considerações sobre saúde, educação e desigualdades; permitem a visualização de problemas sociais, políticos, econômicos, estruturais e apresentam propostas sobre caminhos e estratégias que eventualmente auxiliariam na superação das iniquidades, colocando os direitos humanos como ferramenta de luta, de fortalecimento dos movimentos sociais e de esperançamento.

Desejamos que a obra, ao contribuir para o debate sobre os direitos humanos, a saúde e a educação em uma perspectiva decolonial, seja geradora de uma sequência de produções que fortaleçam as ações, conduzam a reflexões críticas e nos forneçam elementos que permitam transformar o mundo em um ambiente justo para todos e todas.

Vera Rocha
Lorena Vitola Castaño

PRESENTACIÓN

El libro que presentamos, Derechos Humanos, Diversidad y Educación Superior: diálogos entre educación y salud, surge como uno de los resultados de la asociación entre Soucet - Consultoría e Investigación Educativa y Jurídica, entidad internacional con sede en Colombia e incidencia en América Latina y el Caribe, y la Asociación Rede Unida, entidad internacional con sede en Brasil, que articulan proyectos, instituciones y personas interesadas en los derechos humanos, el derecho internacional humanitario y la educación para la paz, por un lado, y, por otro, la salud como derecho humano universal, los estudios de sistemas universales de salud y la defensa incondicional de los principios de universalización, equidad, participación social, respeto a la diferencia, preservación de la naturaleza y democracia.

Las entidades que organizan esta edición son articuladoras y promotoras de cooperaciones nacionales e internacionales. Comparten el compromiso común de fomentar los estudios, la producción, el intercambio de conocimientos y la investigación interdisciplinar y multiprofesional con vistas a desarrollar no sólo un pensamiento crítico y una actitud reflexiva ante la realidad, sino también una actitud capaz de movilizar corazones y mentes para acciones con potencial transformador y en pro de una sociedad justa.

La asociación puso en diálogo los derechos humanos, el derecho internacional humanitario y las cuestiones relacionadas con la salud colectiva, la salud pública o, como solemos expresarlo, la salud diversa que se experimenta en nuestra sociedad diversa. Entendemos aquí por diversidad la pluralidad que nos constituye, nuestros orígenes, historias, culturas, valores, entre otras características individuales, colectivas y sociales.

El libro Derechos Humanos, Diversidad y Educación Superior: Diálogos entre Educación y Salud está compuesto por producciones autorales derivadas de investigaciones teóricas o empíricas, informes de experiencias significativas y proyectos de intervención en el ámbito de los derechos humanos (DDHH), el derecho internacional humanitario (DIH) en su relación con la salud, la educación, la participación social y la ciudadanía.

Al reunir a 40 autores, investigadores, profesores, profesionales del derecho, ecologistas, trabajadores sociales, educadores, enfermeros, estudiantes de postgrado y licenciatura, trabajadores de la salud, comunicadores, artistas, poetas, pedagogos, psicólogos periodistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, odontólogos, entre otras titulaciones de los participantes, los organizadores del libro expresan su respeto por la libertad de pensamiento y expresión y entienden la creación como una manifestación del Estado democrático de Derecho.

De esta forma, el tejido textual nos ofrece producciones en portugués y español, resultados de investigaciones, ensayos, informes, imágenes y poesías, involucrando, con una mirada decolonial, temas como derecho internacional, derechos humanos fundamentales, inmigración con sus implicaciones en el área de la salud, educación superior, equidad en el acceso a la salud, formación en salud, tecnologías del cuidado, comunicación, políticas y participación social, cuestiones de raza y género, salud indígena, salud de la población diversa, salud de las mujeres, salud bucal, decolonialidad, racismo, interseccionalidad y derechos humanos.

Las lecturas nos llevan a reflexionar sobre el contexto socio-histórico en el que vivimos y se presentan con el fin de contribuir críticamente a la comprensión de la compleja realidad de América Latina, una realidad permeada por desigualdades y violaciones, pero con experiencias que marcan la lucha y la resistencia de nuestros pueblos. Los textos van más allá de los análisis y consideraciones sobre salud, educación y desigualdades; nos permiten visualizar problemas sociales, políticos, económicos y estructurales, presentando propuestas sobre caminos y estrategias que eventualmente ayudarían a superar las desigualdades, colocando a los derechos humanos como herramienta de lucha, de fortalecimiento de los movimientos sociales y de esperanza.

Esperamos que, al contribuir al debate sobre los derechos humanos, la salud y la educación desde una perspectiva decolonial, este libro genere una secuencia de producciones que fortalezcan las acciones, conduzcan a reflexiones críticas y nos proporcionen elementos que nos permitan transformar el mundo en un ambiente justo para todos.

Vera Rocha
Lorena Vitola Castaño



CAPÍTULO I

DERECHOS “DE” Y “PARA” HUMANOS

ARTIGOS DE PESQUISA

DIREITOS “DE” E “PARA” HUMANOS

ARTÍCULOS PRODUCTO DE INVESTIGACIONES

LA INCLUSIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LOS PERFILES DE EGRESO DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA: EL CASO DE CHILE

Carlos Güida Leskevicius

El derecho humano a la salud y la formación universitaria en salud

El 22 de julio de 1946, un total de 61 países firmaron en Nueva York la constitución de la Organización Mundial de la Salud, la cual fue adoptada previamente por la Conferencia Sanitaria Internacional. Entrando en vigor casi dos años después y con versiones posteriores a través de las décadas, el documento declara que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS,2014). A su vez, el 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas adopta y proclama la Declaración Universal de Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948), la cual declara en su artículo 25 que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Una mirada amplia de la salud, que, sin mencionarla como tal, reconoce la determinación social del nivel de vida y una mirada integral e interdependiente de los derechos. Pero más allá de la mención explícita a la salud, varios de los artículos refieren a lo que las misiones y visiones de las escuelas de salud y de medicina de los más diversos lugares del mundo, reconocen como derechos fundamentales: el derecho a la vida, a no ser sometido a torturas, tratos crueles o denigrantes, a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión, a la libertad de opinión y de expresión, al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas.

Todos los derechos de las personas que se encuentran profundamente vinculados entre sí y que sin duda construyen lo que se entiende por salud en el plano físico, psíquico y social.

Por lo tanto, con las décadas se han generado iniciativas, políticas y programas nacionales e internacionales con el fin de garantizar el derecho a la salud en sociedades inequitativas y desiguales y enmarcadas en diferencias abismales entre regiones y países y a la interna de estos.

El derecho a la atención a la salud, el acceso a servicios de calidad y oportunos sin duda que son un pilar del derecho a la salud, pero no puede restringirse a ello. La calidad de vida se refiere a satisfacer las necesidades humanas fundamentales (Max Neef et. al., 1994) y no meramente a lograr la cobertura de atención en salud de las comunidades.

Según la Organización Mundial de la Salud, “un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios” (OMS, 2022). Por lo cual, las políticas y programas que se posicionen desde este enfoque se basarán en los principios de no discriminación, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y universalidad y en la rendición de cuentas. Los Estados deben garantizar el derecho a la salud y las sociedades abogar por este cumplimiento, con todas las garantías para hacerlo.

La capacitación en derechos humanos en el campo de las escuelas y programas de formación en salud es trascendente para disminuir y erradicar las diversas formas de violencia existentes en la atención, sea o no reconocida por los estados (como la violencia obstétrica), para denunciar los abusos por parte de los estados (en el marco de conflictos sociales, persecución a minorías étnicas, restricción de los derechos sexuales y reproductivos) y en definitiva para promover el cumplimiento del artículo 25 de la Declaración Universal de los derechos Humanos.

El contexto de la formación médica en Chile

La formación en las carreras conducentes a la titulación en medicina reviste importantes desafíos en América Latina. En particular en Chile, el derecho a la educación en general y a la formación universitaria develan la histórica desigualdad existente, en un contexto de alta complejidad para concretar cambios sociales.

En lo referente a la formación médica, es posible observar importantes contradicciones entre lo declarado por diversos actores académicos, políticos y sociales y lo

que efectivamente se modifica. A su vez, la temática de los Derechos Humanos en Chile - desde la memoria histórica hasta su vigencia en la sociedad actual - encuentra posicionamientos resistentes a su avance tanto en el campo de la educación pública como de la atención en salud.

Las movilizaciones estudiantiles por el derecho a la educación de la década pasada, los planteos de distintos movimientos sociales en el contexto del estallido social del año 2019, los debates en el proceso de la convención constitucional han colocado en primer plano estas demandas sociales que plantean aspectos tales como la gratuidad y la calidad, la accesibilidad y la igualdad de oportunidades y derechos.

Diferentes colectivos, espacios académicos y políticos han trabajado al respecto de las transformaciones necesarias para alcanzar una sociedad con justicia social y con oportunidades reales, que superen el modelo neoliberal en la sociedad chilena, incluyendo la formación de los profesionales de la salud.

El lugar otorgado a los médicos en Chile requiere un hondo análisis que supera esta contribución, pero sí puede afirmarse que es una temática presente de manera reiterada a nivel político, a nivel sanitario, a nivel de la sociedad en su conjunto. La figura del “médico” remite a su relación con el poder político, económico, gremial.

Y en las últimas décadas de manera reiterada se vuelve una y otra vez sobre la crónica carencia de médicos especialistas, de las listas de espera, de la calidad de atención, de la resolutivez clínica en el primer nivel de atención y de los costos en la medicina privada. Por otra parte, se visualizan actitudes misóginas, racistas y xenofóbicas ante determinados profesionales de la salud, las cuales se amplifican a través de determinados medios de comunicación y plataformas virtuales, así como desde sectores anti derechos.

A su vez, el propio modelo socioeconómico de la sociedad chilena actual - tanto en la esfera pública como privada - acaban precarizando la labor médica, no garantizando las condiciones laborales para el ejercicio profesional adecuado. Siendo que los espacios gremiales tienen severas limitaciones para regular el desempeño profesional de colegas. El costo de los aranceles para estudiar medicina es elevado y muchos estudiantes recurren al endeudamiento para lograr la titulación.

En el marco socio económico determinado, los médicos cirujanos intentan adaptarse - más o menos críticamente - a un modelo injusto e inequitativo, pudiendo encontrarse diferentes posicionamientos en este colectivo ante lo social y ante el papel a desempeñar por parte de la salud pública.

El perfil de egreso de las escuelas de Medicina en Chile¹

Una revisión de los perfiles de egreso de veintitrés escuelas de medicina de

universidades chilenas nos ha permitido una aproximación a la relevancia otorgada a los derechos humanos en lo declarativo.

Un primer análisis los perfiles de egreso revisados en el mes de enero de 2023, disponibles en las plataformas de las respectivas universidades, nos aproxima a las siguientes conclusiones:

- Sólo el 4% de las escuelas de medicina hacen mención a los derechos humanos en el perfil de egreso. Sólo lo hace la Universidad de La Frontera. Del perfil de egreso de esta escuela, se extrae el párrafo que plantea que quien egrese “deberá comprender la salud como un derecho humano fundamental y poseer, además, una visión humanista e integral de las personas y de sus derechos, respetando a pacientes, colegas y equipo de salud, en sus diferencias culturales, económicas, sociales y de estilos de vida”.
- El perfil humanista de los egresados se menciona en prácticamente todas las escuelas de medicina, destacándose el plano de lo ético. Este perfil en ocasiones se refiere a determinados derechos humanos, pero sin referir a los mismos como tal.
- Se destacan aptitudes y actitudes propias de una sociedad emprendedora y empresarial: se trata de egresadas y egresados que deben desarrollar sus capacidades, destrezas y habilidades, competencias y trabajo autónomo, eficiencia, eficacia y liderazgo. Estas características podrían tener otro sentido, pero las descripciones tienden a demostrar un estilo de liderazgo y un modelo de calidad y eficiencia que reafirman un modelo de salud que no se basa en derechos sino en elecciones.
- Las personas aparecen mencionadas principalmente en su rol de pacientes, mientras que familias y comunidades son mencionadas en singular. Existen varios perfiles que refieren a la atención de la patología y no de las personas con patologías. Se puede ejemplificar “en el diagnóstico oportuno de las patologías humanas” (Universidad de Valparaíso), “con énfasis en las patologías más prevalentes” (Universidad de Los Andes), “desarrollar acciones de prevención, recuperación y rehabilitación básica de las patologías prevalentes en el Norte Grande y en el país” (Universidad de Antofagasta).

¹ Este análisis no refiere a la calidad de las propuestas de cada escuela y los ejemplos en las que se mencionan no significa que otras tengan o no esas cualidades.

- El perfil de egreso se describe en prácticamente la totalidad en clave del individuo/persona/paciente, para luego extenderse a la mención de la familia y de la comunidad, como espacios de incidencia. Sin embargo, la escuela de medicina de la Universidad Mayor escapa a esta lógica al declarar que quien de allí egrese: “es un(a) profesional comprometido con la promoción, prevención y mantención de la salud de la población”.
- Los derechos mencionados en algunos perfiles refieren a los de sujetos en condición de pacientes (Universidad de Santiago, Universidad Diego Portales), más que en el derecho de personas o derechos de ciudadanía.
- Al ingresar en estas universidades, alguna de ellas muestra el ejercicio del aprendizaje clínico en condiciones de simulación, con muñecos (Universidad Bernardo O’Higgins, Universidad de la Santísima Concepción, Universidad de Los Andes), mientras otras resaltan al fonendo o estetoscopio en primer plano (Universidad de O’Higgins, Universidad de Concepción, Universidad Bernardo O’Higgins). Por otra parte, las imágenes del intercambio grupal surgen de las imágenes de la Universidad de Chile y de la Universidad de Talca.
- Ninguna de las escuelas menciona la perspectiva de género. Cabe considerar que las movilizaciones estudiantiles desde el año 2018, han logrado posicionar en la agenda pública y en la educación superior, la urgente necesidad de un actuar proactivo por parte de las universidades. A partir de ello, se han generado compromisos y cambios paulatinos en diversos órdenes en las universidades chilenas, impulsados desde la propia institucionalidad como desde distintos ministerios del actual gobierno nacional. Sin embargo, aún no se ha alcanzado a modificar los perfiles de egreso de las escuelas de medicina, siendo la perspectiva de género crucial en el campo de los derechos humanos.
- No se visualizan imágenes de estudiantes afrodescendientes en las páginas web al momento de este relevamiento. Ello podría ser motivo de análisis, dado el incremento de las personas migrantes proveniente de países con población afroamericana, a la concreción de los derechos humanos al estudio y a la no discriminación.
- Pueden visualizarse diversos grados de compromiso con las comunidades y con la sociedad, a través de la mención de valores tales como la solidaridad, el compromiso, la apertura a la diversidad cultural. En algunas escuelas esta perspectiva con la sociedad resulta relevante: Universidad de Chile, Universidad de Santiago, Universidad Católica del Maule, Universidad de Talca, Universidad de

O'Higgins y Universidad Bernardo O'Higgins. En otros perfiles de egreso, lo social prácticamente está ausente, como en el de la Universidad del Desarrollo.

- Se le da importancia al método científico, a la evidencia científica y a la actualización de la egresada y egresado lo que resulta académicamente relevante y a su vez muestra la trascendencia del imaginario de una cierta ciencia, que parece estar más allá o desconectada de la ética comunitaria y de los derechos sociales a la salud.
- Algunas universidades relucen su compromiso con la antropología cristiana (Universidad San Sebastián), y perfilan a una persona egresada desde el discurso propio de una visión del mundo cristiano (Universidad Finis Terrae, Universidad Católica del Norte). El caso de la Universidad de la Santísima Concepción destaca especialmente que quien egresa estará “comprometida con un respeto intransable por la vida, practicando y promoviendo su profesión con un auténtico afán de servicio, alejado del relativismo, el pragmatismo, la ausencia de valores morales y el mercantilismo, para otorgar una atención médica de la mayor calidad humana posible”.
- Cabe destacar que el concepto asociado al cuidado aparece en pocas ocasiones, siendo dos de ellas las que remiten al autocuidado de quien egrese (Universidad de Antofagasta, Universidad Católica del Maule) mientras que sólo existe una mención relacionada con el cuidado de los enfermos durante el ciclo vital (Universidad Diego Portales).

La prescindencia de los derechos humanos en los perfiles de egreso: las bases legales y administrativas

En la presente indagación, una de las fuentes de la omisión de los derechos humanos en las declaraciones de los perfiles de egreso, refiere al proceso de acreditación de las carreras universitarias.

La Ley 20.129 del 17 de noviembre 2006, establece un sistema nacional de aseguramiento de la calidad de la educación superior, la cual tuvo reformas en el año 2020. El proceso de acreditación de carreras y programas de pregrado se realiza sobre la base de dos parámetros de evaluación. El primero de ellos es el perfil de egreso de la respectiva carrera o programa. Establece la mencionada ley, en su artículo 28, literales a y b, que la definición del perfil de egreso:

[...] deberá considerar, el estado de desarrollo y actualización de los fundamentos científicos, disciplinarios o tecnológicos que subyacen a la formación que se propone entregar y las orientaciones fundamentales provenientes de la declaración de misión y los propósitos y fines de la institución. Literal (a).

Y también establece que:

El conjunto de recursos y procesos mínimos que permiten asegurar el cumplimiento del perfil de egreso definido para la respectiva carrera o programa. De esta forma, la estructura curricular, los recursos humanos, los elementos de apoyo a la enseñanza y el aprendizaje, la modalidad de enseñanza y los aspectos pedagógicos, la infraestructura y los recursos físicos deben ordenarse en función del logro de dicho perfil. Literal (b)

Pues bien, queda claro que el perfil de egreso no es una mera declaración de principios, anhelos y compromisos. Toda la carrera se regirá por el mismo. Lo que allí no se menciona, no tendrá prioridad durante el período de dicho perfil. Si los derechos humanos no están incluidos en el perfil de egreso no existe ninguna posibilidad de su desarrollo programático, curricular y en los procesos de enseñanza – aprendizaje.

A su vez, la Ley 20129 no menciona los derechos humanos en ninguno de sus párrafos: la calidad y su aseguramiento parece que no tiene ningún punto de conexión con el campo de los derechos humanos.

Es importante tener presente que la Ley 21091 refuerza que el Sistema de Educación Superior se inspira - entre otros principios - en los derechos humanos al afirmar en su artículo 2, ítem “i” que “el respeto y promoción por los derechos humanos deberá regir siempre la actuación del sistema y de las instituciones de educación superior en relación a todos los miembros de su comunidad, tanto en sus propuestas formativas, de desarrollo organizacional, como también en las relaciones de trabajo y aprendizaje (...)”.

A partir de lo que establece la ley, existiría la necesaria incorporación de los derechos humanos en las propuestas formativas. Pero como hemos visto, si el perfil de egreso no lo considera, se vuelve inviable su traducción en los programas.

En septiembre de 2021, la Comisión Nacional de Acreditación aprueba los criterios y estándares para las carreras de medicina y odontología de la Comisión Nacional de Acreditación, la cual establece (Diario Oficial, 2021). En lo que refiere al perfil de egreso se plantea en el siguiente cuadro:

Tabla 1
Perfil de egresos

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
<p>La carrera cuenta con un perfil de egreso que determina las áreas de formación del plan de estudios, orienta el desarrollo curricular y refleja los conocimientos y competencias que tendrá el titulado.</p> <p>El perfil es consistente con la denominación del título y grado entregados.</p> <p>El perfil es pertinente y actualizado, concordante con los propósitos institucionales y los fundamentos de la profesión, y es difundido a la comunidad académica y el entorno relevante.</p>	<p>El perfil de egreso es elaborado considerando procesos de validación con actores relevantes, tanto internos como externos a la carrera.</p> <p>Los mecanismos de seguimiento al cumplimiento del perfil de egreso se aplican en forma sistemática.</p>	<p>Los procesos de ajuste y validación sistemática del perfil de egreso se enmarcan en un sistema de gestión formalizado, que considera evaluaciones periódicas de pertinencia y consistencia.</p>

Fuente: Diario Oficial (2021). Comisión Nacional de Acreditación. Aprueba criterios y estándares de calidad para la acreditación de carreras de medicina y odontología, de la Comisión Nacional de Acreditación.

Una vez más, queda patente la relevancia del perfil de egreso. Tanto en este tópico como en los siguientes de este decreto. Podría alguien relativizar la mención de esta perspectiva, pero el propio documento da cuenta de áreas que son mencionadas considerando un momento histórico. En la dimensión de Vinculación con el Medio se valora que la carrera realice actividades de vinculación con el medio concordantes con las políticas, en especial con la promoción de la salud, prevención de enfermedades o enfrentar pandemias y desastres naturales. Probablemente, las visiones sobre promoción y prevención se basen más en el modelo médico hegemónico que en la perspectiva de la gestión de la salud positiva (Saforcada, 2012).

Breves conclusiones, algunas recomendaciones

Este artículo permite develar la omisión del enfoque de derechos humanos en uno de los componentes centrales en la estructuración y configuración de las carreras de medicina: el perfil de egreso. La ausencia de dicho enfoque conlleva consecuencias en la

elaboración de programas y de contenidos, pero también devela cómo nos imaginamos a quien egresa de una facultad de medicina y su proyección profesional y ciudadana.

En ese sentido, los modelos educativos que alientan a la integración de contenidos académicos, habilidades y competencias pueden ser leídos desde su compromiso con el enfoque de los derechos humanos en salud y lo que ello puede implicar en el futuro actuar de profesionales que egresen de sus casas de estudio. El esfuerzo y el compromiso de miles de docentes con una formación integral podría dar mejores resultados desde el paradigma de los derechos humanos: integrando las visiones humanistas, las nuevas tecnologías, la interprofesionalidad y las disciplinas clásicas con las emergentes. Los derechos humanos, en sus diferentes dimensiones de análisis, resultan ineludibles en medicina, pero la posibilidad que se garanticen en la práctica profesional dependerá en una importante medida, de la formación médica. La ausencia sistemática de la mención de los derechos humanos en los perfiles de egreso debiese alertar a los diferentes niveles y ámbitos relacionados con la Educación Superior.

Los gobiernos nacionales que declaren su compromiso con los derechos humanos tienen el deber de revisar a través de los organismos correspondientes, el papel de las universidades en la promoción y en la inclusión de esta perspectiva fundamental. También debiese ser motivo de alto interés del gobierno de las universidades, especialmente en el campo de las ciencias de la salud, superando la retórica y apuntando a un análisis minucioso de esta debilidad institucionalizada. No es de menor responsabilidad ética - en lo que concierne al campo de la medicina-, el papel de las sociedades científicas, sindicatos, agremiaciones y otras modalidades organizativas, el compromiso con señalar y realizar un seguimiento de la formación en derechos humanos en los procesos formativos.

Otras de las modalidades de abordaje entonces sería el trabajo de sensibilización y capacitación de quienes formulan o participan en las directivas de los procesos de acreditación. Y en este momento histórico ello abarca a aquellas escuelas de medicina que conozcan, reconozcan y definan adherir a uno de los tópicos más apropiados a este campo que propone el plan de acción para la cuarta etapa del Programa Mundial para la Educación en Derechos Humanos de Naciones Unidas. Este apunta a la adopción de una política amplia de formación en derechos humanos para docentes, la cual debería incluir según señala el documento (Naciones Unidas, 2019):

El requisito de la educación en derechos humanos para la cualificación, la acreditación y el desarrollo de las perspectivas de carrera del personal docente y la inclusión de la educación en derechos humanos en la educación formal de docentes y de otras profesiones centradas en la juventud, como los servicios sociales y de salud.

De todas maneras, la inclusión de los derechos humanos en la formación médica no puede quedar sujeta a la buena voluntad de quienes tienen las herramientas jurídicas institucionales por un período. El cambio debe emanar desde los espacios de rectoría de la educación superior, generando los debidos acompañamientos para su efectivo cumplimiento.

Las modificaciones imprescindibles para la inclusión de los derechos humanos en los perfiles de egreso en las carreras de medicina no resultarán una tarea sencilla, pero como en todos los procesos sociales e institucionales que abogan por la plena vigencia de los derechos humanos, cada momento presentará un desafío y a su vez una nueva oportunidad de incidencia en el ámbito académico y profesional.

Tabla 2

Escuelas de medicina de universidades chilenas consideradas en la revisión
(12-17 de enero de 2023)

1	UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL NORTE	13	UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO
2	UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO	14	UNIVERSIDAD DEL ALBA
3	UNIVERSIDAD DE CHILE	15	UNIVERSIDAD DE O'HIGGINS
4	UNIVERSIDAD DE LOS ANDES	16	UNIVERSIDAD BERNARDO O'HIGGINS
5	UNIVERSIDAD CATÓLICA	17	UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
6	UNIVERSIDAD DE SANTIAGO	18	UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
7	UNIVERSIDAD DE TALCA	19	UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN
8	UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN	20	FINIS TERRAE
9	UNIVERSIDAD DE LA SANTÍSIMA CONCEPCIÓN	21	UNIVERSIDAD DE ANTOFAGASTA
10	UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL MAULE	22	UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES
11	UNIVERSIDAD DE MAGALLANES	23	UNIVERSIDAD MAYOR
12	UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO		

Fuente: Ministerio de Educación de Chile (2023)

Referencias

- Biblioteca del Congreso Nacional [BCN] (2020). Ley 20129 a través de la cual se establece un sistema nacional de aseguramiento de la calidad de la educación superior. Fecha de publicación: 17/11/2006. Fecha de promulgación: 23/10/2006. Última versión: 01/01/2020. Recuperado el 15/01/2023 de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=255323&idParte=9691610&idVersion=>
- BCN (2019). Ley 21091 de Educación Superior. Ministerio de Educación. Fecha de publicación: 29/05/2018. Fecha de promulgación: 11/05/2018. Última versión: 21/11/2019. Recuperado el 15/01/2023 de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1118991>
- Diario Oficial (2021). Comisión Nacional de Acreditación. Aprueba criterios y estándares de calidad para la acreditación de carreras de medicina y odontología, de la Comisión Nacional de Acreditación. (resolución). Núm. Dj 257-4 exenta.-. Recuperado el 16/01/2023 de <http://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2021/09/30/43066/01/2015944.pdf>
- Max Neef, M. et. al. (1994). Desarrollo a Escala Humana. Conceptos, Aplicaciones y Algunas Reflexiones. Nordan – Icaria.
- Naciones Unidas (2019). Plan de Acción para la Cuarta Etapa (2020-2024) del Programa Mundial para la Educación en Derechos Humanos de Naciones Unidas. Recuperado el 15/01/2023 de <https://www.ohchr.org/es/documents/reports/ahrc4223-draft-plan-action-fourth-phase-2020-2024-world-programme-human-rights>
- Organización Mundial de la Salud [OMS](2014): Documentos Básicos. 48° edición. OMS.
- OMS (2022). Salud y Derechos Humanos. Consulta 16 de octubre de 2023. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Saforcada, E. (2012). Salud Comunitaria, Gestión de Salud Positiva y Determinantes Sociales de la Salud y la Enfermedad. Revista Aletheia 37, p.7-22. Universidade Luterana do Brasil. Recuperado el 15/01/2023 de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115026222002>

DE LA OPERACIÓN ORIÓN A LA PROHIBICIÓN DE LA EUTANASIA: NECROPODER Y BIOPODER COMO EXPRESIONES CONSTITUTIVAS DE LA RACIONALIDAD DE ESTADO

Federico Villegas Cardona

Introducción

Asumiré para la presente discusión, la lectura arqueológica que plantea Foucault respecto a la fundación de los Estados. Según el autor francés, a partir del desarrollo de la razón científica, que toma lugar en el siglo XVII, se da un cambio del régimen general del poder. Es decir, ocurre una transición en la lógica como se aplica el poder, pasando de un gobierno de las almas cuyo control se basaba en la idea de la salvación eterna, a un gobierno sobre los cuerpos en función del desarrollo industrial (Foucault, 2008b). Para este fin, se adoptó un nuevo principio interno en el ejercicio del poder, que implicó romper las antiguas prácticas ejercidas por los soberanos, basadas en la extracción, supresión y muerte, para adoptar prácticas que colocaron la vida en el centro del ejercicio del poder. Un poder sobre las vidas, el biopoder (Foucault, 2008a).

Esta transición en el ejercicio del poder, responde a la explosión demográfica derivada del inicio de las sociedades industriales; para las cuales las vidas tanto individuales como colectivas, fueron el insumo para su desarrollo y sostenimiento (Wermuth & Mori, 2022). Así las cosas, el desarrollo de conocimientos en torno a las características biológicas de la especie humana, sirvió como estrategia política para crear dispositivos destinados a hacer que los sujetos actúen según los intereses económicos, sociales o morales del Estado. Por consiguiente, desde la mirada de Foucault (2008b), fue necesario la creación de instituciones donde los cuerpos fueran disciplinados, optimizados, adiestrados e integrados al sistema productivo; tales como la familia, las fábricas, las escuelas, los hospitales, los psiquiátricos, las cárceles, entre otros.

En ese sentido, la formación de los Estados Nacionales requirió de la creación de diferentes estrategias para garantizar el control de sus poblaciones, con un despliegue de poder que, lejos de disponerse desde un lugar o persona específica, se distribuye imperceptible en la sociedad. En efecto, se trata de un poder micro capilar que, por un lado, dispuso de tecnologías sobre los cuerpos para docilizar su conducta y, por otro lado, se dispuso al control de las variables de la especie humana, que permitieron controlar su

proliferación, longevidad, natalidad, entre otras (Pelbart, 2011). Estas dos dimensiones del biopoder, la de los cuerpos y la de las poblaciones, permitieron la integración de normas, valores y conductas para el dominio de la especie humana, a partir de poner a la vida, en el centro del ejercicio del poder.

No obstante, si bien desde la perspectiva foucaultiana la humanidad transitó de un ejercicio de poder negativo que tenía a la muerte y a la extracción como objetivo, a un poder positivo que puso a la vida en el centro de su gestión, esta transición no fue del todo completa. Es decir, pese a que existe una clara gestión de la vida de los sujetos, la muerte siguió siendo, en grupos sociales específicos, una estrategia de control. En ese sentido, Achille Mbembe (2021), filósofo camerunés, describe como el poder que se despliega sobre los territorios post-coloniales acarrea una lógica a partir de la cual hay vidas que importan más que las otras, por lo que se establecen niveles de importancia social, métodos de exclusión geográfica y estrategias de aniquilamiento. A este ejercicio de exterminio, el autor llama necropoder, el poder sobre la muerte.

Así las cosas, diferentes características como la raza o la clase social son engullidas dentro de la retórica del enemigo interno, como elemento constitutivo de una gestión que, desde un razonamiento inmunológico, busca el exterminio del otro en función de la defensa de la vida de algunos. Es decir, la eliminación de unos, potencia la vida de otros. En consecuencia, los Estados Nacionales han adoptado bases normativas para civilizar sus formas de matar, que van desde la formación de alianzas con estructuras criminales de guerra para el exterminio, hasta estrategias, menos activas, pero igual letales, de segregación geográfica, económica y sanitaria (Mbembe, 2018). Por consiguiente, concluye el autor camerunés, la muerte, la exclusión y el terror se articulan también a la maquinaria de Estado como técnicas de gobierno para el dominio de las poblaciones.

En este orden de ideas, el objetivo de este texto es situar la presente discusión en el contexto de un Estado Nacional latinoamericano, más exactamente Colombia, para contextualizar la coexistencia del biopoder y la necropolítica, como prácticas indisociables de la racionalidad de Estado. En consonancia, veremos los escenarios a partir de los cuales la defensa de la vida entra en tensión, navegando sobre las contradicciones que se derivan de la pregunta ¿Quiénes deben vivir y quienes pueden morir?. Para ello, expondré las circunstancias a través de las cuales, los contingentes de humanos excluidos y asentados en las periferias de las grandes urbes terminan siendo aniquilados por el Estado, bajo el pretexto del enemigo interno. A la vez que, en otras circunstancias, este mismo Estado, entorpece el acceso a la muerte digna a quienes por su condición de salud no desean seguir viviendo.

En otras palabras, pretendo situar el pensamiento del filósofo camerunés en el contexto colombiano, para entender la lógica de un Estado que, por un lado, asesina, y por

el otro protege la vida a toda costa. Así las cosas, veremos como en Colombia se despliega una contundente regulación jurídica, moral y mediática en contra de la muerte asistida en pacientes con enfermedades terminales; mientras a la vez despliega un operativo de exterminio en una de las comunas periféricas de la ciudad de Medellín. En efecto, sujetos cuyas vidas importan menos que otras, expone la lógica interna a partir de la cual, el bio y necropoder coexisten como estrategias postcoloniales, del control de las sociedades.

Operación Orión: el poder sobre la muerte

La comuna 13 de la ciudad de Medellín es posiblemente uno de los lugares de mayor conocimiento público del país, ya sea por la narrativa de terror construida en torno a sus laberínticas y empinadas construcciones, o por haber sido, como lo pretendo exponer en este texto, el epicentro de la incursión militar urbana más grande en la historia de Colombia. Este sector en el que se distribuye el 6% de la población de la capital antioqueña, es uno de los sectores con más bajo índice de calidad de vida, donde, según datos del SISBEN 2010 el 99,9% de sus habitantes viven en inquilinatos o viviendas de estrato bajo-bajo, bajo o medio-bajo (G. Sánchez et al., 2011).

Se encuentra localizada en los cerros adyacentes a uno de los municipios más importantes para la noción de desarrollo adoptada por el Estado colombiano; su surgimiento se remonta a los años 60 y 70 como consecuencia de la crisis del café y del sector textil. En efecto, la ciudad que años atrás fue calificada por la revista Life como “paraíso capitalista”, tuvo que reinventar sus estrategias comerciales (Hylton, 2007). Producto de esta crisis surgió una amplia clase proletaria desempleada que se asentó en las montañas, en conjunto con los contingentes de personas desplazadas del departamento de Antioquia y Chocó por el conflicto armado interno (G. Sánchez et al., 2011). A partir de entonces, se da un proceso de urbanización no regulado, con una distribución del terreno fuera de las lógicas del urbanismo formal, a través del loteo pirata¹ y la invasión.

En ese sentido, La comuna 13 de Medellín se constituyó en un escenario de subversión al modelo urbanístico hasta entonces desarrollado en el Valle de Aburrá, con construcciones en ladera, una alta densidad poblacional, amplia heterogeneidad étnica entre sus pobladores, tradiciones portadas de diferentes partes del país y con una retórica fundacional de resistencia, a partir la obtención legal o ilegal de su derecho a la ciudadanía².

¹ Fraccionamiento ilegal de la tierra, que no cumple con las normas exigidas por el Estado, generalmente gestionado por autoconstrucción, sin normas formales de urbanización.

² Derecho a la ciudad como marco de referencia jurídico y político al que acceden los grupos sociales para la garantía del territorio sustentable, democrático, equitativo y con justicia social.

Asimismo, con la formación de un tejido social sustentado en la adopción de estrategias colectivas insurgentes para la apropiación de tierras, de cableado eléctrico y de acueductos.

A partir del panorama anterior, se generó un escenario propicio para el ejercicio del poder por parte de grupos insurgentes; quienes a partir de la década de los 90 fortalecieron su presencia urbana asentándose, entre otras, en La Comuna 13. Su presencia en ese territorio tuvo objetivos tanto políticos como militares. Por un lado, participaron en los procesos de ocupación de los territorios, construcción de barrios y formación política revolucionaria y, por otro lado, ejercieron control militar en la zona e incluso prácticas de ajusticiamiento civil. Desde entonces, las funciones de Estado eran ejercidas por milicias de la guerrilla del Ejército de Liberación Nacional (ELN), autollamadas milicias independientes CAP (Comandos Armados del Pueblo) y a finales de los 90, por milicias de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (G. Sánchez et al., 2011). De esta manera, ubicada en las inmediaciones de uno de los centros urbanos más importantes del país, La Comuna 13 se tornó un obstáculo político para el ejercicio del poder de la oligarquía colombiana (Gómez, 2014).

A causa de lo anterior, entre los años 2001 y 2003 las laderas de La Comuna 13 se convirtieron en un escenario de guerra. En efecto, la presencia de grupos guerrilleros alimenta la lógica del enemigo interno, que dio lugar a múltiples enfrentamientos entre milicias/guerrillas con la fuerza pública y grupos paramilitares. Este escenario trajo la incursión de nuevos grupos armados, que, de la mano de las fuerzas oficiales del Estado, protagonizaron múltiples incursiones militares al territorio, a saber: Primavera, Otoño, Mariscal, Potestad, Antorcha, entre otras (Aricapa, 2015). Todas ellas como parte de una serie de estrategias contrainsurgentes del Estado, con la vinculación de estructuras paramilitares que, infiltradas en el territorio, identificaron y señalaron habitantes para su captura o ejecución (Gómez, 2014).

Así pues, esta vinculación entre fuerzas del Estado y grupos armados al margen de la ley es central en la lucha contra la insurgencia adoptada por el Estado colombiano; lo que Vilma Franco llama bloque contrainsurgente, para referirse a esa alianza dialéctica entre legalidad e ilegalidad unida por el odio a la insurgencia y en la defensa por la acumulación (Franco, 2009). Producto de lo anterior, el 16 de octubre del 2002, ocurrió el despliegue militar urbano más grande de la historia de Colombia, llamado Operación Orión. En efecto, este operativo militar del que hicieron parte tanto las fuerzas oficiales del Estado como fuerzas paramilitares, tuvo una duración de 4 días; desplegando tanquetas, helicópteros artillados y más de 1500 efectivos. El terror se tomó las calles, los hogares y varias vidas de La Comuna 13 (Aricapa, 2015).

Esta operación militar, planeada y ejecutada en conjunto con fuerzas paramilitares a quienes luego se les otorgó el dominio de la zona, terminó acrecentando las cifras de ejecuciones extrajudiciales que empantanaron la historia nacional. Efectivamente, fue la instauración de un Estado de excepción (Mbembe, 2018) dispuesto como base normativa para el exterminio, además de vincularse con atropellos de toda índole a los derechos humanos: cuerpos desaparecidos que tiempo después aparecerían en el vertedero de desechos municipal, detenciones arbitrarias, casas destruidas y desplazamientos forzados. El poder central envió un mensaje contundente a través del ejercicio de poder militar, a una población que poco o nada había percibido de la existencia del Estado (Aricapa, 2015).

Los días del operativo militar, estuvieron marcados por ataques indiscriminados a la población civil; sujetos encapuchados caminaban las calles de la Comuna 13 señalando quienes iban a ser las víctimas del operativo, todo aquel que resultó herido fue considerado miliciano o colaborador de la guerrilla y múltiples casas fueron destruidas o incendiadas. No obstante, el terror no cesó cuando cesó el operativo, se extendió hasta después del mismo, donde, una vez alcanzado el dominio paramilitar del sector, las desapariciones forzadas siguieron siendo parte de las técnicas de control del territorio, como lo denuncia Amnistía Internacional (2005). Así las cosas, un nuevo régimen de terror suplantó al anterior régimen de exclusión y segregación. El Estado Nacional hizo presencia demostrando su capacidad para administrar la muerte, acudiendo a la retórica del enemigo interno de cuya destrucción, depende la seguridad de las otras vidas que privilegia en proteger.

Así lo relató una habitante de la Comuna 13, en el taller de memoria desarrollado por el Centro Nacional de Memoria Histórica:

[...] cuando ese problema de Orión, cuando eso estaba el hijo mayor mío ahí y a un hermano mío se lo llevaron, a él lo encontraron en las fosas esas de San Cristóbal, y entonces cuando a él se lo llevaron él fue y los denunció... Cuando el subió de denunciarlos antes de llegar a la casa uno de los mismos hombres le dijo “perdete que te van a matar, porque ya nos dimos cuenta que vos fuiste a abrir la boca a la Fiscalía. (Sánchez; Villa; Riaño, 2011, p. 115).

Eutanasia: el límite del poder estatal sobre la vida

Bajo la protección del mismo Estado social de derecho, responsable de la tragedia anteriormente expuesta, una mujer de 71 años a quien llamaré por las iniciales de su nombre (YC), luchó por ponerle fin a su vida tras al diagnóstico de una enfermedad progresiva e incurable conocida como Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA). Su intención consistía en morir, antes de que el progreso de la enfermedad afectara funciones básicas

de la vida diaria como caminar, comer, hablar o respirar. Así las cosas, YC en todo el uso de sus facultades mentales, convencida que el progreso de la enfermedad desdeñaría su noción de dignidad y consciente del derecho que le asiste para decidir sobre su propia vida (y por ende sobre su propia muerte), inició en mayo del 2020 el proceso de solicitud para la eutanasia³. En consecuencia, tuvo que enfrentarse a una lógica de Estado que, resguardada bajo el principio constitucional del derecho fundamental a la vida como un derecho inviolable y el sustrato ontológico de la existencia de los restantes derechos (Guerra, 2013), entorpeció el proceso hasta las últimas consecuencias. “Esto es un lastre, un lastre de vida, vida no es. Me sometieron un año a seguirme arrastrando” comentó YC para un medio nacional de televisión el 28 de junio del 2021.

En este sentido, es importante señalar que el Código Penal Colombiano en su artículo 106, declara como ilegal so pena de cárcel el acto mediante el cual alguien pone fin a la vida de un ser humano para acabar con intenso sufrimiento, acción conocida como homicidio piadoso. No obstante, a los largo de la historia con el advenimiento de la medicina occidental, las consecuencias derivadas de la prolongación de la vida humana y las reiteradas solicitudes civiles para el ejercicio de una muerte digna, la Corte Constitucional (CC) en la Sentencia C-239/97 despenalizó la eutanasia; exclusivamente cuando se tratara de un enfermo terminal, que estuviera bajo intenso sufrimiento o dolor, en uso pleno de su facultades mentales y el procedimiento fuera realizado por personal médico (Díaz, 2017).

Sin embargo, pese a la despenalización de la eutanasia por la Corte Constitucional no había un acto que la legisle ni un marco legal que la regule. En 2013, una paciente con cáncer en fase terminal interpuso una acción de tutela para acceder a una muerte digna, pero falleció sin recibir las atenciones exigidas. Producto de ello, la Corte Constitucional exhortó al Ministerio de Salud a establecer un protocolo de atención para la garantía del derecho en estos casos (Díaz, 2017). Así las cosas, el 3 de julio de 2015, Colombia presenció el primer caso legal de eutanasia, realizado en un centro oncológico de la ciudad de Pereira (J. Sánchez & Alzate, 2018).

Pese a todos los esfuerzos por hacer de la muerte digna un derecho accesible para los colombianos, YC tuvo que esperar 13 meses para que se hiciera efectivo su solicitud; la cual en primera instancia fue negada por su médico tratante, quien adherido al protocolo establecido por el Ministerio de Salud, consideró que el estado de salud de YC no estaba suficientemente afectado: “que tiene que esperar a no poder comer y tener una dieta líquida, que su habla sea ininteligible y que su capacidad respiratoria esté deteriorada y

³ Si bien su definición etimológica exhorta a considerarla como una serie de estrategias alrededor de una buena muerte, asumiré para la presente discusión el término eutanasia en su aseveración más coloquial, como el acto de producir muerte sin sufrimiento.

tenga que usar oxígeno permanentemente” indicó el abogado de la paciente en una entrevista para el diario El Tiempo (Ortiz, 2021).

YC estableció una acción de tutela al Estado la cual perdió en primera y en segunda instancia, tiempo en el que la progresión de la enfermedad empezó a hacer efecto deletéreo en su calidad de vida, obligada a vivir los últimos días con dolor y con marcadas dificultades funcionales, hasta cumplir los criterios clínicos que le permitieran hacer valer su derecho. Así las cosas, un año después de la solicitud oficial y cumpliendo los requisitos, el hospital tratante refirió no tener las condiciones para la realización del procedimiento y trasladó la responsabilidad a su aseguradora en salud.

A partir de lo anterior, se hace evidente la administración que el Estado hace a partir de sus tecnologías tanto jurídicas, biomédicas y burocráticas para entorpecer el proceso de acceso a una muerte digna, frente a la voluntad autónoma de quien decide no querer continuar viviendo. Finalmente, después de 13 meses durante los cuales YC fue obligada a padecer los efectos iniciales de su enfermedad, obligada a permanecer “atrapada en un cuerpo que no sirve” como lo manifestó en una entrevista, accedió a su muerte asistida por el Estado colombiano.

¿Cómo entender la lógica a partir de la cual el Estado colombiano protege con tanta vehemencia a la vida, como cuando se trata de entorpecer la eutanasia y a la vez despliega operativos de muerte en la Comuna 13 de Medellín?

Poder sobre la vida y poder sobre la muerte: una relación dialéctica

A partir de lo expuesto anteriormente, daré espacio a un diálogo entre las ideas planteadas por Michel Foucault y Achille Mbembe, para ubicar con mayor precisión la forma como los dispositivos del biopoder y del necropoder se entrelazan en la racionalidad de los Estados Nacionales. Así las cosas, siendo los sujetos la materia prima indispensable para la producción del capital, el Estado encuentra poco atractivo (y hasta contradictorio) las políticas destinadas a garantizar una muerte digna; en el sentido en que es la vida la que pone en el centro de su gestión. Sin embargo, al mismo tiempo, y en función de la mantención del mismo capital, considera necesario la eliminación física de aquel que ponga en riesgo la lógica de acaparamiento y de consumo. Así las cosas, en la lógica que se desarrolla en los estados postcoloniales, el poder administra tanto la vida como la muerte, para el mantenimiento del status quo (Estévez, 2018).

En efecto, tal como lo plantea Foucault, el poder ejercido sobre la vida crea en la modernidad una nueva relación entre el Estado y los individuos, en la medida en que, la vida pasó de ser un fenómeno individual a ser un asunto de dominio público. Así pues, los

Estados dependen de los sujetos para su desarrollo, por lo que se hizo necesario la creación de tecnologías diseñadas para la protección, optimización y seguridad de los ciudadanos. Por un lado, se hizo indispensable encargarse de los cuerpos individuales, aumentar su fuerza, vitalidad, expectativa de vida y obediencia, para lo que fueron dispuestos saberes e instituciones que cumplirían dichos fines. Por otro lado, las nefastas experiencias de siglos pasados con fenómenos como las hambrunas, y las epidemias, hicieron que la especie humana en general comenzara a ser objeto también de estudio, para la creación de conocimientos y estrategias en aras de controlar sus variables poblacionales (Foucault, 2008a),

En consecuencia, el control que desde el siglo XVII se despliega sobre los cuerpos individuales y colectivos, favorece la formación de cuerpos-máquinas para la producción del capital y ajusta a la población a los fenómenos económicos. Deja de ser óptimo la administración de la muerte (“hacer morir y dejar vivir”) como ocurría antes del siglo XVI, y empieza a ser óptimo la gestión de la vida: controlar sus afectos, valores y conductas. Luego, el control se distribuye a partir de sus saberes e instituciones con tal efectividad sobre los cuerpos, que estos asumen como normal los poderes que los dominan. En efecto, se trata de un adiestramiento del cuerpo, a partir de la integración a un sistema disciplinar, que optimiza la vida y su desempeño en sociedad (Pelbart, 2011).

Así pues, en ese afán por mantener al cuerpo saludable, longevo y con capacidad productiva, surge la medicina como un conjunto de prácticas y conocimientos destinados para la manutención de las vidas, poniendo a la muerte, la enfermedad y la discapacidad como sus principales fenómenos a combatir. Así las cosas, no hay lugar para la gestión sobre la muerte, al menos no desde la perspectiva foucaultiana, según el cual, la modernidad se ocupó de “hacer vivir y dejar morir”. En ese orden de ideas, morir se convierte en el límite del poder, en el fin de la gestión del cuerpo, el esquirol para un sistema anatómico-político de control (Foucault, 1989). En consecuencia, esto hace del suicidio asistido y de la eutanasia, una contradicción para un Estado cuya administración tiene en el centro a la vida y de cierta manera, fobia a la muerte.

Por consiguiente, el predominio que ha tenido la biopolítica desde el siglo XVIII en el ejercicio del poder, ha dejado a la muerte fuera de su alcance, como su barrera más tangente, el límite de su dominio. Siendo así, la extinción de la vida es a la vez la extinción del control sobre los cuerpos, a la que el poder solo accede en forma estadística de mortalidad. Es como si la ausencia del dominio sobre la muerte, lo llevara a negarla, a considerarla su enemigo, a combatirla con los saberes prestos para el mantenimiento de la vida, resultando en una negación al derecho individual de morir (Feixas, 2010).

De esta manera, se explican las razones por la que solo en siete países del mundo es legal la eutanasia. Uno de ellos es Colombia, donde el acceso a la muerte asistida se

experimenta como lo vivió YC: sin marco legislativo para su accionar, con marcados dilemas morales dentro de la población civil y sin un respaldo óptimo de la comunidad científica. En ese orden de ideas, los obstáculos que rodean el acceso a una muerte digna evidencia la forma como el biopoder modificó la experiencia de morir; a la vez que da cuenta de cómo el saber científico se volcó desenfrenadamente a la preservación de la vida a toda costa. En efecto, la medicalización de los cuerpos, los servicios de oncología, las terapias de reemplazo renal, las gastrostomías, el encarnizamiento terapéutico, que responden al afán de la humanidad por prolongar su existencia, también representa una negación de la muerte.

No obstante, algunos autores consideran la teoría del biopoder de Foucault como insuficiente para explicar el control sobre los cuerpos, en países atravesados por relaciones coloniales. Esta discrepancia se sustenta, en la medida en la que la muerte también protagoniza en lo cotidiano, un elemento de control sobre la vida, sobre las conductas y los comportamientos. Así pues, sostienen la idea de que el biopoder se limita a la gubernamentalidad neoliberal reservada para el primer mundo, mientras en el resto de los países que se baten en las condiciones extremas que produce el capital, ejercer poder sobre la muerte es también una forma de hacerlo también sobre la vida (Gržinić, 2010). De esa manera, las desapariciones, las masacres, el feminicidio, el comercio sexual, la segregación, la precarización laboral, la desposesión, la esclavitud, el desplazamiento forzado, la administración general de la violencia, entre otras, son tecnologías de terror que facilitan el control, tanto de los individuos como de las poblacionales.

Bajo esa lectura, Achille Mbembe adopta el término de necropolítica, para enunciar una serie de dispositivos destinados también al dominio de las sociedades. ¿Quiénes deben morir? ¿Cómo deben morir? ¿Dónde deben morir? Son elementos constitutivos de los Estados Nacionales en los cuales siguen latentes prácticas coloniales y que encuentran en el exterminio/exclusión, un dispositivo de control. La discriminación de raza, de clase y de género como marco moral de la exclusión, los Estados de excepción como marco legal para el exterminio y las estrategias urbanísticas y económicas de segregación, permite entender, desde la visión de Mbembe, que la administración de la muerte es también una forma de gestión (Mbembe, 2021).

En ese sentido, el filósofo camerunés es enfático en demostrar que la lógica que rige en los Estados postcoloniales requiere, para la manutención de la unidad nacional y de la producción del capital, no solo controlar las vidas a partir de los elementos que ilustra el biopoder, sino también hacer de la exclusión, la miseria y la muerte un dispositivo de control. En su momento, Foucault reconoce que antes de la formación de los Estados Nacionales, los soberanos ejercían un poder sobre la muerte, el cual es entendido como un poder “negativo”, en la medida en que no estaba destinado a optimizar sociedades, sino a

extraerlas, silenciarlas y conquistarlas. No obstante, a diferencia del poder otrora ejercido por el soberano, este dominio sobre la muerte pretende, igual que el dominio sobre la vida, optimizar y potenciar los intereses de la sociedad de mercado. Es decir, no mata o excluye para destruir, lo hace porque tras esa muerte o exclusión se sustenta la base que posibilita la acumulación de las riquezas. Ejemplo de lo anterior, la construcción retórica del enemigo interno, como un ejercicio para capturar las subjetividades de los sujetos, mediante la idea de que la existencia del otro (del enemigo) pone en riesgo mi propia existencia, y a razón de ello debe ser excluido, encarcelado o destruido.

Basado en lo anterior, no es sorpresa encontrar sectores de la sociedad que consideren que la Operación Orión haya sido llevada a cabo en nombre de la vida, de la libertad y de la paz. Respecto a esto Giorgio Agambem, señala como los estados de excepción son escenarios para la reducción de la ciudadanía y de los derechos individuales; un nexo entre la violencia y el derecho, que expone una ambigüedad de orden jurídico en la que se destruye a unos en nombre de la protección de los otros. Esta dinámica, menciona el autor, “permite la eliminación física no solo de los adversarios políticos sino de categorías enteras de ciudadanos que por cualquier razón resultan no integrables en el sistema político” (Agambem, 2005, p. 25)

No obstante, el estado de excepción no es la única necropráctica ejercida en las laderas que conforman la Comuna 13 de Medellín, territorio que como lo mencioné al inicio de este artículo, se formó a raíz del desplazamiento y la exclusión. Por consiguiente, su ubicación en las periferias de una de las urbes más importantes del país son ejemplo de la lógica de apartheid con la que opera el necropoder, con zonas permitidas y otras prohibidas, bajo el dominio militar de diversos grupos armados que se enfrentan por el poder territorial y que dominan, en esa atmósfera de terror, las formas de vida. Como lo menciona Mbembe, son esclavos de la sobrevivencia en un sistema que produce desechos humanos, al tiempo que los margina y de quienes prescinde si su existencia pone en riesgo, la producción y el consumo del capital.

Ahora bien, la operación Orión expone la visión inmunológica con la que es tratado el enemigo interno dentro de la lógica de Estado; un agente externo (interno) que debe ser erradicado, sustraído y marginado para evitar que su existencia comprometa el funcionamiento del sistema. En ese sentido, el control militar de estos territorios requiere, como en el caso de Colombia, de la articulación oficial y extraoficial de fuerzas armadas, unidas en la conformación de un bloque contrainsurgente. Esta estrategia necropolítica, lleva a la fragmentación de los territorios, a restringir las movilizaciones y a militarizar la vida. En efecto, operan como un dispositivo de vigilancia urbana donde el castigo es la muerte, la excepción es la regla y donde la sangre, las vidas cautivas y los cadáveres, son herramientas en la conservación del capital (Valencia, 2010).

En ese orden de ideas, coexiste en la racionalidad estatal colombiana, la regulación de la vida y la regulación de la muerte. Ambas en una relación simbiótica que delata las ambigüedades del sistema en el que acceder a la muerte bajo el contexto de una enfermedad terminal es un suplicio, mientras otros cuerpos encuentran la muerte a la vuelta de la esquina. Así las cosas, la confrontación de estos dos fenómenos, la Operación Orión y la eutanasia en Colombia, sin la pretensión de llevarlos a un análisis comparativo, debela las formas a partir de las cuales el poder es ejercido en la modernidad post-colonial; donde cuidar la vida y propiciar la muerte no son propiamente contradicciones, sino técnicas complementarias que se disponen según raza, clase, género o ideología.

Finalmente, la regulación de la población como cuerpo político, en la simbiosis que se establece entre bio y necropoder, donde el control de los cuerpos se ejerce para impedirles renunciar a la vida, al mismo tiempo que, activa o pasivamente, se ejerce para eliminar otros cuerpos; evidencia la capacidad del sistema para atribuir mayor importancia de unos seres sobre otros. En efecto, esta capacidad de segregar, de construir fronteras físicas y a la vez morales, donde las vidas son solo un insumo para la manutención del capital; no solo permite, sino que estimula, la sistemática violación de los derechos humanos.

Conclusiones

Los desafíos que se plantean en materia de derechos humanos como consecuencia de los efectos del modelo capitalista nos exhortan a entender con mayor claridad la forma como este se infiltra en las racionalidades de los Estados Nacionales, para dominar en nombre de los intereses del mercado. Así las cosas, el capitalismo dispone de instituciones para disciplinar los cuerpos que le serán serviles al modelo, para mantenerlos saludables pese a enfermar por el sistema mismo o para encarcelarlos o exterminarlos en caso de no adaptarse a sus condiciones. Todo esto, al mismo tiempo que genera contingentes de humanos que, en las periferias, calles o caravanas migrantes, sobreviven a la miseria que genera la concentración de la riqueza. En efecto, una articulación de causas y consecuencias en las que el cuerpo, insumo indispensable para el engranaje de producción del capital, sufre los efectos del bio-necro poder.

Así las cosas, para la defensa de los derechos humanos es indispensable traer las ideas que se producen desde el sur global, entendiéndolo como un territorio no solo geográfico sino también de relación socioeconómica con el resto del mundo, desde donde las consecuencias del modelo atraviesan a diario la vida de los sujetos que allí habitamos y sobrevivimos. Esté conocimiento situado que se origina desde el sentir y el pensar nuestra

posición en el mundo de las relaciones, aporta para entender las estrategias a las acude el poder para estructurarnos como sociedad y, por ende, las alternativas que de allí se derivan para sobreponernos y subvertir estas lógicas. Sin duda alguna, Achille Mbembe aporta una lectura que nos permite entrever la gestión micro capilar de un poder que sustenta su violencia y exterminio en el racismo/sexismo/clasismo que estructura nuestras sociedades.

En esencia, este pensador africano tensiona el concepto de biopolítica, demostrando su insuficiencia para explicar el ejercicio del poder en el sur global. Ejemplo de ello, las reflexiones acá planteadas a partir de dos fenómenos de la historia colombiana, desde los cuales podemos entender como la racionalidad de Estado consiste, tanto en hacer vivir como en hacer morir. Lo anterior, para hacerle frente teórico a la lectura genealógica de Foucault respecto a un poder que, según él no se centra tanto en la muerte como si lo hace en la vida. Así, vemos como en el caso de Colombia, ambos espectros del poder se articulan, en una forma de control en la que, si bien la vida, la optimización de los cuerpos y la salud con centrales en el ejercicio del poder, lo es también la muerte, la segregación y la enfermedad.

En efecto, esta relación que aparenta ser ambigua, pero en realidad es mutualista, atraviesa tanto a los individuos como a los colectivos, sometiéndolos a regímenes disciplinares en los que tanto el cuerpo como la subjetividad se controlan. Hospitales y batallones, brigadas de alfabetización y brigadas militares, condominios y favelas, balas y vacunas, son constitutivos del ejercicio del poder. Dispositivos de protección y exterminio, de agrupación y segregación, para la vida y para la muerte.

Referencias

- Agambem, G. (2005). El estado de excepción como paradigma de gobierno. Em Estado de excepción. Homo sacer. Adriana Hidalgo editorial.
- Amnistía Internacional. (2005). Colombia: Los paramilitares en Medellín: ¿desmovilización o legalización? Datos y cifras. <https://www.amnesty.org/es/wp-content/uploads/sites/4/2021/08/amr230282005es.pdf>
- Aricapa, R. (2015). Comuna 13: crónica de una guerra urbana. Ediciones B.
- Diaz, E. (2017). The decriminalisation of euthanasia in Colombia: context, foundations and critiques. Revista de Bioética y Derecho. https://www.researchgate.net/publication/321004422_The_decriminalisation_of_euthanasia_in_Colombia_context_foundations_and_critiques

- Estévez, A. (2018). Biopolítica y necropolítica: ¿constitutivos u opuestos? *Espiral* (Guadalajara), 9–43.
- Feixas, A. (2010). El tabú de la muerte y la biopolítica según M. Foucault. *Daimon: Revista internacional de filosofía*, 171–182.
- Foucault, M. (1989). Derecho de muerte y poder sobre la vida. Em *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber* (p. 167). Siglo XXI.
- Foucault, M. (2008a). *Nascimento da Biopolítica* (M. Senellart, Org.; 1ra ed). Martins Fonte.
- Foucault, M. (2008b). *Segurança, território e população*. Martins Fontes.
- Franco, V. L. (2009). *Orden contrainsurgente y dominación*. Instituto Popular de Capacitaciones: .
- Gómez, J. (2014). Los homicidios en la Comuna Trece (2002-2005) como crímenes de lesa humanidad. A propósito de los doce años de la Operación Orión. *Revista Controversia*, 175–207.
- Gržinić, M. (2010). From Biopolitics to Necropolitics and the Institution of Contemporary Art. *Pavilion. Journal for Politics and Culture*, 9–93.
- Guerra, Y. M. (2013). RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR LA PRÁCTICA DE LA EUTANASIA EN COLOMBIA. *Principia Iuris*, 19(19).
<http://revistas.ustatunja.edu.co/index.php/piuris/article/view/763>
- Hylton, F. (2007). El cambio radical en Medellín. *New left review*, 66–85.
- Mbembe, A. (2018). *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte*. N-1 edições.
- Mbembe, A. (2021). *Necropolítica*. N-1 edições.
- Ortiz, M. (29 de junio 2021). La lucha de Yolanda para que la dejaran morir dignamente. *El Tiempo*.
- Pelbart, P. (2011). *Biopolítica*. Em *Ensaio de Biopolítica*. Ed. Iluminuras.
- Sánchez, G., Villa, M., & Riaño, P. (2011). *Desplazamiento forzado en la comuna 13: la huella invisible de la guerra*. CNMH.
- Sánchez, J., & Alzate, M. (2018). Comienzo legal de la eutanasia en Colombia. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 4.
<https://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/361>
- Valencia, S. (2010). *Capitalismo gore*. Melucina.
- Wermuth, M. Â. D., & Mori, E. D. (2022). Viver, em primeira pessoa: Reflexões sobre biopotência e possibilidades de resistência biopolítica. *Revista Direito e Práxis*, 13(2), 861–892. <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2020/49634>

HUMANIZAÇÃO DAS SUBJETIVIDADES: A CARTOGRAFIA SENTIMENTAL NA DISCUSSÃO DE GÊNERO DECOLONIAL

Bruno Azzani Braga

Marco Antonio de Barros Junior

Introdução

Gênero Decolonial a partir da Cartografia Sentimental

Essas palavras cunhadas a quatro mãos nasceram das escrevivências¹ de dois pesquisadores que experienciaram os encontros da (in)disciplina de “Gênero Decolonial”, ministrada pelo docente Reginaldo Moreira, do Programa de Pós-graduação em Comunicação da Universidade Estadual de Londrina (UEL), durante o segundo semestre letivo de 2022. Tendo o uso da Cartografia Sentimental proposta por Suely Rolnik (2011) como rizoma, os encontros ramificaram-se por temáticas que vivenciaram gênero, decolonialidade, sexualidade, racismo, masculinidade hegemônica, Teoria Queer, entre outros eixos, visando desconstruir padrões que vêm sendo impostos ao longo da história aos corpos subalternizados, que sofrem e, em casos extremos, perdem as próprias vidas por ser quem/como são.

Ao todo, foram 16 encontros temáticos com referenciais bibliográficos, mas com um desafio: falar como os autores os leram, visto que, cada um dos participantes, 13 no total (mestrandos em Comunicação e Psicologia), tem sua própria singularidade. Quem melhor para falar sobre nossas próprias experiências do que nós mesmos? Corpos vibráteis que são atravessados e transpassados todos os dias por informações, toques, sentimentos e múltiplos fatores que provocam sinestésias e afetações, das mais brandas às mais fortes.

A proposta dos encontros não era meramente uma aula convencional onde iríamos discutir os cânones acadêmicos. Era tudo, menos isso. Foi repensado o processo educacional para além da educação bancária que Paulo Freire (2005) criticou, que questiona os paradigmas da interconexão de gênero/sexo, raça, classe, entre outros demarcadores sociais. Guacira Lopes Louro (1997) entende que o educar em conjunto com teorias pós-

¹ Escrevivência é um termo cunhado pela escritora Conceição Evaristo enquanto práticas de vida contadas pela escrita, ou seja, a vivência é o fio condutor do registro textual (Duarte e Nunes, 2020).

estruturalistas trazem uma nova potência: inserir na prática demarcadores que outros tantos dogmas educacionais falaram pouco a respeito.

Como bell hooks (2013) prolifera, trata-se de ensinar a transgredir, de forma que busquemos conhecimentos em nossas vivências e outras autorias relegadas à marginalização, mas que sobrevivem e resistem, desenvolvendo conhecimento. O objetivo foi desencadear um processo de desaprendizagem de conceitos colonizados, como será evidenciado ao longo deste texto, por meio da ênfase na subjetividade, a qual ainda não foi plenamente reconhecida nos métodos tradicionais das ciências, caracterizados por sua abordagem conservadora. Os participantes foram cartografados pelos textos dos autores, mas também cartografaram a partir de suas vivências e experiências, afinal, o cartógrafo, como explica Rolnik (2011), parte do próprio fenômeno da existência.

Além de textos de autores renomados, nos encontros também foram usados outros dispositivos, como filmes, séries e podcasts para fomentar as discussões e, assim, alimentar a cartografia de cada sujeito que se propôs a participar da in(disciplina) de Gênero Decolonial. Entretanto, possivelmente, o maior dispositivo foi os participantes que não titubearam em compartilhar suas vivências, por vezes até muito íntimas, com os demais.

O resultado foi desaprender o que considerávamos como muito certo em nós, para um aprender construído no coletivo, por meio de afetações, de memórias e até mesmo do inconsciente. Ao final, no último encontro, realizou-se um sarau cultural e cartográfico para fechar a in(disciplina), e cada participante apresentou, artisticamente ou de outra forma mais confortável, suas cartografias ao grupo.

O disparador queer/cuir

“O que tem de queer em você?”. Esse foi o primeiro disparador lançado no encontro inaugural da (in)disciplina de Gênero Decolonial pelo proponente dos encontros, o professor Reginaldo Moreira. No rosto de cada participante, um ponto de interrogação era refletido com a autoindagação: “o que será que eu tenho de queer/cuir?”.

E foi ali, com uma frase interrogativa tão curta, mas, inversamente, difícil, que houve, talvez, o primeiro processo de “desterritorialização”, termo de Deleuze que Paul B. Preciado (2011) toma emprestado para falar dos corpos que se recusam a se conformar com a normatividade do que é considerado “normal” e socialmente aceito. Os corpos queer/cuir resistem e insistem em ser quem simplesmente são. Como bem pontua Preciado (2011), a tecnologia de produção de corpos desafia a definição do que é "normal", mas não é infalível. É precisamente por não ser definitiva que abre espaço para resistência e tensões, intervindo nos dispositivos existentes e gerando a criação de novos.

Ao longo dos encontros, com os participantes que, cada vez mais, iam se “tornando” de quem realmente são, a resposta para o disparador sobre “o que se tem de queer/cuir” começava a tomar forma, sentido, território. Louro (1997) restabelece como a importância de se reconhecer no processo educativo se torna chave para a identificação de barreiras que impedem o desenvolvimento efetivo das atividades. Uma criança que sofre abusos dos demais colegas por sua singularidade não encontra, no ambiente escolar, um local adequado para a aprendizagem. A falta dessa consciência pode ser um impedimento até para pedir ajuda ou mesmo reconhecer os motivos de sua aversão ao ambiente. Sendo assim, os espaços educacionais acabam por classificar e excluir os “anormais”.

Quanto aos encontros também foram realizadas provocações² sob uma perspectiva decolonial. Pois, ao pensarmos numa conceituação do que é queer/cuir na América Latina, ainda são poucos os relatos e experiências na academia³ que descolonize o termo. Perceba que o mesmo disparador do primeiro encontro, “O que tem de queer em você?”, permear muitos outros encontros ao abordar o pensamento de forma decolonial, tanto em relação ao gênero quanto à sexualidade. Embora o conceito de queer/cuir seja frequentemente associado a um estado de devir, é fundamental que os direitos humanos da população LGBTQ+ sejam plenamente implementados na sociedade contemporânea. Além disso, é crucial abordá-los sob a perspectiva da interseccionalidade, reconhecendo a interação complexa com os diversos fatores sociais que moldam a experiência de cada indivíduo.

Os feminismos, o antirracismo e as políticas LGBTQ+ não devem se limitar apenas às pessoas diretamente envolvidas nesses movimentos. Pensar em uma política que abarque todos e todas é tão urgente como é o direito à vida, sem medo, sem violência, como liberdade e possibilidades para exercer o mesmo direito de cada indivíduo com sua própria singularidade.

Fundamentos

Cartografia Sentimental ou A Antimetodologia

A pesquisa da cartografia é uma proposta metodológica que sofre resistência em seu uso em áreas como a comunicação (Rosário, 2022). Uma das principais críticas

² O sentido da palavra e uso durante os encontros se refere a questionamentos para se pensar em grupo e em si.

³ “A maioria das pessoas que usa o termo queer na América Latina o faz da mesma maneira que as feministas – que preferem dialogar com Estados e instituições internacionais a lidar com mulheres reais – começaram a usar o termo *gender* ou gênero, na década de 1990, e as e os homossexuais começaram a usar o termo *gay*, dez anos antes. São termos mais limpos, em *english fashion*, nada populares, que definem a própria diferença do modelo heteronormativo sem impulsionar revoltas sociais contra o modelo capitalista e a pós-modernidade neoliberal.” (Gargallo, 2020, p.58).

realizadas a ela é que sua abordagem seria superficial pela falta de rigidez que se concentra e a abertura ao campo subjetivo em suas análises⁴.

A cartografia é uma dessas extensões/explorações da personalidade metodológica do campo de maneira ampla; seu sentido clássico se concentra na demarcação geográfica de mapas e cartas, contudo, nesse contexto, o que se mapeia são os signos, os discursos e as afetações. As provocações que elas causam vão investigar a relação da humanidade nesse campo dos afetos e questionar sobre as tensões, as regiões de produção de sentidos e enunciação (Correa, 2009). Existem várias aplicações e tipos de cartografia, não conseguimos listar todas, mas algumas são as Cartografia de Pistas, de Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros (2015), e a Cartografia das Controvérsias, de Bruno Latour (2016) e Tommaso Venturini e Anders Kristian Munk (2021). Essa antimetodologia⁵ parece assumir uma possibilidade de quebra de paradigmas como um dispositivo (Agamben, 2009) potente que demonstra contradições do que se vem valorizando enquanto ciência, além de potencializar outros respiros para a criação de novos saberes e abordar diferentes aspectos das problemáticas humanas.

A experiência relatada nas demais páginas é fruto das provocações na forma de operacionalização de pesquisa que Félix Guattari e Gilles Deleuze (2005) propõem ao pensar em processos de construção de conhecimento que não sejam reféns dos cânones positivistas e iluministas. Conforme relatado na pesquisa de Reginaldo Moreira (2011, p. 22), a proposta de Guattari e Deleuze é uma maneira de criar uma jornada através da vida, explorando os campos dos acontecimentos e abrindo novos significados por meio do caso-guia. Pode-se compreender que a relação do pesquisador com os casos-guia na cartografia não é posta em segundo plano, desde seu princípio, é relevante essa constatação para não operar com afastamento e neutralidade.

Para Rolnik (2011), a pesquisa cartográfica é sobre as relações das afetações, é uma forma de mapear as paisagens psicossociais em sua construção e perda de sentido, “mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos” (Rolnik, p. 23, 2011). A experiência dos encontros de Gênero Decolonial tem como peculiaridade a escolha da cartografia sentimental, principalmente, pela oportunidade intensa de deixar-se fluir nos casos-guia que, nesse sentido, eram os próprios participantes. Cada um trazia as interpretações e

⁴ Indicamos a leitura de Nísia Martins do Rosário (2022) para aprofundamento das críticas mais comuns realizadas à cartografia e como sua existência questiona a matriz de construção pragmatista iluminista de educação e pesquisa.

⁵ Brincadeira de palavras relativa ao ato de questionar os cânones acadêmicos e ao fato de esse instrumento ser classificado por alguns como não metodológico o suficiente, sendo assim, abraça-se esse conceito de marginalização como potência de construir uma nova ciência.

afetações sobre a leitura das obras para o debate, mas em um sentido de que o que era teorizado pelas autorias era uma interpretação de seus corpos destas, nada do que estava ali era aquém da realidade, pelo contrário, era entender que Lin da Quebrada não lê Judith Butler, mas Butler lê Lin da Quebrada.

Essa derrocada da torre de marfim oportuniza que as linhas de afetos se abram para a construção de saberes por relatos de vivências, música, arte e texto vivo. Esse processo é desterritorializante, termo que Deleuze e Guattari aplicam para reiterar como o processo de desaprender e se analisar são importantes para apreender a origem da projeção simbólica de nossas ações. Depois, é necessário se reterritorializar (Rosário, 2022), construir novos locais com esses aprendizados, ou seja, um processo de ressignificação que, apesar de provisório, quando revisitado, faz surgir novos sentidos, componentes criam um território da cartografia (Rolnik, 2006, p.26). A cartografia sentimental permitiu a construção de encontros que oportunizaram uma leitura de gênero, sexualidade e decolonialidade por lógicas não racionalizantes, mas racionais e sentimentais. Era a primeira vez que muitos tentavam identificar como as suas vivências expressavam esses critérios e formavam pensamentos, práticas e signos. Os mundos ali formados serviram como esse parâmetro para a construção da atividade final, que se baseava em entender toda essa trajetória de afetações.

Platôs e Desterritorialização

Faz-se necessário um aprofundamento a respeito dos conceitos de desterritorialização e platôs. Seu uso é uma referência aos filósofos Gilles Deleuze e Felix Guattari, principalmente no livro *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia* e no *O que é a Filosofia?*⁶. A proposta é pensar um local (Geo) que seja um plano da imanência (Deleuze, 2004), espaço onde o devir (a possibilidade de vir a ser) seja constante. O que está por vir (virtual) não apagaria nossa possibilidade de ser, pois esse futuro influencia o presente, seja por querermos chegar a esse lugar pretendido (o que nos leva a realizar uma série de ações tendo o futuro projetado como alvo, e que nos moldam no processo), ou quando se entende que é um mar de possibilidades que se transversalizam / entrecruzam e provocam a reflexão (ambiente em movimento). O que os autores entendem por território é o local fixo do entendimento, diante desse local da imanência começa a se desconstruir, visto do que lhe é atizado ou sugerido (Deleuze e Guattari, 2000). Como a base de alguém instaurar-se-

⁶ O segundo livro é um delineamento de conceitos que foram sendo criados ao longo da carreira das autorias e que se estabelecem com maior definição. Buscou-se criar um livro com definições um pouco mais precisas para se pensar uma nova filosofia, o que os autores chamam de Geo-filo-sofia.

ia diante de múltiplos estímulos que questionam os fundamentos do solo que se apega enquanto saber? Desterritorialização seria, então, esse processo de abertura e ruína.

É um salto para desaprender as concepções rígidas e se abrir a um novo processo de construção, de reterritorialização. Tem-se, aqui, então, a abertura a novas investigações, às possibilidades antes não imaginadas, e permitem serem ressignificadas, como na cartografia sentimental (Rolnik, 2011). São locais que, quando disparados por algo (uma ideia, objeto, emoção, memória, confronto, etc.), criam uma espécie de bússola do local a ser investigado (Deleuze e Guattari, 2000). Para não passarmos anos buscando o infinito, o platô é esse local geral de algumas afetações, que sintetiza espaços e ideias. Poderia se dizer que é um território a ser investigado, ou melhor, cartografado.

Os encontros encararam esse tipo de paradigma e construção como um local que possui alguns caminhos a serem investigados, o que acontecia nas discussões era imprevisível. Provocados pelos disparadores – algo semelhante à pergunta do começo do capítulo e que poderia ser filmes, perguntas, atividades, leituras, músicas, arte plástica, etc. seu objetivo é estimular os participantes, de excitar o campo das afetações para que com as referências sugeridas para o encontro fossem despertadas. Todo encontro era organizado em temas⁷ gerais com recomendações de obras, era uma forma de se pensar uma mesma área, porém, abrindo a múltiplas entradas, ou seja, ao invés de o professor determinar um caminho (que pela forma de hierarquia construída em sala seria lida como a mais correta, quando uma educação não é libertária [hooks, 2013; Freire, 2005]), cada integrante do grupo (muda-se o conceito de turma para algo mais coletivo) ofertava suas interpretações exercitando uma leitura mais decolonial, que seria pensar em como as autorias (independente da mídia da obra) liam o corpo do leitor, ou seja, é inverter a lógica de que a interpretação mais relevante e coerente necessariamente é de quem está em uma posição acadêmica “elevada” ou mesmo sagrada, para pensar nesse processo da construção do conhecimento científico que quer sair do senso comum e acaba diminuindo-o (Rosário, 2022).

O entendimento do local de fala de cada integrante, como teoriza Djamila Ribeiro (2017), é importante para a discussão, pois, compreendendo o local social de vivências, conhecimentos e pesquisas, iam-se traçando elementos que provocavam os demais e serviam também como disparadores.

⁷ Os temas foram: Cartografia sentimental, Gênero, Decolonialidades, Interseccionalidades, Masculinidades não hegemônicas, Teoria queer do fracasso, Mulheridades, Feminilidades, Feminismos, Feminismos subalternos, Teorias Queer, LGBTIA+, Neo-linguagem/Linguagem inclusiva de gênero/Discurso politicamente correto e LGBTs, Corpo Abjeto e Manifestos contrassexuais.

A atividade final dos encontros não poderia ser menos disruptiva, entendendo que a importância das afetações é de uma construção e interconexão de sentidos entre o mundo interno e externo a ponto de se nublar as barreiras (Rolnik, 2011). Para tanto, foi proposto que cada integrante do grupo realizasse sua própria cartografia sentimental em quatro platôs com as temáticas que mais dispararam afetações. A entrega era parte escrita, com uma apresentação que se deu em um espaço não acadêmico (ou que expande seu conceito): um sebo da cidade de Londrina. Foram, então, apresentados poemas, performances, encenações, músicas e descritivos a respeito das afetações, cada integrante compondo com suas cartografias escritas para o grupo, demonstrando como esses saberes e discussões foram incorporados por cada um, isto é, uma compreensão que saía apenas do campo intelectual, mas se misturava com o saber-corpo (Souza, 2019).

Verdades absolutas, mundos formatados, dominação masculina, branquitude, pensamentos estabelecidos, cishéteronormatividade, mentes e corpos colonizados, eurocentrismo: palavras que permeiam a vida socialmente aceita nestes tempos em que (sobre)vivemos. Sentenças que ordenam a vida ao que deve ser considerado normal. Como escapar das amarras coloniais fortemente atadas com tantos nós? Pergunta difícil de responder, entretanto, há caminhos para levar aqueles e aquelas que não se enquadram nas caixas dos dominadores a outras terras com solo mais firme, fértil e próspero. Como bem lembra Ballestrin (2013, p. 108-109), certas autorias dos centros e periferias estão questionando as epistemologias eurocêntricas do “mainstream” das ciências sociais.

A decolonialidade surge na contramão de um mar agitado que naufraga o diferente, o anormal, o dissidente. Decolonializar é romper com as verdades tidas como absolutas que vagam em nosso inconsciente. Na perspectiva da (in)disciplina da qual deriva este texto, tratou-se como figura central a força para nós decolonizarmos, especialmente o gênero, a sexualidade e a temática racial. Usamos a “força”, pois realmente é necessário fazer atritos para repensar ao menos a possibilidade fora do hegemônico. Além disso, também decolonizar nossa ideia de pensamento e raciocínio. Butler ensina caminhos. Preciado ensina caminhos. Rosário ensina caminhos. Entretanto, nós, que não figuramos nos cânones acadêmicos, também ensinamos caminhos. Não pesquisadores ensinam caminhos. Importante destacar que, decolonizar nosso pensamento, seja em qual área for – na de gênero, por exemplo, como tratamos aqui –, não é rechaçar o conhecimento teórico e seus autores; mas construir pontes com a vivência de cada um de nós.

Relatos⁸

Afetações / Cartografia 1

Eu sempre gostei da água, desde muito pequeno, em um tempo que ainda não racionalizava tanto como hoje. Meus pais perceberam logo cedo esse meu gosto e me colocaram nas aulas de natação. Na água, seja na piscina, no rio ou mar, sentia e ainda me sinto num estado de liberdade que dificilmente experimentei em outros lugares. Só adulto, entendi o porquê desse amor pela água, esse elemento químico tão simples composto de dois átomos de hidrogênio e um de oxigênio. A água é despreziosa, mas tem um poder que impressiona.

Em uma terça-feira qualquer de um inverno seco em agosto, com muita pouca água por estas bandas de Londrina, escutei a pergunta “o que você tem de queer?”. Numa sala de aula, rostos dos mais diversos formatos se entreolharam. Alguns baixaram os olhos e franziram a testa, como se o movimento físico pudesse oferecer uma resposta. Até aquele momento, nunca tinha me feito e nem recebido essa pergunta.

Mas, ali, como uma doce e amarga epifania, descobri em poucos minutos o que nunca soube em minha vida toda. O queer sempre esteve imbuído em meu corpo. O menino obeso e bicha que tinha tantos sonhos, desejos e vontades, que foi impedido muitas vezes de ser quem é, estava prestes a sair do casulo no qual se envolveu por tempo demais. Meus afetos tomaram corpo e delimitaram novos territórios (Rolnik, 2011), novos lugares para explorar. O processo que já sentia há um tempo, porém, que atingiu potência com tal pergunta.

Lembra da sensação de liberdade que eu já falei? Meu corpo sentiu o mesmo, mas em terra firme, muito longe do mar. Liguei-me, como um rizoma, uma raiz muito ramificada, ao eu que sou de verdade, mas que ficava escondido, calado, tímido, desconhecido, como uma ilha jamais habitada a ser descoberta e tocada.

Senti-me também um pouco como o iorubá (Oyěwùmí, 2021), uma língua isenta de gênero, fluida, vívida, pulsante. Entretanto, quanto tempo os corpos dissidentes levam para se encontrarem com a liberdade? Muitos não chegam a conhecê-la. Em uma sociedade anacrônica e cisheteronormativa, aqueles que não jogam o jogo da masculinidade são castigados com o escárnio, com a violência e viram em casos extremos, mas não incomuns, pagam com a própria vida, como águas que evaporam, desencantam deste mundo devido à ignorância.

⁸ Aqui estão algumas das produções entregues como parte da atividade final da (in)disciplina. Os discentes realizaram suas cartografias com base em suas afetações no decorrer dos encontros.

Em um país como o Brasil, onde LGBTI+, mulheres e pretos são assassinados todos os dias, ser homem, branco, hétero e cisgênero, é como ter poderes divinos. O homem branco e conservador é a representação do ápice da masculinidade hegemônica, que produz nomes como Trump e Bolsonaro, homens que pregam o ódio e a perversidade, uma branquitude autoritária e antidemocrática (Bento, 2022).

A masculinidade hegemônica define a maioria esmagadora dos homens. Em muitos momentos da minha vida, também senti essa influência. Afinal, desde pequeno é dada ao homem a ideia de que precisa ser forte, racional, provedor e suprimir qualquer sinal de fraqueza. Em casa, felizmente, tal hegemonia não era seguida à risca, embora houvesse resquícios dela. Mas, da porta para fora, na escola, na igreja e em outros espaços sociais, a supremacia masculina regia uma orquestra de machos iguais, clones da masculinidade vil e atroz.

A força do ideal masculino destruiu muitas partes de mim. Ser homossexual em um país que mais mata LGBTI+ no mundo é como estar em um campo minado. É preciso ter cuidado para não falar “afeminado”. Não pode parecer muito “bichinha”, ser igual “mulherzinha”. Expressões que tenho escutado desde pequeno, quando nem eu ainda entendia o que eu era. O custo foi alto: a necessidade de construir outra identidade para não sofrer algum tipo de violência. Quais e quantas partes de mim perdi nesse caminho tortuoso? Quantas coisas deixei de fazer por medo?

Sim, medo. Eu tinha muito medo! Ainda tenho, mesmo após ter me libertado das correntes da opressão cisheteronormativa. Ainda tenho sonhos que, para a maioria – em geral heterossexuais –, é tão normal e até mesmo banal: como a de andar de mãos dadas com alguém que você ama num domingo à tarde em um parque bonito.

Na minha cabeça, penso que deve ser bom. Falo que penso, porque nunca o fiz. Não fiz por receio. Mas deve dar uma sensação de liberdade fantástica não ligar para os olhares tortos, não ter medo de sofrer algum ataque verbal ou físico. Não sentir vergonha do amor. Esse substantivo abstrato que, para mim, na verdade, sempre julguei ser concreto. Pois o amor cuida. O amor toca. O amor beija. O amor abraça. O amor também faz amor. O amor é feito de algo palpável, é inerente, fortaleza.

Para desconstruir, é preciso muita escuta, olhares atentos para os problemas intrinsecamente ligados à ideia do homem másculo no centro das interações socioculturais e econômicas. Que bom ter a clareza que gênero é construção social, que não nascemos com o destino traçado pelas práticas e ideais que nos são colocados em nosso desenvolvimento como seres humanos. As nossas vivências individuais importam. Os nossos medos importam. Os nossos amores importam. Os nossos sonhos importam. As

nossas dificuldades importam. A nossa volta por cima importa. O nosso “enfim feliz” importa.

A interseccionalidade de nossas vivências como coletivo é cada vez mais urgente. Os corpos dissidentes dos mais variados grupos sociais se fortalecem quando lutam juntos contra as ondas fortes do conservadorismo. A minha luta é a sua luta. O singular é importante, mas é o plural que quebra os padrões predefinidos e desmazelada os poderes daqueles que não aceitam as diferenças.

Como disse Renan Quinalha (2022), é preciso ter orgulho da nossa luta, de quem somos, da nossa história. Resignifiquei o que me machucou por tanto tempo. Finalmente fiz a dobra: “o mesmo dispositivo capaz de impor vergonha foi – e tem sido – aquele que lançou as bases para emergir o orgulho” (Quinalha, 2022, p. 35).

Eu abri essa porta. Pisei – com medo – para fora. Não é fácil, entretanto, libertador. E não volto atrás. Eu fui, e vou, e seguirei em frente com os meus. Com os afetos que vou encontrando no caminho: como as ondas do mar que se entrelaçam antes de chegar à praia. Como entoa Maria Bethânia em “Carta de Amor”: não mexe comigo que eu não ando só, eu não ando só... (Bethânia, 2012).

Afetações / Cartografia 2

Em minha cartografia, brinco com um tom melancólico e jocoso para elaborar uma filosofia que explicasse as minhas mais profundas afetações. Eis que surge verm*⁹ como esse repertório dos meus sentimentos. De Machado de Assis, em seu livro Memórias póstumas de Brás Cubas, ao poema “Ultimatum”, do pseudônimo Álvaro Campos, penso nessa linha entre o verme que tudo come e defeca algo novo que é adubo ao futuro, ou seja, trabalha em suas vísceras a resignificar na/d/a estrutura.

Então...

Admiro a sensatez e voracidade d*s vermes, não olham para a conta bancária, não querem saber com quem a carne deixou de se relacionar, se tinha idade ou qual o tom de pele. Carne é carne, é alimento, nutre e fortalece. Quando não tóxica, ajuda na sua autorreprodução e crescimento. Um verme é uma vida imanente por absoluto, e aqui farei

⁹ O uso do “*” para indicação da neo-linguagem tem um efeito inspirado no livro de Sam Boucier, O triângulo e o Unicórnio que peida (2019), no caso dessa escrita, verm* não tem um gênero específico, pois seu uso segue de acordo com quem lê: para você pode ser “o”, “a” ou “u” “verme/a/u”. O interessante é que a utilização do conceito crie certa identificação com esse eu lírico e a potência da antropofagia e defecação das normas.

um salto teórico para abarcar tudo aquilo que, na natureza, em um primeiro momento, podemos entender como verme, como uma lagarta, taturana, larvas, centopeias, lacraias, etc. Por excelência, é difícil reconhecer e capturar aquilo que el* será, são tantas as possibilidades, que a captura de um sentido acaba por ser devorado e frustrado pela própria movimentação e mutação d* verme. Quando era menor, meu respeito *s vermes era tanta que simplesmente me abstinha em tirar um bicho de pé. Detestava a ideia de que para eu viver com meu dedos intactos necessariamente se deveria matar a criatura.

O olho de peixe, como é conhecido popularmente, é o seu local de moradia, do qual, a cada volta na praia ou corrida no terreiro, precisava desalojar a agulhadas calorosas uma imensidão de vida. Outros tantos vermes se estabeleciam próximos de mim, principalmente de dois pontos de origem: as carcaças de animais do sítio e as frutas que caíam dos quintais. A goiabeira era esse local de descoberta fantástica do acaso dos vermes: uma fruta que de um lado estava deliciosa, poderia estar sendo habitada, a algumas mordidas de distância, por um condomínio inteiro d* vermes; ou seja, por um instante, nosso nojo e mente higienista conviveram (indiretamente) com a possibilidade de estar compartilhando alimento com tais criaturas. Sua existência não era negada nem vítima de injúrias, era apenas tolerada.

Decerto, esse tratamento não é digno de um ser vivo, mas é um primeiro passo ao respeito. Simplesmente por não querer eliminar, cria-se espaço para seu amadurecimento. Uma ideia comum de associar *s vermes é a constatação parasitária de sua existência, uma acusação um tanto injusta oriunda de uma população que passa cerca de 9 meses apenas consumindo nutrientes e retribuindo com chutes e socos o carinho e a compaixão. Ora, a humanidade libertária, como bem estabelece a Revolução Francesa, é uma noção parasitária de Liberdade, Fraternidade e Igualdade entre HOMENS. Guilhotina àquel*s que revogam a condição de humano, como a forma de violência cometida contra *s Haitian*s e Olympe de Gouges, pseudônimo de Marie Gouze.

Meu contato com *s vermes me traz a corporalidade que insisto em esquecer. As semanas que inicio doente meu corpo batalha intensamente para eliminar cada um. Enquanto isso, verm*s se utilizam do mais sagrado de minhas células para se reproduzir e se espalhar. Sou um hospedeiro de sua existência, uma das possibilidades de alimento para que aquilo que é imanente seja concreto. A cabeça pesada, a garganta e a tosse seca, o nariz trancado, o catarro que escorre e as dores no corpo me fazem enfrentar e pensar nessa corpa¹⁰ que, às vezes, elipsei. Nesses momentos¹⁰ meu autocuidado torna-se muito menos

¹⁰ O uso baseada na dissertação de mestrado por Chris The Red (2022): Retratos Pós-Pornográficos: as histórias contadas pelas Corpas Falantes. A corpa é uma maneira de demarcar o corpo feminino e o corpo queer/cuir como parte desse complexo de resistências e abjeções que sofreram ao longo dos tempos, é buscar potência.

uma pressão social de manter uma estética que agrada *s outr*s e foca no Eu. É na dor que acabo me vendo, assistindo-me no espelho com carinho. De fato, os trabalhos, os favores e os compromissos que disse “sim”, independente da minha vontade, ganham um papel secundário. Aprendo a dizer não. Habilidade essa rara nas minhas ferramentas diárias. “Eu falando não? Recusando uma oferta? Que egoísta, que mesquinho, que narciso”. Essas demarcações simplesmente evaporam.

Quando minha corpa chama, não há outra prioridade senão ela. Verme, então, que me consome, ajuda-me no processo de meditação, essa de 15 minutos que recuso a fazer, pois sempre me pego atarefado, fico em uma posição em que preciso me antropofagizar. Quero adentrar nessa carne, fazer dela minha morada e devorá-la para saber seu gosto, sentir suas texturas e beber os líquidos que dela são expulsos. O que meu gozo, suor e pus me revelam? O oráculo de Delfos e a mensagem de Exu em si. Faço desses músculos uma casa profunda e respeitosa, finalmente me sinto parte de mim. Sou eu nesta corpa.

(In)conclusões ou aberturas

Ao chegar aqui, pode-se pensar que os processos decoloniais mais abrem caminhos do que fecham. Os relatos, afetações e produções descritas servem como base para outras pesquisas e experiências serem compartilhadas e testadas. Não se poderia escrever uma conclusão que criasse um fechamento que hierarquize e classifique os conhecimentos, visto que, em todos os encontros, as discussões se concentraram em ambientes de afetações que percorrem escopos. Escutar os relatos de pessoas se descobrindo LGBTQ+ ou mesmo dividindo experiências sobre os abusos em suas vivências para pensar políticas do corpo, tudo isso não é facilmente explanada por regras e universalizações. Cada um perpassou ou dividiu em seu trabalho final um eixo epistemológico que se concentra na vivência do corpo falante (Preciado, 2014).

Para tanto, faz-se aqui uma retomada breve da importância desse campo das afetações no ensino e na pesquisa como uma causa importante do saber-corpo que provoca as reflexões de como a educação vem sendo estruturada ao redor da sistematização. No livro de bell hooks (2013), “Ensinando a transgredir”, a autora reitera que o ensinar deve respeitar e proteger o que é fundamental, criando ambientes em que “o aprendizado possa começar do modo mais profundo e mais íntimo” (hooks, 2013).

Essa importância da educação na formação humana é contemplada nas definições dos direitos humanos. O artigo 26 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (UNICEF, 1948) reitera em três subitens a importância da educação (que é entendida como instrução) para o desenvolvimento humano. Seu intuito é de promover a compreensão, a tolerância e

a amizade entre todas as nações, bem como instituir marcadores de raça e religião; ou seja, a educação tem como princípio a promoção da integração social e do bem comum entre nações. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 (conhecida como Constituição Cidadã), no Artigo 205, integra essa luta pela educação enquanto direito básico da sua nação.

A família, o Estado e a sociedade têm o dever de promover e incentivar a educação e também promover o desenvolvimento da pessoa para, então, exercer sua cidadania e sua capacitação ao trabalho, entendendo que ambos são primordiais para uma vida plena em sociedade. Podemos concluir, desse modo, que a educação, tanto internacionalmente como no Brasil, é um direito intrínseco para a formação humanizadora com acesso à cidadania plena.

Logo, como abordar as complexidades humanas senão considerando que os sentimentos e vivências interpelam cada um? Que as condições e os demarcadores sociais (gênero, raça, classe, etc.) são influentes nos processos? Louro (1997) retoma essa condição da escola (expandindo para o sistema educativo) como esse local que separa e produz diferenças e desigualdades ao mesmo tempo que tenta conformar corporalidades por meio do ensino da norma: o diferente é mais um receptáculo para funcionar de acordo com ela do que de fato uma possibilidade de ação fora do sistema. Conforme argui o autor, “Concebida inicialmente para acolher alguns — mas não todos — ela foi, lentamente, sendo requisitada por aqueles/as aos/às quais havia sido negada.

Os novos grupos foram trazendo transformações à instituição.” (Louro, p.57, 1997). Ainda assim, a inserção do diferente fez com que as configurações do sistema fossem questionadas, visto que só alguns estavam conseguindo usufruir sua educação plenamente. A pergunta que se faz é: como contemplar esses espaços com diferentes corporalidades? Uma possível resposta para isso seria: deixe que o oprimido fale — para parafrasear o título do texto de Spivak (2018), o qual retoma o conceito de opressão de Paulo Freire (2005). Escutando quem vive certas opressões na pele e quem convive no mesmo mundo onde a estrutura beneficia alguns, pode-se possibilitar uma desestruturação do saber, que seja horizontal e construa “com” e “para”, e não “por”.

Pensar em práticas decoloniais de educação é questionar a posição da hierarquia do próprio professor, ou melhor, repensar e questionar o tempo todo qual o papel ali assumido. O que os estudos oferecem é uma possibilidade de intermediação de processos, mais do que uma prática conteudista de ensino; o ensinamento bancário (Freire, 2005) é só para bater meta. Identificar códigos (letras) não significa nada se não se tem a compreensão do significado que elas formam, isto é, ver o mundo não é o mesmo que lê-lo / interpretá-lo de maneira a transformar o que está posto. Nos encontros, os participantes eram o meio, seu corpo era o que canalizava a educação e as críticas, para evitar o erro de se pensar serem desconexas, vinham carregadas de uma leitura, em alguns momentos, dura e

dialética do que se passava, não era desconexa da realidade, parecia ser muito mais viva que pesquisas na área de humanas que seguem com rigidez os cânones acadêmicos.

Era um aprendizado com a prática e olhando para as teorias, questionando e reavaliando. Era a máxima práxis, pois as experiências ali compartilhadas foram fazendo parte das interações, como na aula a respeito das epistemologias negras / pretas, quando o entendimento do uso político de “pardo” e “afrodescendente” foi questionado, sobretudo o segundo, por parecer ocultar dois termos (preto e negro) que vêm sendo ressignificados como potência. Foram encontros afetuosos nos quais se trocaram experiências de como abordar pesquisas onde o campo dos sentimentos não era posto de lado.

Referências

- Agamben, G. (2009). O que é o contemporâneo? e outros ensaios. Trad. Vinícius Nicastro Honesko. Chapecó: Argos.
- Assis, M. (2014). Memórias póstumas de Brás Cubas. São Paulo: Penguin-Companhia.
- Ballestrin, L. (2013). América Latina e o giro decolonial. Revista Brasileira de Ciência Política, n.11, 89-117. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/DxkN3kQ3XdYYPbwwXH55jhv/abstract/?lang=pt>
- Bento, C. (2022). O pacto da branquitude. São Paulo: Companhia das Letras.
- Bourcier, S., & Bechara, M. (2020). Homo Inc. Orporated: o triângulo e o unicórnio que peida. São Paulo, n-1 edições.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>.
Acesso em: 11 de maio de 2023.
- Campos, Á. (1917). ULTIMATUM. Lisboa: Portugal Futurista.
- Chris The Red. (2022). Retratos Pós-Pornográficos: as histórias contadas pelas Corpos Falantes. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Instituto de Artes.
- Correa, M. R. (2009). Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade: velhice e terceira idade. São Paulo: Editora UNESP.

- Deleuze, G., Silva, T. T. D., & Corazza, S. M. (2002). A imanência: uma vida... Educação & realidade. Porto Alegre. Vol. 27, n. 2 (jul./dez. 2002), p. 10-18. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/257419/000367466.pdf?sequence=1>
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1995). Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia 2, vol. 02. Trad.: Ana Lucia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. São Paulo: Ed, 34.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2005). Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia - Vol. 05. São Paulo: Editora 34.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2010) O que é filosofia? São Paulo: Editora 34.
- Rolnik, S., & Guattari, F. (2006). Micropolítica: cartografias do desejo. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Duarte, C. L., & Nunes, I. R. (2020). Escrivência: a escrita de nós: reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo. Rio de Janeiro: Mina Comunicação e Arte.
- Freire, P. (1987). Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- Azevedo, A., Pereira, A. R., Bacellar, C. B., Rea, C., Gargallo, F., Ortuño, G., ... & Swain, T. N. (2020). Pensamento feminista hoje: sexualidades no sul global. Bazar do Tempo Produções e Empreendimentos Culturais LTDA.
- Hooks, B. (2013). Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Latour, B. (2016). Seis cartas sobre as humanidades científicas. Tradução: Jamille Pinheiro Dias. São Paulo: Editora, 34.
- Louro, G. L. (1997). Gênero, sexualidade e educação. Petrópolis: Editora Vozes.
- Passos, E., & Barros, R. B. D. (2009). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade, 1. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6828599/mod_resource/content/3/Pistas%20do%20metodo%20da%20cartografia%201_Livro.pdf#page=17
- Moreira, R. (2011). Projeto Maluco Beleza: a comunicação como dispositivo terapeutizante de (re)significação de sentido de vida, no contexto da reforma psiquiátrica. Escola de Comunicação e Artes, USP.
- Organização Das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org> Acesso em: 11 de maio de 2023.

- Oyèrónké, O. (2021). A invenção das mulheres: construindo um sentido africano para os discursos ocidentais de gênero. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo.
- Preciado, P. B. (2014). Manifesto contrassexual; tradução. Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: n-1 Edições.
- Preciado, B. (2011). Multidões queer: notas para uma política dos “anormais”. Revista Estudos Feministas, 19, 11-20. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ref/a/yvLQcj4mxkL9kr9RMhxHdwk/>
- Quinalha, R. (2022). Movimento LGBTI+: Uma breve história do século XIX aos nossos dias. São Paulo: Autêntica Editora.
- Ribeiro, D. (2017). O que é lugar de fala? Coleção Feminismos Plurais. Belo Horizonte: Editora Letramento.
- Rolnik, S. (2006). Cartografia sentimental. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Rosário, N. M.; Araujo, A. C.S. (2022). Apresentação. In Texto, v. 54, p. 1.
- Sáez, J., & Carrascosa, S. (2016). Pelo cu: políticas anais. Belo Horizonte: Letramento.
- Venturini, T.; Munk, A. K. (2022). Controversy mapping: a field guide. Cambridge: Polity Press.
- Souza, F. A. (2019). O saber-corpo e a busca pela descolonização da saúde coletiva. Saúde e Debate, Especial, 8, 189-202. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jHN7m3PRw6RfkV6pT3gSBrH/abstract/?lang=pt>
- Spivak, G. C. (2010). Pode o subalterno falar? Belo Horizonte: Editora UFMG.

EM QUEM VOCÊ ACREDITA? AS DESINFORMAÇÕES ESPALHADAS NO CENÁRIO PANDÊMICO BRASILEIRO

Paulo de Tarso Xavier Sousa Junior

Alberto Manuel Quintana

Uma mentira dita mil vezes torna-se verdade.

Joseph Goebbels

Introdução

A covid-19 passou de um vírus sem muito conhecimento por parte da população, para um inimigo ameaçador em questão de segundos. A pandemia ocasionada por essa patologia resultou em várias mudanças, desde a maneira como as pessoas se relacionam umas com as outras até mesmo nas circunstâncias em que cada indivíduo está inserido. Appel (2021) descreve que, com a Pandemia de covid-19, evidenciou profundas desigualdades e, sobretudo, permitiu que o sistema excludente, discriminatório e capitalista continue a existir mesmo diante de inúmeras situações de perda. Portanto, esses eventos históricos da pandemia reforçam como as estruturas sociais moldaram os privilégios e delinearão as vulnerabilidades experimentadas por diferentes segmentos da sociedade.

Observando como esse vírus também trouxe consequências à saúde humana, é possível encontrar altos números de contaminação, efeitos das sintomatologias ao corpo e também uma elevada taxa de óbitos. No Brasil, este cenário não foi diferente. Conforme Silva e Procópio (2020), a pandemia no contexto brasileiro assolou o sistema de saúde pública. Com a alta demanda e seguida, ainda, de pouca literatura sobre tratamentos eficazes ao combate da covid-19, instituições, serviços e profissionais se encontraram diante de um gigantesco adoecimento populacional. Adicionalmente, a ausência de políticas públicas voltadas para a proteção desses cidadãos revelou falhas significativas, resultando na falta de suporte à saúde de grande parte da população. Esse movimento também mostrou como ainda existem muitas dificuldades no acesso aos serviços de saúde, mesmo sendo um direito constitucional neste país.

A partir desse movimento, surgiu uma outra questão que também recebeu contribuições significativas durante a convivência com o estado de pandemia: a era das desinformações. Com base no estudo desenvolvido por Neto et al. (2020), apenas no início da pandemia no Brasil, entre os meses de fevereiro e março, foram catalogadas uma grande quantidade de informações sem nenhum tipo de embasamento científico. Muitas delas estavam associadas a questões sobre o vírus e suas consequências, além de tratamentos que poderiam possibilitar uma cura e/ou, até mesmo, uma proteção. Isso destacou de forma evidente como a desinformação se disseminou rapidamente por meio de mecanismos de rápida propagação.

Mesmo que em muitos casos haja indicativos que suscitem dúvidas sobre a veracidade das informações apresentadas, tais como erros nos textos de divulgação, as notícias falsas costumam oferecer à população uma resposta rápida, muitas vezes superando a disponibilidade de informações concretas e efetivas para o bem-estar. Dessa maneira, os órgãos, não apenas os que fazem ciência como também as instituições que cuidam da saúde da população, ainda não conseguiram ir na gênese dessa problemática. A dificuldade em rastrear essas notícias é desafiadora, evidenciando ainda mais a falta de apoio à população, não apenas em termos de saúde, mas também na capacidade de compreensão e na criação de filtros que poderiam auxiliar na tomada de decisões relacionadas ao seu bem-estar (Matos, 2020).

Como já discutido, a saúde no Brasil é assegurada perante o Estado como um dos direitos fundamentais da sociedade brasileira. Pensando para além do biológico, o autocuidado e o protagonismo do indivíduo diante da sua qualidade de vida e bem-estar assumem um papel de extrema importância. De acordo com Masson et al. (2020), a educação em saúde não só reforça esse direito, mas também oferece uma contribuição significativa para o indivíduo. Assim, ele se encontra munido de mais informações, refletindo criticamente no seu processo saúde-doença, além de contribuir para a tomada de decisões. Sua implicação, nesse sentido, potencializa os artifícios terapêuticos, resgatando, assim, a sua autonomia e a sua participação em busca da manutenção do cuidado.

Consequentemente, uma população mais bem munida de informações e empoderada sobre si mesma, sobre seu território e diante das patologias que fazem parte do adoecimento, é capaz de tomar decisões mais coerentes, como, também, provocar o compartilhamento de ações que gerem boas práticas de cuidado em saúde para os demais (Setúbal et al. 2021). É pensando neste cenário que se debruçou a presente investigação. O estudo definiu o seguinte questionamento como o norteador da pesquisa: como as desinformações trouxeram consequências no que diz respeito ao cuidado em saúde da população brasileira?

Este texto apresenta como objetivo geral discutir sobre como as desinformações provocaram impactos no contexto da saúde da população brasileira. O trabalho apresenta como relevância científica a construção de mais uma publicação que apresenta subsídios importantes à ciência e à comunidade de modo geral. Como relevância social, a pesquisa se debruça diante de um fenômeno comum conforme o contexto delimitado, apresentando discussões as quais embasem a construção de políticas públicas de combate à problemática, promovendo estratégias de prevenção e promoção de saúde, além de garantir um direito assegurado por lei.

Método

Este estudo é caracterizado como uma pesquisa bibliográfica. De acordo com Mariano e Rocha (2017), esse tipo de publicação surge diante de um questionamento por meio do qual se busca concepções, inferências e soluções com base nas publicações disponibilizadas nos meios científicos. Dessa maneira, o trabalho se encontra centralizado nos estudos selecionados, discutindo os resultados publicados e sua relação com o problema de pesquisa apresentado.

A modalidade desta revisão é classificada como integrativa, compreendendo, segundo Sousa et al. (2017), como aquela responsável para além do entendimento sobre as demais pesquisas apresentadas de uma temática, mas a criação de um espaço para discussão sobre elas. Assim, esse tipo de pesquisa interpreta os dados, de modo a contribuir para práticas tangíveis para além da academia.

Para o estabelecimento do questionamento o qual norteia este trabalho, optou-se pelo uso da estratégia Population, Concept e Context, abreviadamente chamada de PCC. Neste caso, foram designados: P (população) – brasileiros e brasileiras; C (conceito) – as desinformações e, por fim, C (contexto) – o estado pandêmico. A presente revisão seguiu os seguintes passos: definição da problemática/objetivos; criação dos descritores, critérios e escolha das bases de dados; buscas nas bibliotecas virtuais; pré-seleção de material; estabelecimento das referências a serem utilizadas; análise do material selecionado e, ao final, construção do texto.

Foram realizadas buscas nas seguintes bibliotecas virtuais: Scielo, BVS Brasil, Lilacs e Pepsic, utilizando os descritores: covid-19, fake news, Brasil e educação em saúde, adicionando a isso o operador booleano “and”. Como critérios de inclusão, foram escolhidos estudos escritos em língua portuguesa pertencentes ao intervalo de tempo entre 2020 a 2023 e condizentes ao objetivo desta pesquisa. Já como critérios de exclusão, ficaram de fora artigos inacessíveis (visto a necessidade de pagamento para sua leitura), resenhas, entrevistas, resumos e também qualquer escrito que não pertencesse ao foco

desta investigação. Após a etapa de pré-seleção, foram eleitas 15 referências para a realização do trabalho final.

Os dados foram organizados, categorizados e submetidos ao método de interpretação de sentidos. Esse tipo de análise se distingue das outras por ir além da compreensão dos conhecimentos adquiridos e das falas e conceitos coletados durante a pesquisa. Em outras palavras, é necessário estabelecer conexões entre os significados e sentidos identificados, com o objetivo de fazer inferências em relação à questão escolhida e como ela se relaciona com o objeto de estudo da pesquisa (Gomes, 2016).

Resultados e Discussão

Os resultados apontaram para um grande número de publicações, principalmente em decorrência dos últimos anos do intervalo de tempo estabelecido nos critérios de seleção das referências. Esses escritos, em suma, objetivam estudar o fenômeno das fake news diante do estado da Pandemia de covid-19. Ampliando as discussões e visando trazer diversos olhares, os textos incluem pesquisadores das áreas das Ciências Humanas e Sociais, em sua grande maioria, mas também das Ciências da Saúde. Em grande parte são oriundos da Psicologia, Filosofia, Ciência Política, Ciências Sociais, Comunicação Social, Antropologia e Enfermagem.

De modo a garantir uma melhor construção e disposição dos resultados, bem como a compreensão dos achados e discussão dos mesmos, a pesquisa optou por construir duas categorias distintas de exposição e interpretação. Os títulos dessas seções foram selecionados por meio de trechos musicais, onde o eu-lírico expressa sentidos condizentes com as reflexões proporcionadas durante a escrita.

“Acreditar, eu não”¹

Antes mesmo da Pandemia de covid-19 chegar, o Brasil já estava lidando com diversos desafios relacionados aos estilos de vida da população e à organização da sociedade em geral. As políticas de prevenção e promoção à saúde já se encontravam bem fragilizadas com a falta de investimento. Arelado a isso, o país atravessava momentos turbulentos relacionados à política. A forma como os governantes gerenciavam determinadas pautas sofriam reações contrárias, estabelecendo, assim, discrepância entre apoiadores e não apoiadores desse governo. As referências apontam o quão isso é

¹ Da canção *Acreditar*, composição de Dona Ivone Lara e Délcio Carvalho.

necessário ser resgatado, pois esse recorte social reflete em influências no contexto pandêmico.

Barcelos et al. (2021) apontam como as questões político-partidárias tiveram ligações diretas ao adoecer frente a covid-19 no Brasil. A pandemia passou a ser pauta para a solidificação desses entraves e não para a busca do cuidado populacional. As notícias falsas surgem, portanto, como uma arma dentro dessa batalha. Por mais que tais notícias estejam ligadas ao campo do adoecer, discorrendo sobre as sintomatologias inverídicas do vírus, o foco dessas informações buscava fortalecer o governo federal brasileiro, em contrapartida ao que era anunciado pelas autoridades sanitárias mundiais. Dessa maneira, mascarava as consequências do contágio e usurpava o direito à saúde.

Nesse ponto de discussão, fica em evidência a necessidade do protagonismo do usuário frente à sua higidez. Essas desinformações apresentavam medidas e promoções associadas a ideologias partidárias, minimizando o impacto causado pela covid-19. Nesse sentido, quando se busca o fortalecimento de crivos de reflexão frente aos cuidados e proteção a doenças, se estabelece um repertório a ser adotado. Dessa forma, as informações inverídicas passam, não somente a serem consideradas, como também a seguir o caminho do compartilhamento desenfreado e com nenhuma responsabilidade.

Sousa Junior et al. (2020) ilustram como o cenário das desinformações ocasionava uma estratégia articulada. O objetivo maior, nesse caso, visava ao benefício pessoal, estabelecendo, assim, uma necropolítica:

As mensagens falsas são espalhadas em diversos formatos, geralmente possuem um texto afirmativo, o que leva as pessoas, que não checam as informações, a acreditarem e a compartilharem a falsa notícia. As mensagens falsas relacionadas ao novo Coronavírus estão espalhando desinformação e medo, o que acaba atrapalhando o trabalho dos órgãos envolvidos na contenção desse novo vírus (Sousa Junior et al., 2020, p. 332)

O que se evidencia, neste caso, é a contribuição política sobre a saúde. Além do gerenciamento da construção de uma espécie de cortina de fumaça, buscou-se desestimular a busca por medidas, de fato, efetivas. O foco desses compartilhamentos buscava espalhar essas notícias, promovendo conflitos nas relações interpessoais. O estado alterado das pessoas devido ao medo pode ser um fator que leva à falta de cuidados seguros com a saúde, estimulando muitos a optarem pela alternativa mais fácil e aparentemente viável devido ao pânico. No entanto, a maioria dessas ações tinha pouco impacto na proteção contra a covid-19.

Essa articulação da desinformação também buscava descaracterizar o prestígio de entidades de saúde de todo o mundo, colocando, portanto, em dúvida, o caráter de organizações e estudos científicos. Essa estratégia também estabelecia condicionantes

políticos e ideológicos frente às medidas sanitárias recomendadas. Outras discussões pautadas na manutenção da sobrevivência também eram utilizadas como reforçadores frente à banalização da pandemia e dos efeitos da covid-19 no corpo. Neste momento, além da crise sanitária, as autoridades estão enfrentando outro desafiante inimigo: a disseminação de desinformação. Além de fornecer informações precisas e desmentir informações falsas, elas também buscam restaurar a confiança da população nas instituições de saúde (Falcão & Sousa, 2021).

O estudo ainda aponta uma indagação paradoxal: como, no meio de tantas alternativas rápidas de informação que poderiam ser utilizadas em benefício do cuidado, tais alternativas se tornaram aliadas das fake news? Ainda que a sociedade esteja mais tecnológica e servida de outras ferramentas não existentes há anos atrás, sua funcionalidade ainda depende da ação humana. Assim, a depender de uma intencionalidade, essas redes são direcionadas a um determinado propósito. Contudo, embora muitas tenham sido usadas para o mesmo fim, outra série de iniciativas tinha o propósito de identificar e combater essa rede de informações falsas. Foi utilizando o mesmo serviço que se pôde disseminar notícias e fatos condizentes com a realidade e as mazelas oportunizadas pela pandemia. As próprias empresas as quais gerenciam grandes redes sociais também se manifestaram sobre esse fenômeno, impedindo e restringindo usuários e perfis que postassem ou compartilhassem conteúdos falsos. Essa alternativa foi de suma importância, criando um espaço tecnológico coerente com a ciência.

Veículos de informação e comunicação também se juntaram a essa tarefa, promovendo a checagem dos fatos. O trabalho funcionava com base na análise do compartilhamento exposto pelo usuário. Após o cruzamento de dados científicos, são realizadas inúmeras definições de notícias falsas e verdadeiras. Esse movimento também reforça a população perante a necessidade de realizar sempre uma averiguação diante do que foi exposto. Outro benefício observado por conta dessa iniciativa foi a transformação dessa verificação como um meio de recorrência caso o sujeito não consiga desenvolver por si esse crivo de análise. Não é por menos que essas checagens ainda se mantêm na atividade, já que outras desinformações e mitos ainda seguem sendo disseminados constantemente (Ferreira, Lima & Sousa, 2021).

O presente estudo identificou a necessidade de uma estrutura que não só acolha os sujeitos, mas permita que eles participem do processo de entendimento das patologias existentes. Com base nisso, outro dilema surge: como proporcionar uma educação em saúde que empodere e também seja disseminadora de boas práticas em cuidado? A pesquisa apresenta reflexões diante das transformações ocasionadas em um sistema que o usuário também faça parte, refletindo na sua saúde individual e coletiva, garantindo, assim, que todo um território possa usufruir seus direitos.

“Eu acredito é na rapaziada que segue em frente e segura o rojão”²

No que diz respeito ao adoecimento, historicamente, as pessoas costumavam desempenhar um papel passivo em relação à doença da qual eram afetadas, colocando uma responsabilidade maior em medicamentos e nas ações dos profissionais de saúde. Ao longo do tempo, houve novas reformulações nos sistemas e serviços de saúde, oportunizando que o indivíduo possa participar frente às decisões de todo o seu processo terapêutico. As referências utilizadas neste estudo apontaram para os diversos ganhos que esse tipo de postura apresenta para o usuário.

Esse fenômeno é conhecido como educação em saúde, fortalecendo o entendimento do paciente diante de sua doença e a produção de estratégias de cuidado. Com a chegada da Pandemia de Covid-19 no Brasil, boa parte da população não teve acesso aos serviços de saúde, estando à deriva diante da proteção ao vírus. As notícias falsas permearam em muitos espaços, influenciando posturas e, conseqüentemente, no bem-estar das pessoas. Ferreira et al. (2021) ilustram um exemplo sobre isso acompanhado nas mídias por conta de uma campanha contra a vacinação. Essas desinformações relatavam haver nas composições dos insumos das vacinas, itens/substâncias jamais utilizadas em quaisquer tipos de produtos desse gênero, dando início, portanto, a um movimento antivacina. A angústia que esses compartilhamentos geraram impossibilitaram o acesso a essa estratégia segura durante a pandemia. Para minimizar os impactos e combater essas falsas ideologias, campanhas foram realizadas afirmando a eficácia e, acima de tudo, a garantia. Como afirmam os seguintes autores:

A saúde, sobretudo no âmbito da sua promoção, não se faz sem a educação, sem os princípios teóricos e metodológicos que orientam esse campo. Talvez esse seja o maior desafio, promover esse diálogo, compreendendo também que todo esse processo requer a participação do indivíduo e maior compreensão sobre o seu contexto de vida (Palácio & Takenami, 2020, p. 11).

Isso significa que os processos de saúde precisam vir acompanhados de projetos de educação. É por meio do acesso às informações e ao entendimento sobre as doenças, o território e sociedade que se materializam iniciativas e transformações que refletem em boas disposições, tanto físicas quanto mentais. A pandemia mostrou o quanto é importante que os profissionais e demais unidades de saúde busquem produzir essa

² Da canção *E vamos à luta*, composição de Gonzaguinha.

educação, compartilhando com os usuários as responsabilidades da perpetuação de uma vida plena e cheia de potencialidades.

Uma alternativa que promove essa educação, sendo utilizada diante da chegada do isolamento social pandêmico, é a utilização das redes sociais para a produção de materiais, munindo a população de informações por meio das transmissões ao vivo. Contando cada vez mais com adeptos, a população produz perfis em diversas redes, onde se alcança um público, muitas vezes, estigmatizado e que não acessa as instâncias de saúde. Realizar essas transmissões permitiu chegar em um público diverso, plural e, ao mesmo tempo, carente de um acompanhamento. Contudo, essa mesma ferramenta ainda é não acessível à boa parte da população, pois carece de mais investimentos e políticas públicas que garantam a universalidade e a equidade (Neves, Machado, Fialho & Sabino, 2021).

As garantias das transformações ocasionadas por esse tipo de educação perpassam o campo da saúde, atingindo a sociedade de maneira política e social. Morel (2021) conta como esse tipo de fortalecimento vai à contramão do negacionismo e da necropolítica estabelecida nos últimos anos no Brasil. Quando se pensa em empoderamento frente à saúde, também equivale a pensar no papel enquanto cidadão e cidadã, refletindo, dessa maneira, na busca pela efetividade dos direitos e na reivindicação de políticas públicas. Isso faz com que o sujeito seja atuante perante a construção da sua sociedade, corresponsabilizando junto a instâncias, como o Estado, quais problemáticas devem ser solucionadas e como buscar meios para isso. Só assim a população pode usufruir de um país para todos e todas.

Os saberes populares também contribuem para esse compartilhamento e produção coletiva. É nos costumes e na cultura que se resgata a identidade de um povo, preservando a sua subjetividade, suas formas de cuidado, unindo, assim, tradição e ciência. Essas alternativas proporcionam e imergem no poder da coletividade como meio de apoio e suporte mútuo frente aos dilemas encarados, como a exemplo do adoecimento físico e psíquico ocasionado por uma pandemia. A interlocução entre esses meios permite observar as interseccionalidades que fazem parte da conjuntura da saúde, considerando, portanto, determinantes que causam influências diretas em uma determinada localidade.

Carneiro e Pessoa (2020) relatam como a população brasileira se manteve de pé ainda com muitas dificuldades e barreiras apresentadas pela pandemia. Foi por meio do apoio coletivo que entidades, associações e movimentos puderam se articular – inclusive de maneira virtual – para garantir a sobrevivência de parte das pessoas que se encontravam em situações de vulnerabilidade. Mesmo diante da ausência do Estado, essa mobilização, além de enfrentar as amarras excludentes sociais, reitera o papel dessas instituições para com o povo. Os formatos desses coletivos geram espaços democráticos, onde procuram o estabelecimento dos seus direitos. Ainda que isso não tenha tanto apoio político/social, a

população segue enfrentando esses dilemas em prol do pertencimento a seu próprio país e ao seu direito de morar, existir e resistir nele.

É com base nesse poder coletivo que a população (r)existe, mesmo diante das mazelas pandêmicas ainda presentes na sociedade. Enquanto desinformações ainda persistem em ocupar os espaços, do outro lado, a mobilização popular se encarrega de limitar e combater essas artimanhas. Não é possível desassociar a saúde de outros condicionantes e muito menos creditar apenas ao país o único responsável por gerir toda essa maquinaria. Quando a população passa a assumir papéis de liderança e responsabilidade nessas situações, as estratégias para promover o cuidado começam a ser formuladas e implementadas pela própria população em benefício de todos. Dessa forma, a sociedade vai modificando suas estruturas, proporcionando, por meio da participação popular, a plenitude do direito à saúde e ao bem viver.

Considerações finais

As desinformações atingiram o ápice no Brasil, trabalhando a favor da covid-19 e contra a própria população. Não foi responsabilidade deste texto buscar as razões para que tal fato acontecesse, entretanto, é preciso pensar criticamente como essas notícias não só agregam ao mal-estar, como contribuem para tantas outras mazelas vivenciadas. Ainda que um período pós-pandêmico se aproxime, as consequências dos compartilhamentos rápidos ainda fazem moradas em muitos aparelhos tecnológicos e nas ações de boa parte da população.

É preciso o Estado, juntamente com a população, encontrarem alternativas que combatam e informem os sujeitos de maneira a desenvolver o pensamento crítico frente às notícias relacionadas à saúde. Esse exercício reflete para além de um tratamento terapêutico, apresentando, assim, o direito e dever de um cidadão brasileiro. A saúde aqui passa a não ser somente um direito, mas uma oportunidade de exercício dos deveres. São essas conjunturas que refletem no sistema público de saúde, nas instituições, serviços, profissionais e usuários, oportunizando uma sociedade saudável e protagonista da própria história. Para isto, basta, inicialmente, que você decida em quem acreditar...

Referências

- Appel, T. (2021). Pandemias e transformações globais: Covid-19 à luz das experiências históricas. *Sul Global*, 2(3), 88-104. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/sg/article/view/42911>
- Barcelos, T. D. N., Muniz, L. N., Dantas, D. M., Cotrim Junior, D. F., Cavalcante, J. R., & Faerstein, E. (2021). Análise de fake news veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e65. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53907>
- Carneiro, F. F., & Pessoa, V. M. (2020). Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/QL8wS8krxQ8p8qgjxqrP87D/>
- Falcão, P., & de Souza, A. B. (2021). Pandemia de desinformação: as fake news no contexto da Covid-19 no Brasil. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 15(1). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/2219>
- Ferreira G. B., Pereira A. R., Marconato B. H., Felicetti G. C. L., Ferreira G. F., Souza M. C., et al. Educação e promoção em saúde como ferramenta para desmistificar “fake news” sobre as vacinas contra Covid-19: um relato de experiência. *Brazilian Medical Students*. 20215(8): 1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.53843/bms.v5i8.170>
- Ferreira, J. R. S., Lima, P. R. S., & de Souza, E. D. (2021). Desinformação, infodemia e caos social: impactos negativos das fake news no cenário da COVID-19. *Em Questão*, 27(1), 30-53. Disponível em: <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/fr/covidwho-1609145>
- Gomes, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo, M. C. (2016). *Pesquisa social: teoria e método*. (pp. 67-80). Petrópolis: Editora Vozes.
- Mariano, A. M., & Rocha, M. S. (2017). Revisão da literatura: apresentação de uma abordagem integradora. In *AEDEM International Conference* (Vol. 18, pp. 427-442). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/319547360_Revisao_da_Literatura_Apresentacao_de_uma_Abordagem_Integradora
- Masson, L. N., Silva, M. A. I., Andrade, L. S. D., Gonçalves, M. F. C., & Santos, B. D. D. (2020). A educação em saúde crítica como ferramenta para o empoderamento de

- adolescentes escolares frente às suas vulnerabilidades em saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*, 24, 1-7. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1096465>
- Matos, R. C. (2020). Fake news frente a pandemia de COVID-19. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, 8(3), 78-85. Disponível em:
<https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1595>
- Morel, A. P. M. (2021). Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. *Trabalho, Educação e Saúde*, 19. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tes/a/pnVbDRJBcdHy5K6NSc4X65f/>
- Neto, M., de Oliveira Gomes, T., Porto, F. R., Rafael, R. D. M. R., Fonseca, M. H. S., & Nascimento, J. (2020). Fake news no cenário da pandemia de Covid-19. *Cogitare enfermagem*, 25. Disponível em:
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72627>
- Neves, V. N. S., Machado, C. J. D. S., Fialho, L. M. F., & Sabino, R. D. N. (2021). Utilização de lives como ferramenta de educação em saúde durante a pandemia pela Covid-19. *Educação & Sociedade*, 42. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/es/a/yVCyYWbQPrZNYdB9sYtWwHt/>
- Palácio, M. A. V., & Takenami, I. (2020). Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, 8(2), 10-15. Disponível em:
<https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1530>
- Silva, M. H. A., & Procópio, I. M. (2020). A fragilidade do sistema de saúde brasileiro e a vulnerabilidade social diante da COVID-19. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 33. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/10724>
- Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., & Antunes, A. V. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. Nº21 Série 2- Novembro 2017, 17. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem
- Sousa Júnior, J. H., Raasch, M., Soares, J. C., & de Sousa, L. V. H. A. (2020). Da Desinformação ao Caos: uma análise das Fake News frente à pandemia do Coronavírus (COVID-19) no Brasil. *Cadernos de Prospecção*, 13, 331-331. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/nit/article/view/35978>

IMIGRANTES, ENSINO SUPERIOR E SAÚDE: DIREITOS HUMANOS NA UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

Izabella Barison Matos

Antônio Valmor Campos

Lilian Marta da Silveira

Migrações, violações de direitos humanos e iniciativa institucional: apresentando

A mobilidade humana contemporânea e suas motivações têm sido tema recorrente da literatura e de documentos de organismos multilaterais e, pela sua intensidade e magnitude, passou a fazer parte de políticas internacionais de proteção aos direitos humanos e pauta de agendas de diversos países. As crises econômicas nas décadas de 1980 e 1990 na América Latina e nos anos de 2008-2009, nos Estados Unidos da América (EUA) e países europeus, foram responsáveis por movimentos migratórios (Feldman-Bianco, 2018; Demétrio, 2020).

Em uma conjuntura de fechamento de fronteiras do Norte Global (EUA e Europa), um movimento caracterizado por práticas anti-imigratórias resultou na “produção social de espaços de migração Sul-Sul” (Jarochinski-Silva & Baeninger 2021, p. 125). Assim, iniciam-se mudanças nas rotas migratórias mundiais em direção a países do Sul Global, dentre os quais, o Brasil (Demétrio, 2020). Em tal contexto, registra-se a chegada de haitianos a partir de 2011; senegaleses, em menor número e, após 2017, a de venezuelanos, ultrapassando numericamente os primeiros. Tais fluxos em países da América Latina, do Caribe e dos continentes africano e asiático, além de serem reflexos da reestruturação do capitalismo mundial, suscitaram novas questões sobre fronteiras, imigrantes e refugiados (Feldman-Bianco et al., 2020).

A literatura e a vivência dos autores têm mostrado que imigrantes haitianos sofrem violações sistemáticas: discriminações, acesso dificultado aos serviços públicos, condições adversas no ambiente de trabalho, criminalização de parte da sociedade, inexistência de políticas públicas específicas (Matos, 2018; Feldman-Bianco et al., 2020; 2020; Padova, 2020; Granada et al., 2021).

Ações de organizações humanitárias, com iniciativas de instituições solidárias, criação de redes sociais próprias para reconstrução da vida e obtenção de diferentes tipos

de ajuda são suportes para enfrentamento das adversidades citadas. Embora existam instrumentos jurídicos internacionais de direitos humanos, decorrentes de tratados dos quais o Brasil é signatário, que garantem a liberdade de circulação, por exemplo, não se tem evidenciado pronta correspondência no cotidiano de imigrantes e refugiados (Langoski, 2018). Esta autora salienta que falta o reconhecimento da sociedade de que imigrantes e refugiados possam legitimamente se valer dos direitos humanos, de usufruí-los.

A morosidade de operadores públicos e certa resistência do Estado, no enfrentamento de questões envolvendo a mobilidade humana, são representativos da situação apontada. Neste sentido, Feldman-Bianco (2018, p. 12) alerta sobre a convivência de “ideologias e retóricas ancoradas em direitos humanos e no humanismo”, bem como de discursos e práticas de “governança tecnocrata de securitização, criminalização e discriminação” de grupos específicos: pobres, migrantes e refugiados.

Em termos metodológicos, são trazidos relatos de experiências a partir de reflexões do itinerário de dois ex-coordenadores do Centro de Referência em Direitos Humanos (CRDH) com a contribuição de professora da educação básica municipal, interessada pelo tema, desde seu trabalho de conclusão de curso, na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

As reflexões contidas nesse texto fundamentaram-se em registros documentais, bibliográficos, dados institucionais e informações fornecidas por meio eletrônico (e-mail), contando também com dados de organizações que atuam junto à comunidade imigrante no Oeste Catarinense. As análises foram realizadas a partir da hermenêutica-dialética (Minayo, 2014).

O texto foi dividido em três partes, além desta introdução, das considerações finais e referências. Na primeira parte faz-se a contextualização da UFFS, da chegada destes imigrantes no Oeste Catarinense e da criação do CRDH; na segunda é feita descrição das políticas de acesso e permanência de imigrantes no ensino superior da UFFS, na terceira parte abordam-se questões envolvendo processos de saúde, adoecimento de imigrantes.

Contextualizando: UFFS, imigrantes no Oeste Catarinense e criação do CRDH [A UFFS e suas iniciativas referentes aos imigrantes: o que tem sido feito]

Estruturada no sistema multicampi, a UFFS, criada em 2009, apresenta seis campi, em três estados do sul do país: Chapecó (SC) além do campus é sede da Reitoria; Realeza e Laranjeiras do Sul (PR); Cerro Largo, Erechim e Passo Fundo (RS). Ofertando mais de 50 cursos de graduação, 40 de especialização, 33 residências médicas, 16 mestrados e um

doutorado, em 2022, contava com cerca de oito mil alunos (Universidade Federal da Fronteira Sul [UFFS], 2023a).

Em uma região distante cerca de 500 km dos grandes centros acadêmicos das capitais dos três estados, foi historicamente desassistida pelo poder público federal, em termos de ensino superior em seus diferentes níveis (Universidade Federal da Fronteira Sul [UFFS], 2023a). Caracteriza-se como universidade inclusiva reafirmando nos seus documentos o “mito fundador de ‘universidade criada pelos movimentos sociais’”, voltada para os interesses locais (Nichterwitz, 2020, p. 203).

Em 2012, um grupo de haitianos procurou dirigentes universitários da UFFS solicitando acesso ao ensino superior e assim, em 2013, foi criado o Programa de Acesso à Educação Superior da UFFS para Estudantes Haitianos (ProHaiti) (Silveira et al., 2018). Em 2019, em mais uma resposta institucional considerando o afluxo de novos movimentos migratórios regionais, foi criado o Programa de Acesso e Permanência a Estudantes Imigrantes (Pró-Imigrante) e, em 2022, houve a unificação dos dois Programas (Universidade Federal da Fronteira Sul [UFFS], 2023c). Outra iniciativa foi a criação, em 2014 do CRDH, em convênio com a então Secretaria Nacional de Direitos Humanos (SNDH), que atendia demandas de imigrantes, principalmente, haitianos. Pesquisas e ações extensionistas se seguiram a partir de tais marcos institucionais.

Entendendo a mobilidade humana no contexto do Oeste Catarinense: alguns dados

Autores, ao realizarem balanço parcial sobre a produção de conhecimento acerca de deslocamentos humanos observam que o período de 2008 a 2018 assinala um trânsito peculiar (vinda) e ressaltam a potência das redes sociais, caracterizada por fortes laços familiares com o país de origem (Silveira, 2016; Feldman-Bianco et al., 2020). No caso dos haitianos, estudos mostram que a emigração é um empreendimento familiar e de Estado (Magalhães, 2017; Matos et al., 2021); ou seja, familiares e/ou amigos se cotizam financeiramente para garantir a travessia e, quando estabelecidos com trabalho e moradia, restituem mensalmente o “empréstimo”, via remessas de dinheiro.

No entanto, para muitos emigrantes, tais remessas não encerram a quitação dos débitos, pois como o Haiti não apresenta perspectivas de mercado de trabalho, a sobrevivência de quem ficou depende disso (Matos et al., 2021). Missões de Paz da Organização das Nações Unidas (ONU) e atuação de muitas Organizações Não Governamentais (ONG) testemunham o caos político, econômico, sanitário e social que perdura há décadas, agravado pelo terremoto de 2010, numa conjuntura de grande instabilidade no país (Schramm et al., 2018), associada à crise financeira internacional. Por

outro lado, o Produto Interno Bruto (PIB) do Haiti é dependente destas remessas mensais que, em 2014, foram responsáveis por cerca de 25% do PIB (Magalhães, 2017).

Os primeiros imigrantes haitianos no Oeste Catarinense chegaram em 2011 recrutados por empresas da região (Matos, 2018; Granada et al., 2021), tendo sido a primeira de duas fases de imigração haitiana, pois a segunda foi a de interiorização destes que se encontravam no litoral catarinense (Magalhães, 2017). Autores esclarecem que a entrada de haitianos desenhou novo cenário na fronteira brasileira do Norte do país, que passou a contar com “fluxos migratórios internacionais não-históricos e de não-vizinhanças: fluxos migratórios transnacionais ou oriundos do Sul Global” (Jarochiski-Silva & Baeninger, 2021, p. 125). Nesta direção, registram-se senegaleses em menor número (Bordignon & Cella, 2022) e, desde 2013, venezuelanos que passaram a chegar em função de violações sistemáticas de direitos humanos e da instabilidade política e econômica no seu país (Jarochiski-Silva & Baeninger, 2021).

Em 2016, dados da Polícia Federal, Delegacia de Chapecó, informam que 90% das emissões de passaportes eram destinadas a haitianos e as demais 10% para senegaleses e outras nacionalidades (Granada et al., 2021). As agroindústrias/frigoríficos e a construção civil no sul do Brasil, principalmente, eram as grandes empregadoras de mão-de-obra imigrante (Matos et al., 2021; Demétrio, 2020; Granada et al., 2021). Frigoríficos ou agroindústrias apresentam grande rotatividade de trabalhadores; propensão para acidentes de trabalho, em função do manuseio de facas; lesões provocadas por ações repetitivas na desossa de carnes, que são características deste tipo de trabalho (Demétrio, 2020).

Estes processos de mobilidade humana refletem “nova lógica de exclusão social” (Feldman-Bianco, 2015, p. 21) causando mais desigualdades e ampliando o quantitativo de despossuídos. O desrespeito aos direitos humanos e as (in)ações do Estado acabam reverberando em instituições e organizações humanitárias confessionais e laicas que tentam atender diferentes demandas: desde alimentação, encaminhamento de papéis, mediação com operadores públicos (de educação, saúde, social) e do setor privado/empresas (Matos, 2018). Neste contexto, discorreremos sobre a atuação do CRDH, a criação de políticas institucionais de acesso e permanência de imigrantes na graduação (Prohaiti e Pró-imigrante) e a unificação de ambas.

O Centro de Referência em Direitos Humanos (CRDH)

Em 2014, foi criado o CRDH, atrelado ao Gabinete do Reitor da UFFS, fruto de convênio com a então Secretaria Nacional de Direitos Humanos (SNDH), vinculada à

Presidência da República que pretendia criar uma rede integrada de CRDH para promover a cultura de direitos humanos. A partir daí diversas atividades ocorreram até 2019, ano em que o CRDH foi fechado, em função da conjuntura nacional e institucional desfavorável. No entanto, com o novo governo no país, em 2023, com o Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania - cujo titular é o advogado, professor e ativista dos direitos raciais, Silvio Almeida – aguardam-se novas possibilidades para sua recriação.

Em 2016, em convênio com a Secretaria de Promoção de Políticas de Igualdade Racial, do Ministério da Justiça, passou a ser designado Centro de Referência em Direitos Humanos e Igualdade Racial Marcelino Chiarello, ancorado no Plano Nacional de Direitos Humanos III, na perspectiva de promover, garantir e defender os direitos humanos no Sul do Brasil (Universidade Federal da Fronteira Sul [UFFS], 2023b).

Neste espaço de atuação diversos grupos vulneráveis e fragilizados foram atendidos, dentre eles imigrantes haitianos, que não apropriados do conhecimento dos seus direitos apresentavam uma forma de violação invisível. Vistos, por parte da sociedade, como “potenciais inimigos” as ações buscavam visibilizá-los como “sujeitos de direitos”, como observa Feldman-Bianco (2015). Assim, a defesa da relação entre imigração e direitos humanos orientou grande parte da atuação do CRDH.

Em 2014 o CRDH contou com uma estudante haitiana, do curso de enfermagem que, na condição de bolsista, traduzia e explicava em crioulo haitiano, os procedimentos a serem seguidos em diferentes órgãos públicos. Isto porque, uma das dificuldades era a barreira linguística, pelo não domínio da língua portuguesa. Esta estudante foi responsável por esclarecer aspectos culturais da sociedade haitiana aos operadores de políticas públicas: por exemplo, como no Haiti, o pagamento do aluguel é anual, havia inadimplência e dificultava a relação com os proprietários dos imóveis.

Outra situação causava estranheza: o comportamento das mulheres, quando no ambiente público, pois o homem carregava o filho e as sacolas e a mulher não; compreendeu-se que, como no espaço privado ela é responsável por tudo, quando sai de casa se libera. Também, as dificuldades de adesão, por parte de mulheres, às terapêuticas preconizadas pelos profissionais de saúde, passaram a ser melhor entendidas, devido às dificuldades de constantes deslocamentos, em diferentes endereços, para coleta de material, exames de imagem e busca dos resultados. Alegavam não ter tempo, dinheiro para o transporte e/ou não conseguirem localizar os endereços (Matos et al., 2021).

Advogados e assistentes sociais do CRDH davam suporte jurídico e social às demandas de imigrantes, dentre os quais, a elaboração de estatuto da associação de haitianos. Para enfrentar parte dos problemas referentes à barreira linguística, que provoca limitações à comunicação, diferentes organizações e instituições regionais (Souza et al.,

2021b; Padova, 2020) e a própria UFFS vem ofertando cursos de extensão - português para estrangeiros, ministrados por bolsistas do Programa de Educação Tutorial (PET), o curso de licenciatura em Letras (Reis et al., 2020).

No ensino superior políticas específicas desta universidade têm promovido o acesso e permanência de estrangeiros de diferentes nacionalidades a serem explicitadas nos parágrafos seguintes.

Acesso e permanência de imigrantes no Ensino Superior: políticas institucionais da UFFS

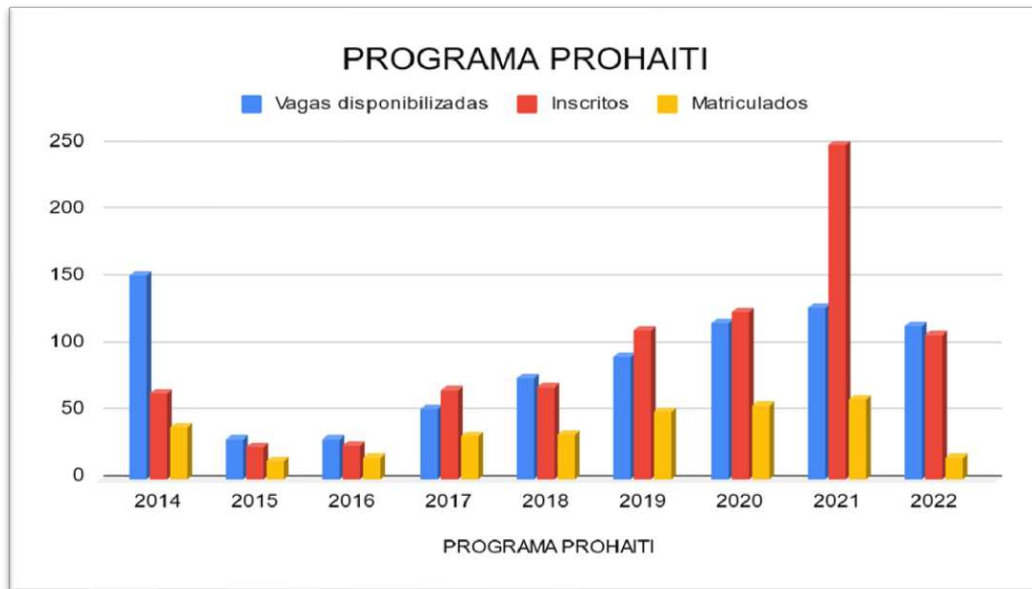
Silveira et al. (2018) abordam a política institucional do Programa de Acesso à Educação Superior para Estudantes Haitianos (ProHaiti), criado em 2013, por meio de vagas suplementares. De 2014 a 2017, ofertadas somente no campus Chapecó (SC), em editais específicos semestrais e, a partir de 2018, os campi de Erechim, Laranjeiras do Sul, Realeza e Cerro Largo. Os processos seletivos preveem: carta de intenções, na qual mostram domínio da língua portuguesa, apresentam a experiência, as motivações acadêmicas, profissionais e pessoais; apresentam contribuições do curso pretendido para si e seu país; e entrevista.

A Figura 1, a seguir, apresenta o número de vagas disponibilizadas, o número de inscritos e de matriculados do ProHaiti desde o início.

Até 2022, 11 estudantes colaram grau, neste Programa, nos cursos: Administração, Agronomia, Ciências Sociais, Geografia e Matemática. Examinando o gráfico (figura 1), foi perguntado à interlocutora – Diretora de Políticas de Graduação (DPGRAD) - sobre dados acerca da evasão. Ela informou que, embora exista, desconhece estudos a respeito. Em pesquisa, com entrevistas a 21 dos 37 estudantes haitianos matriculados em diferentes cursos de graduação, em 2016, Silveira et al. (2018) já assinalavam que a maior dificuldade apontada era o fato de serem estudantes-trabalhadores. À época citaram a incompatibilidade dos horários de trabalho e os das aulas, as condições de trabalho, o cansaço decorrente da dupla atuação (trabalhador e estudante), dados corroborados por estudo recente que aponta certa fadiga pelas condições laborais e de moradia dos estudantes-imigrantes (Souza et al., 2021a).

Figura 1

Programa PROHAITI: vagas disponibilizadas, inscritos e matriculados 2014 a 2022



Nota. Elaborado pela Dpgrad - junho/2022- [UFFS], (Processo nº 07/2022, 2022, p - 3).

O não domínio da língua portuguesa, para entender as aulas e poder se comunicar melhor; o preconceito e a falta de coleguismo no espaço acadêmico; as dificuldades financeiras, embora alguns recebam auxílio socioeconômico do Setor de Assuntos Estudantis (SAE), também foram apontados como causas de interrupção dos estudos (Silveira et al., 2018).

Em 2019, a materialização de políticas institucionais da universidade apresentou nova versão de acesso à educação superior, pois outros imigrantes -além de haitianos-reivindicavam tal possibilidade, uma vez que foram identificadas cerca de 50 nacionalidades no Oeste Catarinense (Bordignon & Cella, 2022).

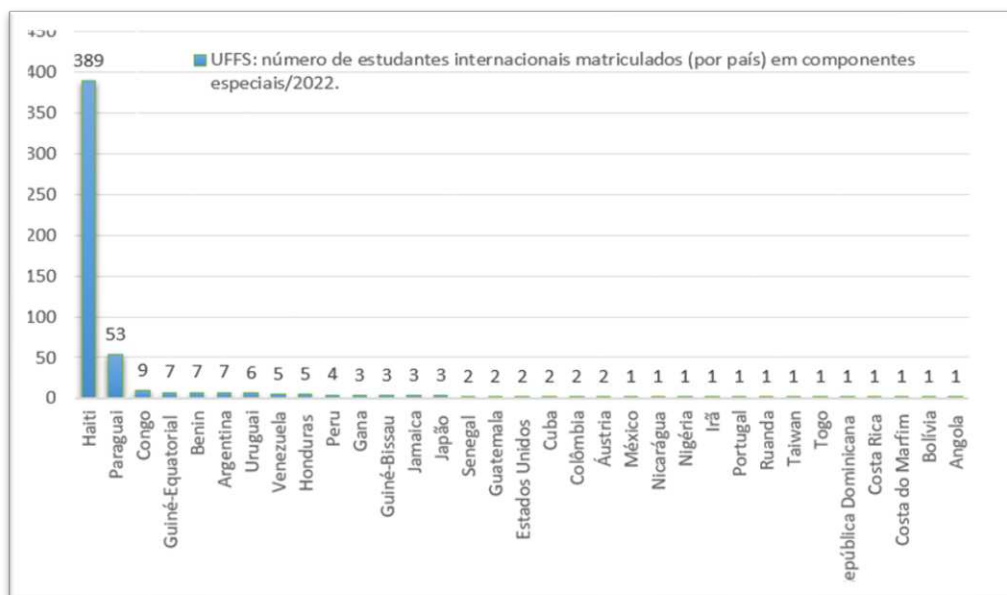
Assim, foi criado o Programa de Acesso e Permanência a Estudantes Imigrantes (Pró-Imigrante), sintonizado com outras políticas institucionais, a fim de fortalecer o acesso e a permanência de futuros estudantes de diferentes nacionalidades, com editais anuais, prevendo ingresso nos dois semestres (Universidade Federal da Fronteira Sul [UFFS], 2022). No seu primeiro edital, em 2019, o Pró-imigrante apresentou 112 vagas, 28 inscritos e apenas 5 matriculados dos países: Haiti, República Dominicana, Venezuela e Togo.

Em junho de 2022, havia 166 matrículas ativas, sendo 128 no campus Chapecó: 15, Erechim: 15 Laranjeiras do Sul, 5: Realeza e 3 Cerro Largo. Dados de julho de 2022 apontam que, além de estudantes regulares na graduação, há estudantes internacionais, alguns

matriculados na modalidade de componentes especiais (que seria correspondente à disciplina). Assim, o gráfico abaixo, apresenta a representação numérica por país.

Figura 2

Estudantes internacionais matriculados em componentes especiais, por país



Nota. Adaptado a partir de dados da Dpgrad [UFFS], (Processo nº 07/2022, 2022).

Em 2022, houve a unificação dos dois Programas (ProHaiti e Pró-imigrante), considerando-se a intensidade dos fluxos migratórios e a busca maior equidade, bem como o “fortalecimento das condições de acesso, permanência, êxito nas atividades acadêmicas dos estudantes imigrantes” (Universidade Federal da Fronteira Sul [UFFS], 2022, p. 4). O edital unificado disponibilizou 227 vagas, segundo disponibilidade dos campi, nos cursos: Administração, Agronomia, Arquitetura e Urbanismo, Ciência da Computação, Ciências Biológicas, Ciências Econômicas, Ciências Sociais, Enfermagem, Engenharia Ambiental Sanitária, Engenharia de Alimentos, Engenharia de Aquicultura, Filosofia, Física, Geografia, História, Interdisciplinar Educação do Campo, Letras (Português/Espanhol), Matemática, Medicina Veterinária, Nutrição, Química e Pedagogia (Universidade Federal da Fronteira Sul [UFFS], 2022). Tal processo, por estar em curso, somente em março de 2023 terá dados consolidados. Interessante observar que os candidatos são oriundos de 9 estados brasileiros, portanto, não se restringem mais aqueles três estados do sul do país. Acessando à [home page pró-Imigrante](#) (Universidade Federal da Fronteira Sul [UFFS], 2023c); alguns dados podem ilustrar tal oferta.

Dados mais recentes informam que, em Chapecó há 10.667 imigrantes, dos quais 5.840 venezuelanos e 4.827 haitianos (Processo nº 07/2022, 2022), evidencia-se que, numericamente a situação mudou. Nos parágrafos seguintes serão abordados alguns estudos, realizados sobre o processo de saúde e adoecimento de imigrantes na região.

Processos de saúde e adoecimento de imigrantes: alguns dados

Matos et al. (2021) estudaram a baixa adesão de haitianas aos tratamentos prescritos por profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), de um bairro de Chapecó (SC), onde a presença destas imigrantes é expressiva, pelo fato de comportar agroindústrias e empresas de construção civil no território e possibilidade de aluguéis mais baratos. O estudo considerou alguns aspectos que parecem influenciar a baixa adesão: “melhora momentânea dos sintomas, barreira linguística, diferente cosmovisão sobre a doença e pouca familiaridade com a oferta de serviços de saúde” (Matos et al., 2021, p. 115). Conclui-se que a cosmovisão da medicina popular, praticada no Haiti, entra em disputa com a lógica biomédica característica das ações orientadas por profissionais de saúde do SUS. Assim, tais ações preconizadas tenderão não serem seguidas, pois não fazem parte de repertório de cuidados das haitianas.

Por vezes, as dificuldades remetem ao atendimento de alguns profissionais de saúde pública que entendem que caberia aos imigrantes se adequarem às regras e normas do país de destino. Isto remete à ideia de aculturação do imigrante e a necessária assimilação da cultura, dos valores e apropriação de procedimentos junto a operadores de políticas públicas do país em que estão morando, aspecto criticado por estudo na região (Matos et al., 2021).

São percepções conflitantes, mas reveladores do que temos convivido na contemporaneidade em relação às tendências divergentes sobre o entendimento da saúde como direito universal ou dever individual. Por exemplo: há uma corrente mais progressista que entende ser para todos, cabendo ao Estado prover; por outro lado, há quem preconize a saúde como responsabilidade do indivíduo e, portanto, algo como uma mercadoria, a ser adquirida (Matos et al., 2021).

Em estudo sobre migrações internacionais e pandemia da Covid-19 - detectada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que foi classificada de pandemia, pois teve alcance global – Dantas (2020) salienta a necessária apropriação pelos profissionais de saúde, de uma visão intercultural, que privilegie o diálogo, a inter-relação e considere a existência de outros universos simbólicos.

Nesta direção, importante destacar alguns esforços de profissionais da saúde do SUS em buscar melhor forma de comunicação com imigrantes: por meio do google tradutor; da elaboração de informativos em francês; do emprego de cartilha sobre saúde da mulher em língua crioula, haitiana e portuguesa, obtida por estudantes de medicina que atuavam no SUS do município como cenário de formação profissional; participação em oficinas sobre cultura haitiana e da contratação de bolsistas haitianos, pela Secretaria de saúde do Município de Chapecó, para a mediação em atendimentos (Matos et al., 2021).

A relação entre processos migratórios e adoecimento são citados pela literatura e, principalmente, os que envolvem as condições laborais em frigoríficos/agroindústrias locais de trabalhadores imigrantes, conforme já assinalado (Demétrio, 2020; Granada et al., 2021). No contexto da pandemia foram potencializadas, considerando-se as condições de trabalho: possível contaminação pela proximidade dos trabalhadores em decorrência do layout do processo produtivo na qual ficam lado a lado e a ventilação do ambiente (Demétrio, 2020). O estudo de Granada et al. (2021) aborda o trabalho de imigrantes e a interiorização da imigração em Santa Catarina, nos municípios de Chapecó e Concórdia, durante a pandemia de Covid- 19, e encontra relação entre “mobilidade humana, disseminação do vírus e processos de saúde e adoecimento” (Granada et al., 2021, p. 217).

Granada et al. (2021) concluem que espaços de trabalho nos frigoríficos foram responsáveis por contágios, pois as condições específicas destas funções apresentavam: grande circulação de pessoas e produtos; o fato de serem considerados serviço essencial, pois processam carnes e derivados, permaneceram com a produção, quando outros setores fecharam.

A barreira linguística, as diferentes cosmovisões do processo saúde e adoecimento, as condições de trabalho e de moradia de imigrantes na região Oeste de Santa Catarina, se convertem em situações estressoras que podem causar impactos na qualidade de vida deste grupo (Matos, 2018; Granada et al., 2021; Souza et al., 2021a).

Além disto, parte da sociedade percebe imigrantes como aqueles que vem “inchar a fila do SUS” (Padova, 2020), não reconhecendo o direito ao acesso deles aos serviços públicos de saúde.

Considerações finais

Destacou-se a necessária compreensão da sociedade sobre a mobilidade humana numa lógica de exclusão, produzida pela ordem econômica mundial; bem como o desafio de fazer com que os direitos humanos sejam vivência cotidiana para imigrantes e refugiados. Foi ressaltado que os processos de mobilidade humana, direcionados ao Sul

Global, resultam das restrições impostas por países do Norte Global, apontando a posição do Brasil na geopolítica internacional.

Em breves análises este texto descreveu iniciativas regionais – de criação do CRDH - de uma universidade pública, cujas políticas institucionais: Prohaiti, Pró-Imigrante e a unificação destes que, para além do acesso ao ensino superior vem conferindo maior visibilidade aos imigrantes. Voltada aos interesses da sua grande região de abrangência e influência, a UFFS foi criada num “imaginário simbólico” que a impulsiona a intervir numa dimensão de responsabilidade social.

No caso dos imigrantes, os enfrentamentos “regionais”, capitaneados pela UFFS, das diferentes necessidades apontadas pelo fenômeno da mobilidade humana contemporânea, acabam tendo alcance circunscrito; pois cabe ao Estado brasileiro dar conta de demandas de imigrantes e refugiados para o contexto nacional, por meio de políticas públicas específicas.

Sobre a relação entre mobilidade humana e processos de adoecimento foram citados aqueles que envolvem as condições de vida e de trabalho e que é preciso considerar a existência de diferentes universos simbólicos em jogo, pois têm importante papel nos processos de adoecimento e terapêutica. Perseguir uma perspectiva intercultural que proporcione formação específica aos profissionais de saúde pode ser uma forma de entender melhor e respeitar a coexistência de diferentes cosmovisões em jogo.

Referências

- Bordignon, S. De. Á. F., Cella, R., & (2022). *Mobilidade humana na UFFS: do PROHAITI ao PRÓ_IMIGRANTE*. In: I Seminário de Pesquisa sobre Migração: fortalecendo redes de apoio. V.1, n.1, UFFS, UNOCHAPECÓ, IFSC.
<https://portaleventos.uffs.edu.br/index.php/spm/article/view/16781>
- Dantas, S. (2020). *Pandemia, mentiras e xenofobia: a saúde pública requer interculturalidade*. In: Baeninger, R, Vedovato, R & Nandy, S. (Coord.). Migrações internacionais e a pandemia (pp. 104-108). Universidade Estadual de Campinas: Núcleo de Estudos da População “Elza Berquó”.
<https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/miginternacional/miginternacional.pdf>
- Demétrio, N. (2020). *Pandemia, agronegócio, migrações internas e internacionais no Brasil: notas para uma agenda de pesquisa*. In: Baeninger, R., Vedovato, R & Nandy, S. (Coord.). Migrações internacionais e a pandemia (pp. 498-505).

Universidade Estadual de Campinas: Núcleo de Estudos da População “Elza Berquó”.
<https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/miginternacional/miginternacional.pdf>

Feldman-Bianco, B. (2015). *Deslocamentos, desigualdades e violência do estado*. *Ciência e Cultura*, V(67), N.2, 20-24.
<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v67n2/v67n2a09.pdf>

Feldman-Bianco, B. (2018). *O Brasil frente ao regime global de controle das migrações: Direitos Humanos, securitização e violências*. *Travessia- Revista do Migrante*, 31(83), 11-36. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r38868.pdf>

Feldman-Bianco, B., Sanjurjo, L., & Silva, D. M. da. (2020). *Migrações e deslocamentos: balanço bibliográfico da produção antropológica brasileira entre 1940 e 2018*. *BIB - Revista Brasileira De Informação Bibliográfica Em Ciências Sociais*, (93), 1–58.
<https://bibanpocs.emnuvens.com.br/revista/article/view/516>

Granada, D., Grisotti, M., Detoni, P. P., Cazarotto, R., & Oliveira, M. C de. (2021). *Saúde e migrações: a pandemia de COVID 19 e os trabalhadores imigrantes nos frigoríficos do sul do Brasil*. *Horizonte Antropológico*, 27 (59), 207 – 226.
<https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100011>

Jarochinski-Silva, J. C., & Baeninger, R., (2021). *O Êxodo venezuelano como fenômeno da migração Sul-Sul*. *REMHU, Revista Interdisciplinar de Mobilidade Humana*, 29(63), 123-129. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006308>

Langoski, D. T. (2018). *Fundamentos legais à construção de políticas públicas para imigração haitiana no Brasil*. In: Roman, D. J, Matos I. B. M. (Orgs.). *Imigração haitiana: perfil, ambientação social e organizacional no oeste catarinense, política migratória e aspectos da história do Haiti* (pp. 11-39). Editora UNOESC.
https://www.unoesc.edu.br/images/uploads/editora/Miolo_mestradoADM_web.pdf

Magalhães, L. F. A. M. (2017). *A Imigração haitiana em Santa Catarina: perfil sóciodemográfico do fluxo, contradições da inserção laboral e dependência de remessas no Haiti*. [Tese de doutoramento] Repositório Aberto da Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - Demografia.
<https://hdl.handle.net/20.500.12733/1630825>

Matos, I. B. M. (2018). *Aspectos da trajetória de migração de haitianos para o Brasil e Oeste de Santa Catarina: auto percepção acerca da sua inserção e do acesso aos direitos fundamentais na comunidade brasileira*. In: Roman, D., Matos I. B. M. (Orgs.). *Imigração haitiana: perfil, ambientação social e organizacional no oeste catarinense, política migratória e aspectos da história do Haiti* (pp. 43-60). Editora

UNOESC.

https://www.unoesc.edu.br/images/uploads/editora/Miolo_mestradoADM_web.pdf

- Matos, I.B.M., Welter, C. F., Boff, A., Malakovski, H., & Wagner, A. (2021). *Haitianas, formação médica e Sistema Único de Saúde*. Tempus - Actas de Saúde Coletiva, 14(3), 115-134. <https://doi.org/10.18569/tempus.v14i3.2702>
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª edição. Hucitec.
- Nichterwitz, F. (2020). *Entre expectativa e realidade: a interiorização da universidade pública federal no Brasil do governo Lula: uma análise da criação da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e sua instalação em Realeza, Paraná, por fontes orais*. História Oral, V(23), N.1, 199-213.
<https://www.revista.historiaoral.org.br/index.php/rho/article/view/1010>
- Padova, R. (2020). *Diagnóstico da População de Imigrantes e Refugiados nos Municípios de Chapecó, Xanxerê e Xaxim, Santa Catarina*. In: Processo nº 07/2022 da Diretoria de Políticas de Graduação (Dpgrad): Universidade Federal da Fronteira Sul. (2020). Prograd nº 23205.021503/2022-31 de 07-07-2022 (p- 25).
<https://sipac.uffs.edu.br/public>
- Processo nº 07/2022 da Diretoria de Políticas de Graduação (Dpgrad): Universidade Federal da Fronteira Sul. (2020). In: Prograd nº 23205.021503/2022-31 de 07-07-2022. <https://sipac.uffs.edu.br/public>
- Reis, A. P., Rodrigues, L. C., & Snichelotto, C. A. R. (2020). *Atuação do Grupo PET no ensino de PCL*. In: Baumgratz, C. E., Tonello, L. P.; Meggiolaro, G. P & Gullich, R. I. D. C., (orgs.) 10 anos de PET UFFS: novos desafios, outras perspectivas (pp. 47-49). Universidade Federal da Fronteira Sul.
<https://rd.uffs.edu.br/bitstream/prefix/3906/3/SINPET.pdf>
- Silveira, C., Goldberg, A., Silva, T. B da, Gomes., M. H de A., & Martin, D. (2016). *O lugar dos trabalhadores de saúde nas pesquisas sobre processos migratórios internacionais e saúde*. Cadernos de Saúde Pública, 32(10), 1-10.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00063916>
- Silveira, L. M. Da., Matos, I. B., & Arini, S. M. (2018). *Imigração haitiana e acesso ao ensino superior na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)*. In: Roman, D. J., & Matos I. B. M. (Orgs.). Imigração haitiana: perfil, ambientação social e organizacional no oeste catarinense, política migratória e aspectos da história do Haiti (pp. 43-60). Editora UNOESC.
https://www.unoesc.edu.br/images/uploads/editora/Miolo_mestradoADM_web.pdf

- Souza, J. B de, Heidemann, I. T. S. B., Walker, F., Schleicher, M. L, Konrad, A. Z., & Campagnoni, J.P. (2021a). *Praxedes. Vulnerability and health promotion of Haitian immigrants: reflections based on Paulo Freire's dialogic praxis*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 55, e03728. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020011403728>
- Souza, J. B., Tomasi, Y. T., Vixamar, J., Schleicher, M.L., Walker, F., & Heidemann, I. T. S. B (2021b). *Possibilidades para promover a saúde de imigrantes haitianos: percepções de estudantes de enfermagem*. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro-RECOM. 11 (4158), 1-10. <https://doi.org/10.19175/recom.v11i0.4158>
- Schramm, J. M. D. A., Meneghel, S. N., Kastrup, E., Ferla, A., A., & Ceccim, R. B. (2018). *Organizações não governamentais na cooperação internacional com o Haiti. Imigração haitiana: perfil, ambientação social e organizacional no oeste catarinense, política migratória e aspectos da história do Haiti* (pp. 111-126). Editora UNOESC.
https://www.unoesc.edu.br/images/uploads/editora/Miolo_mestradoADM_web.pdf
- Universidade Federal da Fronteira Sul. (2022). *Edital Nº 899/Gr/Uffs/2022*. Processo Seletivo Específico do Programa de Acesso e Permanência a Estudantes Imigrantes Pró-imigrante. <https://www.uffrs.edu.br/atos-normativos/edital/gr/2022-0899>
- Universidade Federal da Fronteira Sul. (2023a). *A Instituição*. https://www.uffrs.edu.br/institucional/a_uffrs/a_instituicao
- Universidade Federal da Fronteira Sul. (2023b). *Centro de Referência em Direitos Humanos e Igualdade Racial Marcelino Chiarello*. Apresentação. https://www.uffrs.edu.br/institucional/a_uffrs/centro-de-referencia-em-direitos-humanos-marcelino-chiarello-crdh-uffrs/apresentacao
- Universidade Federal da Fronteira Sul. (2023c). *Pró-Imigrante*. <https://www.uffrs.edu.br/institucional/pro-reitorias/graduacao/ingresso/pro-imigrante/apresentacao>

CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE PARA A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS NO CUIDADO À POPULAÇÃO LGBTQIA+

Flávia Alves da Silva

Juliana Vieira Sampaio

Introdução

A Educação Popular em Saúde (EPS) trata-se de uma perspectiva em saúde alternativa às práticas dominantes que possuem vieses biomédicos e medicalizantes de pensar o cuidado. A EPS traz aproximação entre os profissionais da saúde e a população, além de primar pela participação ativa da comunidade, por meio do exercício do controle social (Brasil, 2007; Cruz, 2018).

Em 2013, foi instituída a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), por meio da Portaria n.º 2.761/2013. Um de seus princípios é a construção compartilhada do conhecimento, que visa à compreensão e à transformação coletiva, das ações de saúde, entre pessoas de saberes, culturas e inserções sociais diferentes (Brasil, 2013a).

A PNEPS-SUS também possui, como um de seus objetivos específicos, o incentivo ao protagonismo popular no enfrentamento aos determinantes sociais de saúde. Para isso, a EPS envolve e mobiliza as pessoas no compartilhamento de experiências, criando vínculos capazes de promover estratégias de enfrentamento e superação dos problemas sociais. A partir deste diálogo, ocorre a construção da autonomia e a emancipação de grupos populacionais excluídos e marginalizados historicamente, abrindo espaço para as suas reivindicações (Brasil, 2007, 2013a; Cruz, 2018).

Este é o caso da população LGBTQIA+, composta por lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transgênero, queers, intersexuais, assexuais, entre outros representados pela sigla. Na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), lançada em 2013, há a preocupação com a EPS voltada para esse público (Brasil, 2013c).

A PNSILGBT garante a educação em saúde para gestores e profissionais de saúde, em prol do controle social de conselheiros(as) de saúde e de lideranças sociais, com

temáticas voltadas para o enfrentamento às discriminações de gênero, de sexualidade e de suas especificidades em saúde. Os serviços também podem contar com ações educativas voltadas para a erradicação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território (Brasil, 2013c).

Um dos fatores que influenciam fortemente a atenção à saúde LGBTQIA+ é a heteronormatividade¹, onde as sexualidades e identidades de gênero dissidentes são marginalizadas e perseguidas. Uma das estratégias para enfrentar esse problema é investir na formação dos profissionais da saúde tendo em vista que, baseado na Educação Popular (EP) de Paulo Freire (2014), a educação é uma prática de transformação social e a mudança no processo formativo pode tensionar a cisheteronormatividade. Por falta de uma prática adequada, essa população é marginalizada e vitimizada pela própria equipe de saúde, a responsável por acolhê-los (Negreiros et al., 2019). Assim, abre-se espaço para uma maior assistência a esse público, além da quebra de estereótipos, preconceitos e condutas inadequadas.

Quando essas práticas não são acolhedoras, tornam-se barreiras de acesso aos serviços de saúde, além de produzirem violências institucionais e afetarem a qualidade do serviço prestado à população LGBTQIA+, causando mais adoecimento. Os profissionais devem conhecer as demandas desses indivíduos, a fim de realizarem um atendimento adequado, evitando também a imposição de seus próprios valores sob estes. Práticas acolhedoras permitem a aproximação desses usuários para que tragam suas demandas sem serem violentados. Esses ambientes também precisam ser inclusivos, a fim de apoiar a participação LGBTQIA+ (Costa et al., 2017). Portanto, esperamos que a EPS contribua para assegurar o acesso à saúde da comunidade LGBTQIA+. No entanto, como podemos qualificar os profissionais de saúde de forma a reduzir as barreiras de acesso?

A PNSILGBT e o Caderno de Educação Popular em Saúde (2007) recomendam a participação popular no SUS por meio de rodas de discussão e de estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde desta população. Um estudo do Comitê Ético da Sociedade Americana de Geriatria (2015) aponta a necessidade da participação de grupos minoritários ou minorizados² ao abordar a temática LGBTQIA+ com os profissionais de saúde, por meio de processo de formação. Este estudo destaca que instituições que

¹ A heteronormatividade é o modo como os conceitos de sexo e gênero são estruturados a partir da heterossexualidade compulsória (BUTLER, 2003). Sexo e gênero são atos normativos afirmados pela repetição de valores da heterossexualidade, considerados normais e apropriados.

² Grupos minoritários ou minorizados surgem da lógica de assimetria social, seja de gênero, sexual, racial ou outros. Um grupo majoritário minoriza o primeiro em uma lógica de poder, geradora de vulnerabilidade por meio de violência(s) (Chaves, 1970; Carmo, 2016; Ramattiocci, 2019).

capacitam seus trabalhadores nessa área geralmente conseguem oferecer um melhor atendimento e resultados mais positivos.

O interesse por esse estudo surgiu da necessidade de implantar a Política Nacional de Saúde LGBT na Unidade Básica de Saúde (UBS), onde estava como residente de Psicologia, pois esta população é pouco assistida e, quando o é, as falas de profissionais trazem consigo desconhecimento e estigmas. Desconhecimento este que se deve à escassa ou nula presença da temática nas formações em saúde no ensino superior, além da falta de informação para trabalhadores com outras formações.

O estudo visou trazer benefícios tanto para os usuários, que teriam mais garantias de ter suas demandas acolhidas, pois estas ações seriam planejadas com e para eles por meio da EPS, bem como trazer conhecimento e segurança para os profissionais da saúde. Além disso, é de urgência que o acesso à saúde da população LGBTQIA+ seja resguardado, principalmente a transgêneros e travestis, que encontram mais barreiras. Dessa forma, o objetivo principal desta pesquisa foi implementar uma formação para profissionais da Atenção Básica (AB) acerca da saúde da população LGBTQIA+, a partir da participação de representantes da população LGBTQIA+ na Unidade de Saúde.

Metodologia

[Características]

Esta pesquisa é de natureza qualitativa e empírica, partindo da noção da construção social das realidades. Interessa-se nas perspectivas dos participantes e em suas práticas cotidianas, utilizando métodos flexíveis que permitam o entendimento do processo e trocas cotidianas (Flick, 2009; Prodanov, Freitas, 2013).

Realizou-se uma pesquisa-intervenção, com caráter de intervenção de ordem micropolítica em determinada vivência social. A pesquisa-intervenção é capaz de construir espaços de problematização coletiva e pensada para estabelecer relações horizontais capazes de permitir encontros entre pessoas com saberes e práticas distintas que se complementam (Rocha, Aguiar, 2003; Mendes et al., 2016).

Faz-se importante explicitar que a pesquisa foi dividida em dois momentos. Primeiro, em três encontros, de elaboração da formação, com contribuições da própria população LGBTQIA+. O segundo momento foi o de implementação da formação, realizada com os profissionais da saúde. A formação implementada foi pensada pelas autoras deste trabalho e pelos contribuintes da população LGBTQIA+, para ser executada especificamente com os profissionais da saúde.

Local

A cidade de Mossoró (RN), onde ocorreu a pesquisa, possui área territorial de 2.099.334km² e população estimada de 303.792 pessoas, sendo a segunda maior do estado (IBGE, 2020; 2021).

O Ambulatório LBTT+ (Mossoró(RN)), onde se realizou a primeira parte da pesquisa, foi o precursor no estado, sendo o primeiro a focar exclusivamente no atendimento à população LBTTQIA+. Foi planejado para assegurar o acesso à saúde humanizado e com protagonismo popular. Oferece ações coletivas e individuais de promoção da saúde a partir das especialidades profissionais vinculadas às residências médicas e multiprofissionais da UERN, além de ser um espaço promotor de cultura e fortalecimento de vínculos. Apesar de dedicado exclusivamente à população LBTTQIA+, se articula na rede, como espaço de referência e não o único para esse público.

A UBS onde ocorreu a formação para os profissionais, conta com um quadro de 30 pessoas, entre eles efetivos, comissionados, terceirizados e residentes. Possui apenas uma equipe de estratégia de saúde da família. A unidade foi escolhida por ser o campo de atuação da pesquisadora.

Participantes

A população deste estudo é composta por usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que fazem parte da comunidade LBTTQIA+, com 18 anos ou mais, habitantes de Mossoró (RN), do território de abrangência da UBS. É critério de exclusão: a pessoa sem horário disponível para o grupo. Participaram oito pessoas.

O segundo grupo participante da pesquisa contou com profissionais da AB do SUS. Dentre os profissionais da UBS, podem ser encontrados agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros, médicas, assistentes sociais, recepcionistas e profissionais de serviços gerais. A escolaridade dos participantes é nível médio completo ou ensino superior completo. Participaram dessa etapa 15 pessoas. Como critério de inclusão, profissionais de saúde da AB desta UBS. Como critério de exclusão, profissionais com indisponibilidade de horário.

Tabela 1
Informações pessoais dos participantes da pesquisa

ID³	Idade	Orientação sexual	Identidade de gênero	Pronomes
Cacto	29	Lésbica	Mulher cisgênero	Ela, dela
Palma	27	Assexual	Mulher cisgênero	Ela, dela
Xiquexique	25	Heterossexual	Homem transgênero	Ele, dele
Mandacaru	28	Lésbica	Mulher cisgênero	Ela, dela
Aroeira	18	Heterossexual	Mulher transgênero	Ela, dela
Umbuzeiro	27	Heterossexual	Travesti	Ela, dela
Juazeiro	21	Bissexual	Homem transgênero	Ele, dele
Caroá	25	Homossexual	Homem cisgênero	Ele, dele

Fonte: Autoras, 2022.

Todos os profissionais do equipamento de saúde foram convidados para pesquisa, pois atendem a população LGBTQIA+. Além disso, todos eles têm o dever de prestar assistência de qualidade, independentemente de escolaridade e de cargo, desde o acolhimento a procedimentos específicos.

Elaboração da formação

A primeira etapa da pesquisa ocorreu entre junho e agosto de 2021, e objetivaram levantar as principais demandas e as situações mais comuns aos LGBTQIA+ ao buscar os serviços de saúde. Para isso, nos momentos coletivos de elaboração da formação, utilizaram-se diversas metodologias ativas do II Caderno de Educação Popular em Saúde (2014).

Oficinas também foram utilizadas, devido a sua potencialidade de criação, por meio do coletivo, incentivando suas potencialidades. As oficinas impulsionam a geração de conhecimento tanto no contexto do coletivo quanto no âmbito individual (Brasil, 2014).

Nesta etapa, ocorreram três encontros. Os dois primeiros aconteceram na modalidade online, com duração de duas horas. O terceiro encontro ocorreu presencialmente e teve duração de três horas. Os registros foram realizados por meio de diário de campo.

³ Nomes de plantas da caatinga nomeiam os participantes por possuírem raízes profundas o suficiente para encontrarem, na terra, a umidade necessária para sobreviverem, mesmo em ambientes desfavoráveis.

Para a realização da pesquisa nas dependências da Faculdade de Enfermagem – FAEN/UERN, foi encaminhada carta de anuência à direção. Houve retorno positivo, onde tanto os participantes quanto a faculdade demonstraram interesse pela pesquisa e enfatizaram sua relevância, se mostrando disponíveis durante o processo, inclusive para contribuir com algo mais que fosse necessário.

Aspectos éticos

A pesquisa segue a Resolução n.º 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Considerando o respeito e a garantia do pleno exercício dos direitos das participantes, esta pesquisa foi realizada de modo a prever e evitar possíveis danos aos componentes, aprovada por parecer na Plataforma Brasil n.º 4.711.167.

Resultados e discussão

Fase 1: População LGBTQIA+

O primeiro grupo de participantes foi organizado a partir de formulário do Google, cujo link foi divulgado nas redes sociais do serviço e da pesquisadora. A pesquisa também foi compartilhada por meio do Whatsapp. O primeiro momento online apresentou a pesquisa, pactuou a participação e confirmou os membros que participaram online e os presencialmente. Após as inscrições, contataram-se os voluntários, indicando as datas dos encontros e local (Ambulatório LGBTT+ na FAEN/UERN ou encontro virtual pelo Google Meet).

Primeiro encontro

O primeiro encontro com a população LGBTQIA+ ocorreu na modalidade online. Participaram nove pessoas. Inicialmente, cada pessoa fez uma apresentação sobre si. Após todas as apresentações, foi feita uma explanação sobre a pesquisa, contendo seus principais elementos.

Após, foi feito o seguinte questionamento: “Defina o serviço público de saúde em uma palavra”. Cada participante optou por uma palavra e justificou sua escolha. As palavras citadas foram: “desafiador”, “amparo”, “compreensão”, “educação/formação”, “preparação”, “paradoxo”, “incerteza”, “complexo” e “atenção”.

Segundo encontro

O segundo encontro contou com sete pessoas. Para iniciar o segundo encontro, utilizou-se o cordel *A ponte do SUS*, de Alberis dos Santos (2017)⁴, trabalhador do SUS. Cada participante, que desejasse, teve a oportunidade de ler uma estrofe do cordel. As perguntas disparadoras foram: “Quais são as dificuldades encontradas por você no acesso aos serviços do SUS?” e “O que você acha essencial que trabalhadores do SUS saibam?”.

Foram encontradas respostas diversas:

Tratamento de forma inadequada, falta de respeito ao nome social. Medo de sofrer transfobia e outras situações desconfortáveis, incluindo violências. Não saberem sanar minhas demandas, falta de informação sobre as demandas em saúde e não resolubilidade (Juazeiro, 21 anos, bissexual, homem transgênero, 2021).

Outra pessoa afirma:

Medo de ir antes da retificação de registro civil por medo de passar por algum constrangimento, medo de realizar exames específicos lidos como exames masculinos e exames femininos. Profissionais só respeitam após exigirmos respeito, gerando confusão e briga. Em um trabalho acadêmico, uma colega de turma não aceitou fazer trabalho sobre a transgeneridade na infância e se recusou enquanto profissional a atender a população LGBTQIA+ (Xiquexique, 25 anos, heterossexual, homem transgênero, 2021).

Diante das narrativas trazidas, se faz importante mencionar a Regra Administrativa Federal (n.º 1.820, de 13 de agosto de 2009), também conhecida por Carta dos Direitos dos Usuários no SUS, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. A carta explana o direito ao atendimento humanizado e livre de discriminação, negação ou restrição, em razão de orientação sexual e identidade de gênero. Também assegura o direito dos usuários a serem chamados pelo nome social, que também devem constar nos registros do SUS. Mesmo com essa normativa sustentando o uso do nome social, episódios de transfobia são recorrentes (Brasil, 2009).

Outra participante acrescentou:

⁴ SANTOS, Alberis Luis dos. *A Ponte do SUS*. Disponível em <https://redehumanizasus.net/96170-cordel-a-ponte-do-sus/>.

Ao chegar em um local para ser atendida, antes de ter a documentação retificada, fui tratada no masculino, mesmo com imagem feminina. Tive que brigar e me impor para enfim ser respeitada (Umbuzeiro, 27 anos, heterossexual, travesti, 2021).

Cacto assinala uma demanda recorrente:

Por ser cisgênero, não passei pelos obstáculos das pessoas que falaram anteriormente. Porém já senti falta de um médico para realizar um procedimento simples, como receita de medicação (Cacto, 29 anos, lésbica, mulher cisgênero, 2021).

Ela indicou dificuldades específicas das mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços:

Fora isso, as mulheres lésbicas e bissexuais em atendimento ginecológico são sempre pré-julgadas como heterossexuais, sem haver questionamento e nem outras possibilidades de vivências (Cacto, 29 anos, lésbica, mulher cisgênero, 2021).

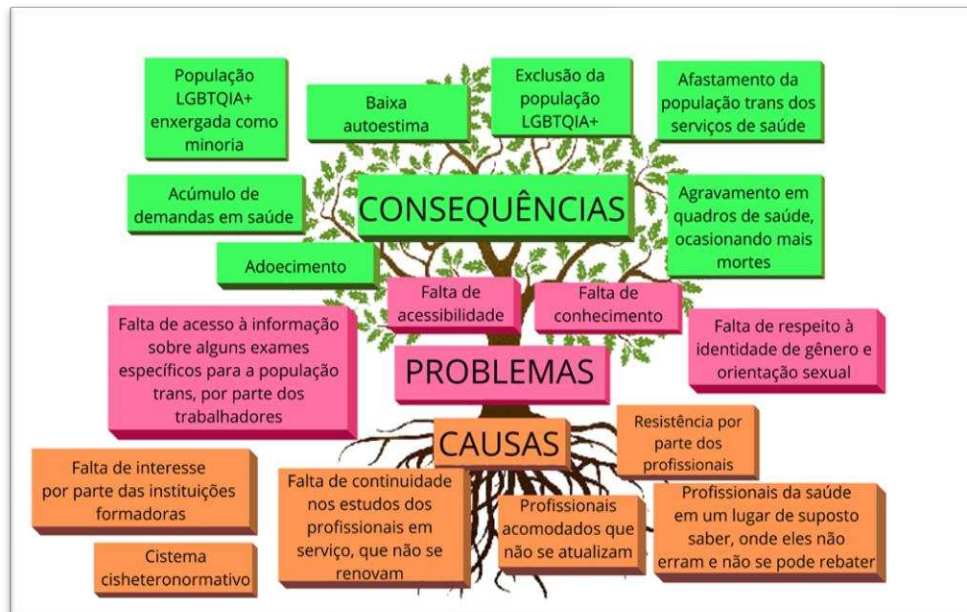
Na segunda parte do encontro, foi construída uma árvore dos problemas⁵, após o seguinte questionamento: “como resolver as causas para obtermos frutos?” O resultado desta atividade pode ser visualizado na Figura 1.

Terceiro encontro

O terceiro encontro ocorreu de forma presencial, nas dependências da Faculdade de Enfermagem da UERN, em dia de funcionamento do Ambulatório LGBTT+. Enquanto os participantes chegavam e se acomodavam no local, músicas de artistas LGBTQIA+ selecionadas pelas próprias pessoas participantes eram tocadas. Isso tinha como objetivo criar um ambiente propício à criatividade. O ambiente estava organizado em círculo, onde no centro havia tintas de tecido, canetas e um tecido branco de algodão cru. Foi pedido que quem pudesse e quisesse, se sentasse no chão. Inicialmente, foi feito um momento de relaxamento a partir de imaginação guiada, essas técnicas de relaxamento com foco em mente-corpo proporcionam bem-estar e alívio físico e mental. Por terem efeito de profundo estado de relaxamento, essas práticas contribuem em momentos coletivos onde é necessário o foco no aqui-e-agora (Toneti et al., 2019).

⁵ A árvore dos problemas trata-se de uma maneira visual para análise de problemas do ponto de vista de suas causas, tendo por objetivo encontrar as origens destes primeiros para desenvolver projetos que os eliminem (CORAL et al., 2009).

Figura 1
Árvore dos problemas da população LGBTQIA+ no SUS



Fonte: A autora, 2021.

Algumas pessoas que estavam nos encontros online não conseguiram participar do momento presencial, ao passo que outras pessoas que compareceram ao Ambulatório LBTT+ para atendimento, se interessaram pela pesquisa, leram e assinaram o TCLE e participaram do terceiro encontro presencial. A estas, foi feita a contextualização da pesquisa e para todas, foi recapitulado tudo o que foi construído no decorrer dos encontros. Ao todo, participaram sete pessoas deste terceiro momento.

Após, foi perguntado aos participantes se eles se lembravam das palavras que citaram no primeiro encontro a partir da pergunta disparadora “Defina o serviço público de saúde, em uma palavra”. A grande maioria respondeu que não, e a facilitadora foi falando palavra por palavra, e esperando que seus autores se identificassem, alguns lembraram.

Foram questionados se mantinham essas palavras ou se definiriam com outras palavras. Aos que estiveram com o grupo pela primeira vez, foi perguntado qual palavra estes citariam. Alguns dos participantes que estavam no primeiro encontro escolheram novas palavras, e dentre elas tivemos: “esperança”, “incerteza”, “preparação”, “compreensão”, “educação” e “formação”.

Posteriormente, explicou-se a proposta do produto final aos participantes, que consistia em um tecido de algodão cru, onde o coletivo estaria livre para inserir no tecido,

as pautas levantadas nos encontros. Para isso, poderiam usar palavras, cores, ilustrações e o que mais suas criatividade pudessem permitir.

Para tal, foi discutido entre as partes sobre o que seria essencial acrescentar no tecido, e também feito um rascunho. Elencaram que seria importante citar palavras que descrevessem a comunidade e também colocaram as dificuldades encontradas no acesso ao SUS. Por último, colocaram o que a comunidade deseja para ter seu acesso garantido. No processo, cada um pôde se expressar e contribuir à sua maneira, conforme a Figura 2.

Fase 2: Formação com profissionais do SUS

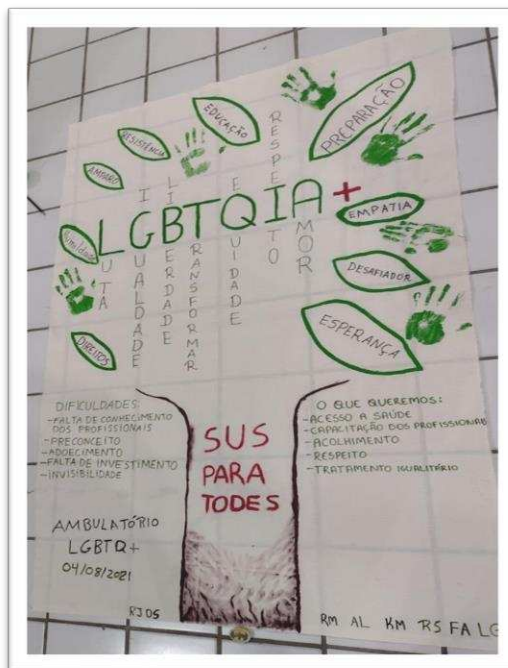
O planejamento desta fase dependeu parcialmente do levantamento das necessidades em saúde, feito de forma colaborativa com representantes da população LGBTQIA+. A formação aconteceria em dois turnos, porém por dificuldades logísticas, foi realizada, em um turno que converge toda a equipe na UBS, tendo participado 15 dos 18 trabalhadores.

Na implementação, garantiu-se ambiência de acolhida para o cuidado dos profissionais e o debate, destacando-se o tecido produzido no momento 1. A equipe se mostrou receptiva. Ademais, foi feito um momento de relaxamento guiado, produzindo bem-estar (Toneti et al., 2019).

Iniciando a discussão, foi feita a questão geradora: “O que vocês querem aprender e compartilhar hoje?”. Para a EP, as questões geradoras problematizam, produzem reflexões e suscitam a transformação coletiva, além de serem um processo de comunicação e de produção de ideias (Brasil, 2014). Algumas das respostas foram: “eu tenho muito medo de errar e de desrespeitar alguém, quero saber qual a melhor maneira de falar com eles sem ofender”, “como eu vou saber quando chamar “ele” ou “ela”?”.

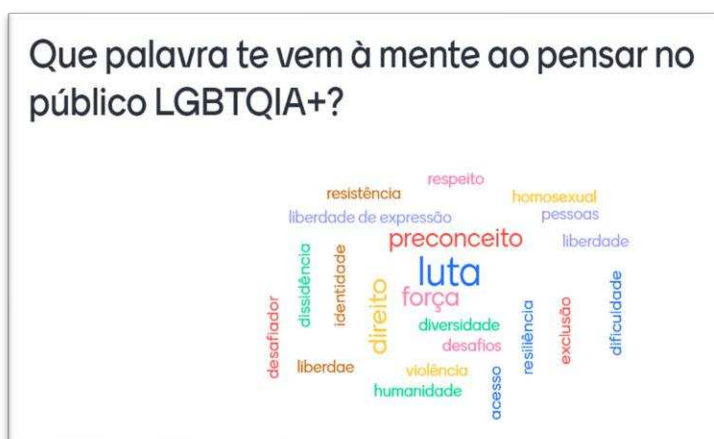
Na sequência, o painel com a pergunta disparadora “Que palavra te vem à mente ao pensar no público LGBTQIA+?”. O painel, Figura 3, foi montado a partir do site Mentimeter, no qual os participantes inseriram suas respostas.

Figura 2
Tecido SUS para todes



Fonte: Fotografia da autora, 2021.

Figura 3
Nuvem de palavras



Fonte: Acervo da autora, 2021.

Após observação do painel, questionou-se o motivo da escolha das palavras. Neste momento, uma das profissionais fez uma importante reflexão:

Engraçado que, se for prestar atenção, a maioria das palavras fala de sofrimento e de luta. Poucas palavras soam positivas. Senti falta de palavras como “amor” e “orgulho” (Profissional, Agente Comunitária de Saúde, 2021).

O próximo questionamento foi: “O que você acredita que a população LGBTQIA+ precisa?”. Entre as respostas: “respeito”, “espaço”, “visibilidade”, “equidade”, “cuidado”, “acesso à saúde”, “igualdade de direitos”.

Após essa pergunta, foi exposta a “Árvore dos problemas da população LGBTQIA+ no SUS”, vide Figura 1. Item por item foi lido e explicado, sempre perguntando se concordavam com os itens e se acrescentariam outros pontos. Os profissionais ficaram calados em alguns pontos, mas não demonstraram discordância. Em outros pontos, teceram comentários e trouxeram exemplos ocorridos na UBS e exemplos imaginários.

Em sequência, abordou-se o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) e as políticas específicas para cada população, dando destaque à PNSILGBT (2013). Um dos pontos-chave no papel da APS é o acolhimento, responsável por recepcionar os usuários, a partir de uma escuta qualificada a fim de resolver suas demandas de forma ética, promovendo inclusão social, mediante comprometimento com o fortalecimento da cidadania (Campos, 1994).

Foram discutidos tópicos relevantes do acolhimento: não julgamento; escuta qualificada, ética, inclusão, equidade, informação, resolutividade e devolutiva. Há acolhimento em todas as relações que envolvem o cuidado, entre trabalhadores da saúde e usuários, nos atos de escutar e direcionar as pessoas. Por ser uma prática presente nas relações de cuidado, inicia na chegada do usuário ao equipamento e deve permanecer em todo o percurso deste (Brasil, 2013d).

Diante desses pontos, se faz necessário aludir aos Princípios de Yogyakarta (2006) sobre direitos humanos, complementado por Arbour et al. (2006), na obrigação dos Estados em fornecer condições adequadas a todas as orientações sexuais e identidades de gênero. No Brasil, a universalidade dos direitos sexuais e reprodutivos é um desses direitos. Assim, as políticas públicas devem se adequar às especificidades dos diversos segmentos populacionais. Já os Cadernos de Atenção Básica anunciam que as situações de saúde diferem a partir da diversidade sexual (Brasil, 2013b).

A seguinte pergunta disparadora foi o procedimento seguinte: “Vocês sabem quantas pessoas LGBTQIA+ existem no seu território?”. Conclui-se: há mais que o cadastrado no e-SUS APS.⁶

Os motivos discutidos para essa inconsistência cadastral foram a vergonha dos profissionais de saúde em perguntar a orientação sexual e a identidade de gênero dos usuários no momento do preenchimento da Ficha de Cadastro Individual do e-SUS, a dúvida em identificar essas pessoas por conta própria e a não possibilidade do questionamento pela presença de familiares no momento.

Como forma de sanar as dúvidas, mostrou-se, na prática, que campos como orientação sexual, identidade de gênero, raça/cor e etnia são preenchidos por autodeclaração, e não por análise pessoal do entrevistador, conforme as Figuras 4 e 5.

Figura 4
Ficha de Cadastro Individual e-SUS APS

Fonte: BRASIL, 2020b.

Figura 5
Ficha de Cadastro Individual e-SUS APS (cont.)

Fonte: BRASIL, 2020b.

⁶ e-SUS APS é uma estratégia de informatização dos dados da APS (Brasil, 2020a).

De acordo com o “Manual de uso do sistema com prontuário eletrônico do cidadão – PEC (versão 3.2)”, a PNSILGBT compreende as categorias de orientação sexual e de identidade de gênero como determinantes sociais de saúde, devido à discriminação que vulnerabiliza as minorias existentes dentro dessas categorias. Em consonância com as diretrizes da política, foi incluído no sistema e-SUS AB, na ficha de cadastro individual e no cadastro simplificado da modalidade PEC, os campos “nome social” e “identidade de gênero”.

Para evitar impedimentos no acesso à saúde, os sistemas não restringem as classificações do SIGTAP⁷, CID⁸, CIAP⁹ e demais possibilidades para um determinado gênero. Assim, de acordo com o manual, se o campo identidade de gênero for preenchido ao realizar o cadastro individual, a ferramenta desabilita os campos relacionados ao sexo feminino ou ao masculino, permitindo o uso de todas as funcionalidades independentemente de seu gênero. Mas, caso o campo de identidade de gênero seja ignorado no ato do preenchimento, só constarão opções exclusivas do sexo feminino ou exclusivas do sexo masculino (Brasil, 2013c; 2020a).

A iniciativa não considera as pessoas que não desejam preencher esse campo, e nem que elas possam não saber dessa informação para ter acesso aos serviços de saúde, e nem tampouco que há ACS que se negam ao preenchimento deste campo. É preciso que o registro adequado seja reforçado, para assim essa população ter recursos direcionados para sua saúde integral. Ademais, o preenchimento correto é responsável para que essas populações tenham acesso a procedimentos específicos.

A fim de fazer um fechamento das ideias, perguntou-se “Qual palavra te vem em mente após o final desse encontro?”. As respostas foram: “inclusão” e “orgulho”. Para encerrar, cada profissional leu uma estrofe do cordel “A ponte do SUS”. Algumas pessoas agradeceram, outras silenciaram.

Como percepções sobre a formação, observou-se abertura para novos conhecimentos, mas pouca iniciativa para tal. A noção de inclusão é relevante para os profissionais, mas, na prática, é insuficiente. A educação permanente em saúde é essencial na aprendizagem dos profissionais, no comprometimento com a coletividade e seus determinantes sociais. Porém, também é necessário que estes tenham iniciativa em fazerem uma autopercepção sobre o que precisa ser aprimorado, sobre seu papel na oferta de saúde com qualidade.

⁷ SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

⁸ CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.

⁹ CIAP - Classificação Internacional de Atenção Primária (do SUS).

Constatações semelhantes já foram encontradas em trabalho anterior, por Sampaio et al. (2019), em seu trabalho de conclusão de residência do mesmo programa de residência da pesquisadora, mas nesse caso, voltado para a população trans. Na pesquisa, o autor sinalizou que a educação parece ser um caminho em direção ao surgimento de novas formas de se fazer saúde para essas pessoas. Acrescentou que a educação deve provocar os profissionais a problematizarem, e que as formações na APS devem ser comprometidas com as minorias sociais, exigindo dos profissionais o rompimento com práticas opressoras. Os trabalhadores da saúde devem estar conscientes do seu compromisso com essa população e que a não implicação com essas problemáticas impedem que desempenhem com excelência o seu dever enquanto profissionais da saúde.

A iniciativa desta pesquisa rendeu frutos no município. Com seu sucesso, outra UBS solicitou formação em seu território. Em seguida, foi organizado pela pesquisadora, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, um momento entre os gestores da secretaria e representantes da comunidade LGBTQIA+, intitulado de “Colorir no SUS: Atenção Integral à Saúde da População LGBTQIA+”, a fim de dialogar sobre o fazer saúde em Mossoró (RN). Para momento posterior, estão sendo planejadas formações para os gestores do SUS do município, a fim de dar início às formações por distrito nos equipamentos de saúde.

Considerações finais

Nesta pesquisa, participantes e pesquisadora aprenderam compartilhando seus conhecimentos, sobre seus direitos e como contribuir para a efetivação e construção de políticas públicas. Concomitantemente, o movimento em prol da construção da Política Municipal de Saúde Integral da População LGBTQIA+ reacendeu, bem como ampliação do alcance do Ambulatório LGBTQIA+. É perceptível que a EP contribui no acesso à saúde integral desta população, de forma participativa e emancipadora. Outrossim, urge a necessidade de outras pesquisas que acompanhem os próximos passos.

Durante a formação, os profissionais se interessaram em adquirir conhecimentos para assistir à população. Inicialmente, a formação ocorreria em dois momentos, mas aconteceu apenas em um, pela dificuldade em reunir os profissionais, seja por demais demandas da equipe, ou por pouca participação em espaços de educação permanente. Ofereceu-se aos profissionais outra formação.

Desta maneira, pode-se constatar que, para a população LGBTQIA+ ter acesso à saúde pelo SUS garantindo a equidade, é um necessário avanço na democratização dos direitos humanos. Infelizmente, as políticas públicas não são o suficiente para garantir uma saúde integral de qualidade. Elas precisam ser efetivadas. As pessoas precisam conhecer

seus direitos e reivindicá-los por meio do protagonismo popular. Como responsabilidade para a sociedade como um todo, fica a tarefa de questionar os diversos instrumentos de poder produtores da cisheteronormatividade.

Referências

American Geriatrics Society Ethics Committee. (2015). American Geriatrics Society care of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults position statement: American Geriatrics Society Ethics Committee: American geriatrics society ethics committee. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(3), 423–426. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.13297>

Arbour, L. et al. (2006). Princípios de Yogyakarta: Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Disponível em: http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. (2004). Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. (2009). Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013a). Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013b). Cadernos de Atenção Básica: Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde. (2013c).

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. (2013d). Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no

- âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. (2014) II Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde. (2014).
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 510, de 7 de abril de 2016. (2016). Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Secretaria-Executiva. e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC - Versão 3.2. Brasília: Ministério da Saúde. (2020a).
- Brasil. Cadastro Individual e-SUS APS - Versão 3.2. Brasília: Ministério da Saúde. (2020b). Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Cadastro_Individual.pdf
- Butler, J. (2003). Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Tradução: Renato Aguiar. Editora Civilização Brasileira.
- Campos, G. (1994). Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In Cecílio, L. C. O. (Org.). Inventando a mudança na saúde. (2 th ed, pp. 29-87). São Paulo: Hucitec.
- Carmo, C. (2016). Grupos minoritários, grupos vulneráveis e o problema da (in)tolerância: uma relação linguístico-discursiva e ideológica entre o desrespeito e a manifestação do ódio no contexto brasileiro. *Revista do Instituto de Estudos Brasileiros*, (64), 201-223. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rieb/a/gjKScQCrZpKtyM6mHz7S38g/abstract/?lang=pt>
- Chaves, L. (1970). Minorias e seu estudo no Brasil. *Revista de Ciências Sociais*, 1(1), 149–168. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/4487>
- Coral, E. & Ogliari, A. (2009). Abreu; A. (Orgs.). *Gestão integrada da inovação: estratégia, organização e desenvolvimento de produtos*. São Paulo: Atlas.
- Costa, L. D. da, Barros, A. D., Prado, E. A. de J., Sousa, M. F. de, Cavadinha, E. T., & Mendonça, A. V. M. (2017). Competência Cultural e Atenção à Saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais travestis e transexuais (LGBT). *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 11(1), 105. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2314>.
- Cruz, P. (2018). *Educação Popular em Saúde: desafios atuais*. São Paulo: 1.
- Flick, U. (2009). Introdução à pesquisa qualitativa. *Artmed*. Porto Alegre, 207.

- Freire, P. (2014). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Editora Paz e Terra.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). *Área territorial brasileira 2020*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2020*. Rio de Janeiro: IBGE. (2020).
- Mendes, R., Pezzato, L. M., & Sacardo, D. P. (2016). Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 1737-1746. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/gh6S94VJjgcL75Ms7GNkV7t/abstract/?lang=pt>
- Negreiros, F. R. N. de, Ferreira, B. de O.; Freitas, D. de N., Pedrosa, J. I. dos S., & Nascimento, E. F. do. (2019). Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(1), 23–31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1rb20180075>
- Prodanov, C., Cristiano, C.; & Freitas, E. (2013). *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. Ed. FEEVALE: Novo Hamburgo.
- Ramacciotti, B. L. (2019). A construção do conceito de minorias sua relevância para a formulação de políticas públicas e direitos protetivos. In *IV Congresso Internacional UNIFIEO: métodos do caso e direitos fundamentais: proteção das minorias e grupos vulneráveis na América Latina* (pp. 62-67).
- Rocha, M. L. D., & Aguiar, K. F. D. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: ciência e profissão*, 23, 64-73. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/pcp/a/XdM8zW9X3HqHpS8ZwBVxpYN/abstract/?lang=pt#>
- Fernandes Sampaio, A., Araújo Souza, K. C., & Lopes Fernandes, A. C. (2019). Trans. formando-se: a educação popular na construção de saberes sobre saúde da população trans. *Revista de Educação Popular*, 18(2), 229–251. Disponível em:
<https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/47100>
- Toneti, B. F., Avelar, J. M. D. P., Sousa, F. H., Toneti, A. N., Sonobe, H. M., & Sawada, N. O. (2019). O significado de uma terapia integrativa de relaxamento guiado para mulheres com câncer de mama. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/FDqMbRXbgLxFkSrnjBT6Bjx/?lang=pt>

DIREITOS HUMANOS, RACISMO INSTITUCIONAL, SAÚDE BUCAL E A INTEGRALIDADE DO CUIDADO: O DIREITO À SAÚDE DE GESTANTES E PUÉRPERAS.

Rose Mari Ferreira

Alcindo Antônio Ferla

Introdução

O debate em torno de temáticas que remetem aos direitos humanos é uma pauta civilizatória do nosso tempo, onde desigualdades e injustiças têm sido naturalizadas e se expressam como iniquidades, injustiças, violências, adoecimentos e mortes. A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi firmada pelos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) em dezembro de 1948, que dá o tom de “humanos têm direito de ter direitos”, só para tomar um marco relevante no debate, parece estar a décadas a frente do nosso tempo, e não o contrário. Mas há 74 anos a temática já tinha visibilidade e condição institucional para emergir como declaração para mobilizar a agenda dos países participantes do Sistema das Nações Unidas. Há inúmeros avanços, nesse período, mas a Declaração e a mobilização que produziu não tiveram capacidade de evitar retrocessos. No Brasil, nos últimos seis anos, a evidência de retrocessos dá visibilidade às estatísticas de mortes motivadas pela negligência das políticas públicas, pelo patrocínio discursivo de uma condição necropolítica de visibilidade inédita, pelo gozo no exercício de poder em relação aos sexos, às condições étnicas, à pobreza e, de forma geral, à ganância predatória com que setores da sociedade se relacionam com o entorno social, natural e produtivo.

Em uma produção acadêmica relativamente recente (Ferreira & Ferla, 2022), a mobilização para nos embrenharmos nessas temáticas foi as fortes evidências de racismo institucional na atenção à saúde das mulheres no ciclo gravídico puerperal. Um registro para não incorrerem em contradição: não nos deparamos com essa questão no campo empírico, mas a condição de maternidade não é exclusiva das mulheres, inclusive a gestação, que pode ser desenvolvida em corpos de homens trans. Naquele momento a questão foi marcada pela associação entre mulheres e gestação.

Racismo institucional pode ser conceituado como o resultado do funcionamento de instituições que atuarão em uma lógica que se estabelece em função da raça, e que vai conferir privilégios para alguns e desvantagens para outros segmentos de uma população (Almeida, 2019).

Não havia um interesse genérico e difuso na temática da pesquisa de mestrado, senão uma formulação que acompanhava a prática profissional desde a formação como cirurgiã-dentista, no encontro com a produção intelectual do orientador, nesse caso, fortemente, a base epistêmica e política da integralidade na saúde. Por isso, o marcador empírico da pesquisa foi a saúde bucal da gestante. Em relação à saúde bucal, podemos dizer que o período da gestação é um momento propício para que sejam analisadas várias dimensões do cuidado. As gestantes demonstram durante esse período, aumento no interesse em assuntos que envolvam a saúde do bebê e perspectivas de cuidados que podem ser compartilhadas pela equipe no acompanhamento do pré-natal. As ações de cuidado ofertadas no período do pré-natal traduzem a noção de integralidade que está vigente no trabalho dos serviços, ou que não está e que, portanto, demonstra déficit no cuidado.

A integralidade, que está registrada na Constituição Brasileira de 1988 (Art. 198) (Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, 2013) como diretriz para o sistema de saúde, desafiando a integração entre a assistência às doenças e a prevenção e proteção da saúde, também compõe uma categoria de análise dos estudos em saúde coletiva, não como conceito ideal weberiano, mas como “ideia força”, que vem renovando os conhecimentos e práticas (Mattos, 2004). Nessa perspectiva, a dimensão estética do cuidado, relativa ao que fazer e como fazer na atenção às pessoas, está muito relacionada à participação das próprias pessoas e coletividades (Ferla, 2004), interseccionando as duas diretrizes do SUS em um debate ético e político relevante para refletir sobre as práticas de cuidado no interior de sistemas e serviços de saúde e em cada território.

Ao colocar a configuração da atenção e do cuidado em tensão, permite gerar movimentos do pensamento e das práticas, que alcançam novos platôs de capacidade resolutive e novas configurações em termos de saberes e práticas. Portanto, também é um bom dispositivo para analisar o trabalho complexo (Mattos, 2004; Ferla, 2021) que se desenvolve na atenção básica, sempre referida às relações de atenção à saúde em um território onde a vida acontece.

Dessa forma, o objetivo geral do estudo original, que foi revisitado para compor esse capítulo, foi de analisar a integralidade da atenção no cuidado em saúde bucal das gestantes atendidas no pré-natal, a partir das informações sobre o cuidado relatadas pelas próprias mulheres. Os objetivos específicos foram de analisar a influência de marcadores sociais raça, cor, classe social, escolaridade no cuidado integral da gestante em atendimento no pré-natal; identificar quais os fatores dificultam o acesso ao cuidado odontológico durante o pré-natal; identificar se as gestantes em pré-natal recebem orientações de saúde bucal para ela e para o seu bebê; analisar como outros profissionais que participam da assistência ao pré-natal acolhem as queixas odontológicas e fazem os encaminhamentos durante o pré-

natal; compreender como mitos e crenças influenciam na busca de acompanhamento odontológico no pré-natal. O estudo original compôs uma dissertação de mestrado em saúde coletiva (Ferreira, 2021).

Para a elaboração deste capítulo, que apresentamos como ensaio teórico e empírico, retomamos parte do material gerado na pesquisa de mestrado, adensando aspectos que permitem, ao mesmo tempo, diálogos com a temática geral dos direitos humanos, da saúde e das populações vulnerabilizadas.

Metodologia

Como se registrou, este capítulo tem um desenho de ensaio teórico e empírico, com base em dados empíricos do estudo anterior (Ferreira & Ferla, 2022). O estudo original teve um delineamento qualitativo, realizado com as gestantes e puérperas residentes em dois bairros diferentes da cidade de Alvorada, localizada na região metropolitana de Porto Alegre/RS. Foram entrevistadas 4 mulheres negras (pretas e pardas), 1 mulher indígena e 2 mulheres brancas. As mulheres participantes da pesquisa foram contatadas pela rede de apoio com a qual a pesquisadora teve colaboração: agentes comunitárias de saúde das duas unidades de saúde e amigos da fruteira, situada no entorno de uma das unidades de saúde - local em que a pesquisadora exerceu atividades durante anos.

A cidade de Alvorada tem população de aproximadamente 212.000 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2021). Um dos bairros que foi feito o recrutamento de gestantes para o estudo original, o Jardim Aparecida, está situado na periferia da cidade, com a segunda maior população do Município, local de alta vulnerabilidade social, com características bastante urbanas. O outro bairro, Nova Alvorada, localiza-se em uma área com características do rural, com uma população que apresenta características diferentes das que se localizam em áreas mais urbanas, como chegar até a unidade de saúde usando bicicletas ou utilizando-se de carroças.

Para a coleta de dados foram utilizados a entrevista com roteiro semiestruturado, o questionário com dados sociodemográficos e o caderno de campo com anotações da pesquisadora. As entrevistas aconteceram no período de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021 (em vigência da pandemia causada pelo vírus SARSCOV-2, COVID-19). Em todas as entrevistas foram seguidas rigorosamente as estratégias de distanciamento físico, uso de máscaras faciais, uso de álcool em gel para higienização de mãos e desinfecção de canetas utilizadas no preenchimento dos dados das entrevistadas.

A análise interpretativa dos dados utilizou-se da análise temática (Minayo, 2017) com a construção de categorias teóricas e empíricas. Para esse texto, selecionamos a

categoria teórica Racismo Institucional e a categoria empírica Medo em diversas situações: COVID-19 estabelecendo medo de não ter acompanhante.

Em comum acordo para preservar o anonimato, pesquisadora e entrevistadas concordaram em usar como pseudônimos, nomes de flores. Dessa forma, falaremos sobre Petúnia, Tulipa, Jasmim, Hortêncica, Magnólia, Camélia e Amarílis.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, conforme Parecer Consubstanciado do CEP: CAAE: 2 37325120.0.0000.8024, Número do Parecer: 4.377.128.

A atenção ao pré-natal

Está previsto nas orientações do Ministério da Saúde contidas no Caderno de Atenção ao pré-natal de baixo risco que sejam realizadas consultas com a gestante, de acordo com a seguinte proposta: 6 consultas é o número mínimo de consultas preconizado durante o acompanhamento; essas consultas poderão ser realizadas, intercalando-se os profissionais assistentes entre médica(o) e enfermeira(o). Considerando-se as possibilidades, as consultas devem ser realizadas até a 28ª semana – mensalmente; Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; Da 36ª até a 41ª semana, com periodicidade semanal (Ministério da Saúde, 2012). Essa orientação coloca a saúde bucal como parte da saúde das mulheres gestantes, como parte do trabalho dos agentes da atenção básica de incluir e qualificar as ações ofertadas no âmbito dos percursos assistenciais que se iniciam em cada território e como tradução do direito de todas as mulheres e de cada uma das gestantes que habitam os territórios de abrangência dos serviços de saúde e dos sistemas locais de saúde. Não se trata apenas de um registro formal no documento oficial.

Em 2005, a Lei Federal nº. 11.108 (2005), garantiu às gestantes “o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto, no âmbito do SUS” (Lei n. 11.108, 2005). Também conhecida como Lei do Acompanhante, determina que este acompanhante será indicado pela gestante, podendo ser o pai do bebê, o parceiro atual, a mãe, um(a) amigo(a), ou outra pessoa de sua escolha. A Lei aplica-se tanto para parto normal quanto cesariana e a presença do(a) acompanhante não pode sofrer impedimento por qualquer membro da equipe de saúde ou do hospital, como também não deve haver exigências quanto à participação do(a) acompanhante em algum tipo de capacitação ou formação.

A presença do acompanhante foi prevista para apoiar a gestante/puérpera no momento do contato com o serviço de saúde, compreendendo que as necessidades da mesma são mais amplas do que os aspectos fisiológicos envolvidos no parto e que a

experiência de contato com os serviços de saúde não é ergonômica com os modos de andar a vida. O choque de culturas do serviço e da comunidade à qual a gestante está inserida pode ficar atenuado com o apoio de um acompanhante. A lei, ao incluir o direito ao acompanhante escolhido pela gestante, coloca na agenda das políticas públicas o reconhecimento de déficits de qualidade nas relações de cuidado ao parto, que podem ser equalizados com a presença de um terceiro, que pertença às relações da gestante.

Durante o período gestacional, podem ser evidenciadas diversas alterações de ordem sistêmica e emocional. É um bom momento para estimular bons hábitos, já que a mãe tende a desejar o melhor para seu bebê. A saúde bucal é parte integrante da saúde geral das pessoas e coletividades. Os atendimentos odontológicos no período gestacional podem e devem ser realizados com a atenção devida pelos profissionais e serviços, considerando-se o período gestacional que a gestante se apresenta. Durante a gestação, as mulheres podem estar mais interessadas em aquisição de novos conhecimentos, principalmente àqueles relacionados com a saúde do bebê. Torna-se, portanto, um momento em que hábitos relacionados à saúde podem ser trabalhados com maiores possibilidades de serem incorporados aos já conhecidos (Lampert & Bavaresco, 2017).

De acordo com Oliveira et al. (2014), mudanças fisiológicas que ocorrem durante o período gestacional podem gerar alterações no organismo, inclusive sobre a cavidade bucal. Podem ser observadas, em algumas gestantes, aumento da salivação, náuseas, enjoos e alterações sobre os tecidos moles dos dentes (Oliveira et al., 2014). A salivação excessiva e a “Síndrome da Perversão do Apetite”, que é constituída pelo aumento da frequência alimentar e um acréscimo do apetite por alimentos açucarados, podem ocorrer e acarretar o aumento do nível de bactérias cariogênicas (Moreira et al., 2015). A ansiedade e o medo de sentir dor, por parte das gestantes, podem ser motivos para a não realização de atendimento odontológico (Assunção & Miguel, 2015).

Por outro lado, as dimensões técnicas e biofisiológicas do período da gravidez não esgotam as condições de complexidade da existência feminina e, portanto, não configuram completamente suas necessidades de cuidado. Entre essas dimensões que são tornadas visíveis pela análise da integralidade, estão os aspectos culturais e os saberes das pessoas e comunidades, que podem ser parcialmente representados por mitos e crenças. Pesquisas já realizadas evidenciaram que dúvidas em relação ao tratamento odontológico ser realizado durante a gestação persistem no imaginário das pessoas entrevistadas. Dentre essas crenças encontra-se o medo de a gestante realizar extração dentária e, em função desse procedimento, sofrer hemorragia e perder o bebê; crença de que a gestante não pode ser submetida à anestesia local e que não pode fazer radiografia dentária (Codato et al., 2011). Foram demonstrados pelos resultados dessas pesquisas que as gestantes têm pouca informação sobre fatores biológicos que podem influenciar na saúde bucal e que carregam

concepções fortemente ligadas à cultura popular no que se refere às doenças bucais e gestação, assim como a possibilidade de realizar tratamento odontológico neste período (Cabral et al., 2013).

No âmbito da pesquisa, nos interessa analisar crenças e medos das gestantes, do desencontro entre boas práticas de atenção e o cuidado objetivamente ofertado para as gestantes, mas também para duas condições que são anteriores e mais abrangentes da condição de gestante: a condições feminina e racial da mulher que busca cuidados, ambas com grande capacidade de subjetivar suas vidas e constituir sentidos para a gestação e para o cuidado nesse período. A gestação é uma experiência existencial singular, que não se resume às transformações fisiológicas e biológicas do corpo físico da mulher. E as alterações do corpo físico da mulher tampouco são universais, mas bastante singulares. O cuidado que pretenda a integralidade não naturaliza o corpo e a gestação e, ao contrário, dialoga com os processos de singularização da experiência, de tal forma que sejam capazes de potencializar a saúde.

A condição feminina que constitui as necessidades de saúde das mulheres é mais ampla e complexa do que sua capacidade reprodutiva, uma que envolve as dimensões do trabalho doméstico e a vida profissional, o cuidado à família e a negação de suas próprias necessidades, uma condição de submissão aos personagens masculinos na vida doméstica, no trabalho e na sociedade, além da naturalização do feminino na condição biológica. No contexto atual, essas condições que associam o feminino e as necessidades de saúde seguem atuais, e a conexão entre saúde bucal e gestação tem essa marca inicial, mas envolvem outras dimensões, como a violência de gênero, a violência étnico-racial, que se expressam em graus variados de preconceito, das desigualdades nas condições de acesso e do andar a vida à violência física e assassinato.

No que se refere à condição étnico-racial, o pensamento colonial e a naturalização do racismo, que alcança uma dimensão estrutural na sociedade, atravessa o “mundo” do conhecimento e das práticas cotidianas (Alves & Alves, 2020). Há muitas dimensões do feminino em jogo também quando se trata da gestação e essas dimensões são chamadas à cena pela categoria analítica da integralidade da saúde.

Resultados e Discussão

Para iniciarmos as discussões, iniciamos apresentando alguns conceitos. De acordo com o intelectual e filósofo Silvio Almeida, Racismo Institucional “é o resultado do funcionamento das instituições que passam a atuar em uma dinâmica que confere ainda que indiretamente, desvantagens, privilégios com base na raça” (Almeida, 2019, p. 37).

Quando abordamos o racismo praticado em instituições que prestam serviços de saúde, apontamos para as ações que ocorrem nessas instituições, que ofertam seus serviços de maneira diferente à população, baseados na cor da pele dessas pessoas. Jurema Werneck aponta que o racismo institucional “possivelmente é a dimensão mais negligenciada do racismo, desloca-se a dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais” (Werneck, 2016, p. 541). Essa é uma constatação que se tornou muito visível nos depoimentos das participantes do estudo.

Tulipa e Petúnia são duas mulheres negras que relataram ter sofrido situações de racismo durante o acompanhamento do pré-natal nos serviços de saúde. A gestante Tulipa relatou que estava sofrendo com dor de dente e quando relata à médica obstetra que a estava acompanhando no pré-natal, ouviu a seguinte resposta: “[...] Tu tá gestante e não posso fazer nada! Tu tá assim, com dor de dente porque está com diminuição de cálcio. E não pode fazer RX, nem tomar anestésias!”.

Embora o conceito de violência obstétrica ainda esteja em formação, aqui apontamos o que nos trazem as autoras D’Oliveira, Diniz e Schraiber (2002, p. 1681) como sendo a violência contra mulheres nas instituições de saúde e classificam essa violência como “negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e violência sexual (assédio sexual e estupro)”.

A situação de violência obstétrica revela que, além de ter sido negado à gestante o direito de ter sido encaminhada para o serviço de Odontologia, em que ela poderia ter tido atendimento para aliviar as dores relacionadas aos dentes, ainda recebeu informações que não encontram suporte científico.

No caso de Tulipa, que foi vítima de violência obstétrica revelada também na forma de não oferecer atendimento odontológico durante sua gestação, ao contrário da informação que recebeu no serviço de saúde, diversas pesquisas apontam para a realização de procedimentos odontológicos no período gestacional como uma prática segura de produção de saúde. As tomadas radiográficas podem e devem ser realizadas durante o período gestacional, obedecendo às normas de segurança, quais sejam, realização de radiografias utilizando equipamentos de proteção individual – avental de chumbo, protetor de tireóide e filmes radiográficos odontológicos de processamento ultrarrápidos (Codato et al., 2011). Em relação ao uso de anestésias dentárias durante a gestação, a literatura evidencia a segurança no uso dos anestésicos, que poderão proporcionar maior conforto à gestante durante a realização de procedimentos odontológicos (Wannmacher & Ferreira, 2013).

Petúnia, uma das mulheres negras entrevistadas, nos relata que quando sua gestação estava completando 40 semanas, dirige-se até um hospital geral da capital do Estado do RS, com o objetivo de realizar o parto através de uma cesariana. Relata que já estava cansada e muito preocupada com a gestação e ela diz para o médico:

[...] eu tenho medo que o bebê entre em sofrimento.. que o primeiro já tinha passado por uma coisa parecida lá, o primeiro eu ganhei no hospital XX...que ficaram naquela função de “ganhar dilatação”...aí eu não ganhei, aí depois foi uma cesárea de emergência e ele (o primeiro bebê) acabou tendo que ir para o balão... aí ele me disse que não, que é com 41 semanas que eles iriam fazer o parto...que é uma norma do SUS, não entendi muito, mas tudo bem.

Petúnia manifesta sua preocupação como gestante e o conteúdo de sua fala está embasado em seu direito de ser acolhida e atendida dentro dos princípios estabelecidos em vários manuais de atendimento à gestante, encontrados amplamente na literatura. E ouviu a seguinte colocação do médico que está realizando o atendimento “olha mãezinha, se tu chegar aqui e não tiver dilatação, quando for o retorno, tu pode optar pela cesárea, que tu já vai tá no final, já passando tempo, então tu pode optar por uma cesárea...[...]”. O entendimento que foi possível ao profissional do que foi verbalizado pela gestante reduziu-se apenas à autoridade para tomar a decisão sobre a realização ou não de um parto cirúrgico. Não foi compreendido como situação que traduz a necessidade de tranquilizar e informar à mãe sobre riscos e benefícios das modalidades de parto e da condição do bebê.

Ela retorna para uma consulta já com 41 semanas, relata que está em atendimento na emergência do hospital e que seu desejo era de que fosse feita uma cesárea. Falou que estava já no final da gestação e que o fato de ainda não haver sido decidido realizar a cesárea a estava deixando ansiosa

[...] eu fiquei muito ansiosa na gravidez...porque eu não tive dilatação na primeira gravidez, foi cesárea...eu já vinha conversando com o médico do posto que provavelmente, ele disse pra mim... que provavelmente eu não teria dilatação de novo... que seria uma cesárea...e aí a gente chega no hospital passa isso para o médico e ele diz que não, que a avaliação é deles...e que cada gravidez é diferente da outra...

Quando foi oportunizado, Petúnia falou à médica que a estava acompanhando naquela consulta, que entendia que era exaustivo estar ali no hospital, na situação de pandemia instalada, que os profissionais estavam colocando suas vidas em risco, mas que

ela, gestante, não tinha culpa disso. Estava se sentindo fragilizada, são várias consultas em que ela estava manifestando seu desejo de que seja feita a cesárea. E ao pronunciar essas palavras, a médica a dirige o olhar para ela e fala: “Porque eu estou aqui trabalhando desde às 7h da manhã!”. Ao ouvir o pronunciamento da médica, Petúnia sente-se muito incomodada e questiona a médica com a seguinte fala: “Tá e tu tá querendo dizer o que com isso? Que eu não trabalho? Que eu não tenho mais nada para fazer? Tu tá trabalhando desde às 7h e tá sendo paga prá isso!”.

E a gestante relata que teve que falar isso, pois são tantas as ofensas que teve que ouvir que nesse momento, não lhe ocorreu outra forma de responder/reagir ao comentário agressivo feito pela médica. A projeção do argumento sobre a gestante dá o tom de um preconceito que também envolve outras condições, mas que está precisamente centrado na assimetria do trabalho realizado pela profissional e pela condição da gestante. Invertendo o foco do cuidado.

É possível tentar compreender que a médica poderia ter dito essa frase no sentido de que ela, médica, também estava cansada, pois a rotina da emergência de um hospital geral de grande porte, localizado na capital do Estado do Rio Grande do Sul, costuma ser estressante. Entretanto, de acordo com a gestante, o tom que foi dado a esse comentário, somado a outras falas da mesma médica, foram ofensivos. Não há justificativas para o tratamento com violência verbal para nenhum usuário, sobretudo quando se trata de um contexto onde a necessidade de cuidados da gestante é sabido, visível e embasado nos protocolos e rotinas.

E considerando que a gestante é quem está em situação de vulnerabilidade pela condição atual em que se encontra. Os profissionais de saúde são aqueles que detêm o conhecimento para identificar as situações em que podem ou não proferir determinados comentários, e preservando a relação de cuidado que deve estar estabelecida, se devem ou não fazer comentários.

Em relação à categoria empírica Medo em diversas situações: Covid-19 estabelecendo medo de não ter acompanhante, todas as entrevistadas manifestaram medo de não ter a possibilidade de ter acompanhante principalmente durante o parto e pós-parto imediato.

De acordo com o relato de Jasmim, que foi orientada a realizar uma ultrassonografia solicitada pela médica da unidade de saúde em que realiza o pré-natal, ao agendar dia e hora para o exame em uma clínica privada, foi proibida de ter acompanhante e, também, proibida de gravar as imagens, desejo que ela nutria para poder mostrar as imagens ao pai do bebê. Ao ser indagada sobre a possibilidade de seu marido ser o acompanhante do pré-natal, Jasmim nos conta que

[...] porque ele já não podia ir por causa da pandemia... todos os lugares estavam evitando, que não podia ter acompanhante... daí ele ficava triste... como que não posso... ele dizia? " posso sim acompanhar, é lei" e eu dizia: " não pode"... daí eu gravava e trazia pra ele... todas as gravações... Só uma que não pude, tava esperando, foi bem no dia em que eu ia saber o sexo... daí depois que terminou a consulta... a médica deixou eu tirar uma foto... que ela parou a imagem pra mim e disse: tira uma foto! pra trazer para mostrar que era menino [...]

Pelo relato, se evidencia que, desrespeitando completamente a Lei nº 11.108 (2005), também conhecida como Lei do Acompanhante (Lei n. 11.108, 2005), não considera o direito da gestante em ter o pré-parto, parto e pós-parto vivenciado com a presença do acompanhante. O fato de estarmos em condições especiais de atendimento nos serviços de saúde, como medida de enfrentamento à pandemia nas condições que o fazemos no Brasil, não autoriza o uso do argumento como sentença. A condição relatada apenas evidencia a dificuldade de diálogo que os serviços têm com as mulheres gestantes, sobretudo negras e residentes em periferias urbanas, onde parece materializar-se frequentemente uma lógica em que o argumento técnico sempre se expressa como exercício de poder e com efeito de constranger o direito à saúde e à vida. Trata-se da mais evidente expressão de racismo e preconceito institucionalizado.

Amarílis relatou que foi necessário realizar uma internação hospitalar de urgência e conversa sobre o medo que sentiu, por ficar sozinha durante o período da internação. Relata que, por ter apresentado um quadro de crise hipertensiva, precisou ser atendida em nível hospitalar. Como estava gestante, ficou alojada na área do hospital em que gestantes ficam na sala de observação antes do parto. Testemunhou casos em que gestantes foram impedidas de ter acompanhantes. Ela diz:

[...] pois é... eu fui no hospital na semana passada... fiquei o dia inteiro quase e o outro. Dois dias depois eu tive que ir de novo por causa da pressão e fiquei o dia inteiro ... aí vi que eles estavam chamando só ali... na hora que a mãe já tá na observação, com o bebê já... eu vi que elas estavam chamando o pai só que já tinha até nascido... eu até fiquei meio assim, né? Mas é tão ruim ficar sozinha, ainda mais que é o primeiro... ele queria participar [...]

Tulipa nos relata sua apreensão quanto à possibilidade de não poder contar com um acompanhante durante essa gestação, principalmente na hora do parto. Revela que na primeira gestação pode contar com a companhia de sua mãe e depois do marido, mas que nesse momento pandêmico nos fala

[...] estou apavorada! por conta do Covid, da pandemia... é porque a gente fica preocupada... também essa função de ir para o hospital, volta... não sei o que vai ser... e meu sobrinho que tá com 7 dias, a mãe do bebê não pode ficar com acompanhante porque o hospital não permitiu [...]

A Lei 11.108 (2005) – Lei do acompanhante - assegura à gestante a presença de um acompanhante de sua escolha durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato. Há uma deficiência na comunicação entre instituições que prestam serviços de saúde, especificamente aqui colocados os serviços de acompanhamento ao pré-natal, parto e situação pós-parto e as mulheres gestantes que procuram atendimento, bem como deficiência de informações aos acompanhantes dessas mulheres.

O relato das mulheres também aponta para uma deficiência de informações por parte dos profissionais que acompanham a assistência ao pré-natal. A integralidade da atenção no cuidado durante a gestação parece estar caminhando em direções não paralelas com as atitudes dos profissionais, aqueles que exatamente por estarem diretamente relacionados a esses cuidados, atuam de forma a produzir violências. O que se quer destacar aqui não é a possibilidade ou impossibilidade produzida no contexto da pandemia, mas a naturalização de que um problema técnico (o eventual risco de contágio com a presença de uma pessoa adicional no cenário do parto, que não é menos necessária e está assegurada pela lei) é mais relevante do que um problema assistencial (no caso, a segurança e o conforto da mulher parturiente).

No relato das mulheres, pode ser observado o medo que aparece em vários momentos no discurso. Em relação ao coronavírus, o medo provocado pela pandemia está provocando mudanças nos atendimentos de assistência ao pré-natal. Como consequência, alguns hospitais estão negando o direito garantido por lei, de a gestante ter a presença do acompanhante de sua escolha nos momentos que antecedem o parto, durante o parto e na fase pós-parto.

Considerações finais

Os resultados dessa pesquisa puderam colocar em evidência a atenção à saúde como mais do que somente satisfazer as necessidades de saúde apresentadas pelos usuários/as. A atenção à saúde e a satisfação das necessidades relacionadas ao cuidado em saúde se apresentam como marcador avaliativo da justiça social e, ainda mais, da qualidade do cuidado recebido nos serviços. Evidenciou-se que o racismo é um dos componentes da violência obstétrica, considerando o relato das mulheres negras e a violência que sofreram. Ambas as condições atingem o debate dos direitos humanos pela negação e silenciamento.

A interseccionalidade entre gênero, raça e pobreza é bastante visível no déficit de qualidade do pré-natal, que fratura a integralidade preconizada na legislação, mas também no silenciamento das mulheres diante do sistema de saúde, condição elementar para materializar a participação no cuidado. Ao tempo em que essa condição fratura a qualidade necessária e devida às mulheres no ciclo do pré-natal, parto e puerpério, também asfixia o direito à saúde das mulheres, de forma distinta, o que também retira delas a condição de pessoa humana que tem direito a ter direitos.

Os relatos densos e intensos das mulheres também demonstraram que o cuidado em saúde, assim como os serviços onde o mesmo se realiza, devem estar abertos à escuta sensível das histórias e dos percursos de vida das pessoas sob cuidado, constituindo uma dimensão micropolítica da diretriz constitucional da participação das pessoas no sistema de saúde. Não apenas para compreender as condições em que se produz a saúde e as necessidades de cuidado, senão também para compreender as diferentes dimensões do direito à saúde que podem ser supridas no contato com profissionais e serviços de saúde ou, como acontece nas situações de violência de gênero ou racial, na produção de redes intersetoriais de atenção. A violência e o preconceito constituem-se em condicionantes da situação de saúde de pessoas e coletividades e, portanto, deve ser abordado e investigado no atendimento à saúde, em busca de sinais que demonstrem sua ocorrência, seja no domicílio, nos espaços de convívio territorial ou nos atendimentos prévios nos serviços de saúde.

A necessidade de que sejam realizados programas de educação permanente para os profissionais de saúde, com enfoque em orientações de saúde bucal no período gestacional e com enfoque nas Relações étnico raciais foi um dos apontamentos que essa pesquisa pode evidenciar. Sugere-se que esses dois enfoques estejam presentes na formação (graduação) dos profissionais de saúde, como também nos cursos de pós-graduação tanto na área da saúde como em outros programas.

A pesquisa realizada não torna o assunto esgotado. Sugere-se que investigações sobre os cuidados com saúde bucal durante a gestação sejam realizadas, assim como também sejam realizadas pesquisas que enfoquem nas relações étnico raciais e suas implicações com o cuidado em saúde.

A realização de pesquisa em saúde na Atenção Básica configura-se como um ato político, possibilitando a compreensão de diversas dimensões do cuidado. Essas dimensões abrangem a opinião das usuárias, principalmente as mulheres negras que acessam os serviços de saúde. A intelectual negra Grada Kilomba (2019) pontua que nós mulheres negras, quando fazemos pesquisas, nos tornamos as sujeitas dessa pesquisa, posição que se opõe ao modelo racista em que pessoas negras são colocadas como objeto de pesquisa.

Referências

- Almeida, S. L. de (2019). Racismo estrutural. Carneiro; Pólen.
- Alves, M. C. & Alves, A. C. (Org.) (2020). Epistemologias e metodologias negras, descoloniais e antirracistas. Rede Unida. (Série Pensamento Negro Descolonial). <http://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Livro-Epistemologias-e- Metodologias-Negras-Descolonias-e-Antirracistas-1.pdf>.
- Assunção, A. C. & Miguel, D. A. (2015). Assistência odontológica a gestante e lactante com ênfase no tratamento endodôntico. 26f. [Monografia Especialização em Endodontia]. Instituto de Estudos da Saúde Sérgio Feitosa. <https://www.iesposgraduacao.com.br/assets/downloads/2dceb3de5166919254d1d9154cb8f8d6.pdf>.
- Cabral, M. V. B. & Santos, T. S. S. (2013). Percepção das gestantes do Programa de Saúde da Família em relação à saúde bucal no município de Ribeirópolis, Sergipe, Brasil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 160-167. reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0870902513000333?token=32C13EA0545FF5659C2CCC22826CB327C2247FE2A5ED6BCA4292DD424A435D6B9001D178EBE00BCC2ABC6998612EF9B9&originRegion=us-east-1&originCreation=20230105194545.
- Codato, L.A.B., Nakama, L., Cordoni Júnior, L. & Higasi, M.S. (2011). Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4) 2297-2301. <https://www.scielo.br/j/csc/a/Q8mF4PJdb6mnpjKbzcPf6C4z/?lang=pt>.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (2013). Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 76/2013, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/1994. Centro de Documentação e Informação. http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html.
- D'Oliveira, A. F. P. L., Diniz, C. S. G. & Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health care institutions: an emerging problem. *Lancet*, 359(11), 1681-1685. http://www.hu.usp.br/wp-content/uploads/sites/748/2020/07/SH_6.pdf.
- Ferla, A.A. (2004). Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. *Physis*, 14(1), 85-108. <https://www.scielo.br/j/physis/a/Q4JbpfQLv7JhCs7skCWGWBF/?lang=pt>.

- Ferla, A.A. (2021). Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no Ensino da Saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. *Saberes Plurais: Educação na Saúde*, 5(2), 81-94.
<https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/119022/65813>.
- Ferreira, R.M. & Ferla, A.A. (2022). Cartilha de saúde bucal na gestação: direito e qualidade da saúde como produção compartilhada com as gestantes. *Saberes Plurais: Educação na Saúde*, 6(1) (supl.), 50.
<https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/122711>.
- Ferreira, R.M. Gestação e Saúde bucal como encontro para a integralidade: o que nos dizem as gestantes de um município gaúcho. Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 165, 2021.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). Alvorada.
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/alvorada/panorama>.
- Kilomba, G. (2019). Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano. *Cobogó*.
- Lampert, L. & Bavaresco, C. S. (2017). Atendimento odontológico à gestante na atenção primária. *RSC online*, 6(1), 81-95.
<https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/169/165>.
- Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. (2005). Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
- Mattos, R.A. (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, 20(5), 1411-1416.
<https://www.scielo.br/j/csp/a/4fSwnHx3nWnW49Tzq8KZLKj/?lang=pt&format=pdf>.
- Minayo, M.C.S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 01-12.
<https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>.
- Ministério da Saúde. (2014). Humanização do parto e do nascimento. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Cadernos Humaniza SUS, v. 4).
https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf.

- Ministério da Saúde. (2012) Atenção ao pré-natal de baixo risco. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica, v. 32). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
- Oliveira, E.C., Lopes, J.M.O., Santos, P.C.F. & Magalhães, S.R. (2014). Atendimento odontológico a gestantes: a importância do conhecimento da saúde bucal. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde*, 4(1), 11-23. <http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/viewFile/1550/1210>.
- Wannmacher, L. & Ferreira, M.B.S. (2013). *Farmacologia clínica para dentistas*. 3. ed. Guanabara Koogan.
- Werneck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc.*, 25(3), 535-549. <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?lang=pt&format=pdf>.

AS FRONTEIRAS PARA O CUIDADO DOS/AS IMIGRANTES EM CHAPECÓ-SC: DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Cláudio Claudino da Silva Filho
Heric Carvalho Vieira
Letícia Variani

Contexto dos e das imigrantes

A priori, é imperioso afirmar que as migrações territoriais podem, na medida do possível, ser entendidas como uma condição possível do sujeito que, mediante seu movimento de exílio, põe em vigor uma abertura radical e primária à alteridade (Rosa et al., 2009). De fato, o fenômeno supracitado é um processo, salvaguardando sua complexidade, que tem etiologia social, política, econômica e subjetiva, visto que promove uma nova relação com o território e, por consequência, os novos laços terão as marcas desses processos (Rosa et al., 2009). Nesse sentido, Martins (1984, p. 45), professor titular aposentado do Departamento de Sociologia e Professor Emérito da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, retrata, de maneira singular, o ato de migração como:

[...] mais do que ir e vir – é viver em espaços geográficos diferentes... é ser duas pessoas ao mesmo tempo... é viver como presente e sonhar como ausente. É ser e não ser ao mesmo tempo; sair quando está chegando, voltar quando está indo... É estar em dois lugares, ao mesmo tempo, e não estar em nenhum. É até mesmo, partir sempre e não chegar nunca.

Desse ponto, é impreterível ressaltar que a experiência migratória é mediada por inseguranças no que se refere, sobretudo, ao porvir, à fragilização de laços familiares, de referenciais culturais e aos estranhamentos nas relações sociais no cotidiano (Pereira, 2018). É legítimo afirmar que essas inseguranças provocam uma série de mal-estar que atinge diretamente o processo de saúde-doença (Pereira, 2018). Por isso, faz-se mister promover investigações sobre a temática, visto que essa experiência relativa à migração internacional que ocorre no Brasil trata-se de um campo de estudo para as ciências sociais e humanas em saúde, sendo esta o foco desta investigação (Martin et al., 2018).

Nesse cenário, a partir da atuação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no Centro de Saúde da Família (CSF) Jardim América, localizado em Chapecó, Santa Catarina, foi possível observar tais acontecimentos. Tendo em vista que o projeto supramencionado tem como pressuposto a educação pelo trabalho, tendo como predicativo o instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, promovendo a inserção das necessidades dos serviços mediante fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino, a presente reflexão faz-se necessária (Ministério da Saúde, 2010).

O atual projeto tem a intenção de consolidar a integração ensino-serviço-comunidade na Rede de Atenção à Saúde a partir da continuidade da parceria interinstitucional entre Secretaria de Saúde de Chapecó (SC), UFFS, Udesc e Unoesc. Para isso, atua na formação interprofissional em saúde sobre, com, e para o SUS, qualificando a assistência e fortalecendo a gestão nos serviços de saúde. As atividades realizadas pelos petianos foram, por exemplo, usuário sombra e profissional sombra, que se tratam, sumariamente, de oportunidades de observação in loco da realidade do CSF supracitado. Essa atividade permitiu a captura de elementos, tendo em vista que o CSF Jardim América tem o número expressivo de 1300 imigrantes assistidos, fundamentais para refletir sobre os desafios e as possibilidades da promoção da saúde para essa população.

Nesse sentido, o objetivo geral deste capítulo é analisar os desafios e as possibilidades para o Sistema Único de Saúde (SUS), no contexto em que o programa está inserido, para efetivação do cuidado com equidade, integralidade e humanização para a população aqui referida. Ademais, intenta-se produzir contribuições sobre aspectos empíricos e conceituais relativos aos processos migratórios internacionais e a atuação de cuidado em saúde pelos dispositivos responsáveis, considerando o comprometimento dessa área com os direitos humanos.

Para tanto, é imperativo destacar que o município de Chapecó abriga cerca de 9.652 imigrantes, de 47 nacionalidades diferentes (Secretaria de Saúde de Chapecó, 2022). Válido reiterar que, com o intuito de atender a esta população e suas diferentes demandas, a cidade conta com o Centro de Atendimento aos Imigrantes (CAI) (Secretaria de Saúde de Chapecó, 2022). Tal central oferece atendimento multidisciplinar e realiza os encaminhamentos dos imigrantes para as redes de atendimento em saúde, educação e assistência social (Secretaria de Saúde de Chapecó, 2022).

Ademais, atua na orientação da elaboração do processo para legalização e atende às mais diversas demandas dessa população (Secretaria de Saúde de Chapecó, 2022). O município possui imigrantes procedentes dos mais variados países do globo, a saber: Argentina, Paraguai, Uruguai, Colômbia, Equador, Alemanha, Aruba, Espanha, Estados Unidos, Suíça, Itália, Japão, China, Portugal, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ilhas

Guadalupe, República do Haiti, Honduras, Guiana Francesa, Peru, Venezuela, Bulgária, Hungria, Inglaterra, República de Malta, Polónia, Angola, Benim, Congo, República Árabe do Egito, Gâmbia, Gana, Guiné, Líbia, Marrocos, Sudão, Afeganistão, Líbano, Paquistão, Síria, Bangladesh, Senegal, República do Congo, Bolívia e Chile (Secretaria de Saúde de Chapecó, 2022). Os 9.652 imigrantes foram distribuídos nos 26 CSF de Chapecó (Secretaria de Saúde de Chapecó, 2022). A distribuição dos imigrantes dos países de onde há mais representantes em Chapecó estão distribuídos por CSF, no ano de 2021, conforme a Tabela 1.

Tabela 1

Distribuição de imigrantes mais prevalentes por CSF em Chapecó em 2021

CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA	HAITIANOS	VENEZUELANOS	PARAGUAIOS	SENEGALESES
Oeste	1049	221	3	8
Leste	46	307	8	-
Norte	75	230	5	1
Santo Antônio	26	291	2	-
Cristo Rei	248	176	3	-
Efapi	824	549	10	3
Marechal Bormann	2	25	-	-
Alto da Serra	1	-	-	-
São Pedro	13	218	5	-
Santa Maria	63	380	12	4
Chico Mendes	126	225	2	1
Sul	44	103	2	-
Saic	143	129	-	1
Jardim do Lago	865	198	2	-
Bela Vista	207	104	11	-
Vila Real	28	140	9	-
Alta Floresta	316	345	4	1
Quedas do Palmital	5	91	1	-
Seminário	2	100	5	-
Eldorado	14	34	1	-
Jardim América	952	220	8	27
Belvedere	1	26	1	-
Bela Vista	1	-	11	-
Penitenciária	1	-	8	-
Total	5052	4112	105	46

Fonte: Adaptado do Plano Municipal de Saúde de Chapecó (2022).

Histórico do SUS, garantias constitucionais e políticas públicas aos imigrantes

Foi em 1946, que a OMS (Organização Mundial da Saúde) inseriu em sua Constituição a saúde como um direito humano fundamental, sem discriminação, baseado nos pilares da equidade, solidariedade, justiça social, saúde e bem-estar de todos. Dessa forma, começou-se um debate sobre a relação entre os direitos humanos e a saúde pública, que, por fim, resultou em um novo cenário no âmbito dos sistemas de saúde pública.

De acordo com Nicoletti e Faria (2017) desde a Declaração dos Direitos Humanos até o nosso panorama atual, vemos um despertar de consciência em torno da importância desse direito, especialmente no que se refere às questões sociais ou econômicas. É de suma importância entender o conceito de saúde como mais que apenas o direito à assistência médica, mas também, o direito ao acesso, aos recursos, o respeito às diversas práticas culturais e qualidade de atendimento. A mesma traz enfoque para ressaltar a importância da reflexão sobre questões sociais na elaboração de políticas públicas, para assim torná-las amplas e eficientes.

No âmbito das políticas de saúde pública para imigrantes, o Brasil se destaca dentre vários outros países quando o tópico é acesso à saúde para esse público. Nesse sentido, é essencial compreender a fundação desse sistema, para assim, entender, como ele conquistou o reconhecimento que possui hoje. O SUS como conhecemos, é resultado da intensa organização e manifestação dos trabalhadores da década dos anos de 1970, e por conta disso, é considerado uma das maiores conquistas sociais da Constituição Federativa da República do Brasil de 1988.

Sua criação teve o objetivo de mudar o cenário da desigualdade do acesso da população à saúde e também instaurar o atendimento público nas esferas primárias, secundárias e terciárias para toda população (Brasil, 1988, 1990). O sistema é fundamentado e se consagra em três princípios doutrinários, sendo eles: a universalidade, a equidade, a integralidade. Quando falamos de imigrantes, é possível ver claramente a importância desses princípios para a garantia do oferecimento do acesso à saúde pública pautada nos direitos humanos.

A universalidade estipula que o acesso aos serviços de saúde deve ser garantido a todos. A saúde é um direito da cidadania, e é dever do Estado assegurar que todos os indivíduos em território nacional tenham acesso a esse direito sem nenhum tipo de discriminação. O princípio da universalidade garante, dessa forma, que o imigrante possa fazer usufruto do Sistema Único de Saúde caso necessário, como lhe é direito, segundo afirma o artigo 196 da Constituição Federal. (Brasil, 1988).

A equidade, como afirma Matta (2007), nasce como resultado de um dos maiores problemas que assolam historicamente o nosso país: as desigualdades econômicas e sociais. Essas diferenças se tornam notórias no cenário da saúde, e levam a dissimilaridades no que se diz a respeito ao acesso, gestão e produção de serviços de saúde. Dessa forma, a equidade, segundo um gama de autores, não existe para tratar a todos igualmente, mas sim para “tratar desigualmente os desiguais”. É essencial pontuar como a equidade é fundamental no processo de acesso à saúde do imigrante, pois são um grupo que por muitas das vezes são alvos fáceis de situações de vulnerabilidade.

O princípio da equidade identifica o espaço da diferença, não o espaço da igualdade. É a concepção de um espaço regulador das diferenças, no sentido de reduzir ou atentar para as iniquidades ou diferenças. Isto é reconhecer a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e potencialidades. (Matta, 2007, p. 69)

Já a integralidade, como afirma Mattos (2001), pode ser percebida de diferentes formas no contexto da saúde. Em primeiro sentido, a integralidade se constitui como crítica à dicotomia entre as ações de prevenção e tratamento presentes desde a origem do diálogo sobre políticas de saúde pública no Brasil e até o momento da dissolução do modelo Inamps. Por esse motivo o sistema é denominado sistema “único” de saúde, não existem dois sistemas, isso quer dizer que na gestão do SUS nas mais diversas áreas do governo, os serviços e ações organizadas devem considerar a integralidade.

Em segundo sentido, o princípio segue a ideia de analisar as diversas dimensões que resultam no processo da saúde ou da doença, pensando no indivíduo não somente como corpo, mas como um todo. É de extrema necessidade enxergar a pessoa como um ser biopsicossocial, e entender suas relações com a sociedade e o meio em que vive, não somente sua biologia, é nesse sentido que podemos ver os esforços de humanização das práticas de saúde e da política nacional de humanização (PNH).

Em terceiro sentido, o princípio é voltado para as políticas públicas, que devem ser pautadas na integralidade, ou seja, planejadas tendo em vista as especificidades e as necessidades de um grupo específico. Segundo o Ministério da Infraestrutura (2021), uma política pública se configura como “o conjunto de programas ou ações governamentais necessárias, integradas e articuladas, para a provisão de bens ou serviços à sociedade”, ou seja, a política pública é um processo (composto por várias etapas) que tem como objetivo principal solucionar um problema público.

As políticas públicas são de suma importância quando o enfoque se trata do acesso à saúde aos imigrantes, buscando que seus direitos sejam garantidos. Essas políticas são um dos grandes diferenciais do SUS se comparado com outros sistemas de saúde pública internacionais. Dentre alguns exemplos de políticas públicas de grande correlação com esse grupo, pode-se citar: a PNH (Política Nacional de Humanização), PNAB (Política Nacional de Atenção Básica), a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Criada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada com o intuito de firmar os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade) no cotidiano das práticas de gestão e atenção, qualificando a saúde pública brasileira e também estreitando o laço entre gestores, trabalhadores e usuários. É vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e possui um núcleo técnico localizado em Brasília (DF) e várias outras

equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. Por meio dessa conexão, são elaborados de forma compartilhada planos para promover e oferecer inovações em saúde.

Um ponto muito positivo dessa política é a Rede HumanizaSUS. Segundo o Ministério da Saúde, trata-se de uma rede social de pessoas interessadas ou inseridas em processos de humanização da gestão e cuidado do SUS, o projeto busca inspirar diálogo e aposta na “luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um.” (Ministério da Saúde, 2020).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece diretrizes e regras para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS. A primeira PNAB foi publicada no ano de 2006, e tinha enfoque no “Pacto pela Saúde” um conjunto de reformas institucionais organizado pelas três grandes esferas de gestão (União, Estados e Municípios), o seu objetivo era estimular inovações nos processos e instrumentos de gestão, buscando melhorar a eficiência de resposta do Sistema Único de Saúde, além disso, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades carregadas por cada gestor, baseado nas carências de saúde da população e na busca da equidade social.

A PNAB se mostra de grande importância no cenário de imigrantes e o acesso à saúde e bem-estar Segundo Rodrigues (2022), a APS deve ser fundamentada pelos princípios da acessibilidade, do vínculo e cuidado, pois “as normativas atuais convergem para seu papel fundamental de porta de entrada principal, facilitando o acesso da população aos outros serviços públicos de saúde”. (Rodrigues, 2022, p. 80).

No dia 17 de junho de 2009, na 198ª Reunião Ordinária foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. O documento teve como base os seis princípios da cidadania e é uma ferramenta voltada para a população entender seus direitos e deveres na busca pelos serviços de saúde. Ao analisar o contexto de imigrantes, o documento pode ser usado de uma forma muito positiva. Uma das maiores queixas prestadas pelos migrantes gira em torno do fato de terem dificuldade de entender todo o sistema do SUS, uma cartilha com linguagem acessível e repleta de conteúdo sobre seus direitos e deveres pode ser muito benéfica quando falamos de maior compreensão de como o sistema funciona.

Por fim, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é um compromisso assumido pelo Ministério da Saúde no combate contra as desigualdades no SUS e também envolvimento na promoção de saúde de maneira integral, considerando que as disparidades atuais dessa população são frutos de um processo cultural e socioeconômico injusto, em especial o racismo (Ministério da Saúde, 2017). A política tem

impactos positivos não somente quando pensamos nos brasileiros, mas também outros imigrantes negros de países como o Haiti, por exemplo, os mesmos já estão em uma situação de vulnerabilidade pelo fato de emigrarem de outro país e ainda tem o adicional da desigualdade, por isso políticas como essa se vem essenciais no combate ao racismo e ao preconceito.

Quando analisamos o cenário dos imigrantes na saúde pública brasileira é satisfatório saber que várias de nossas políticas públicas acolhem migrantes de fora do país, entretanto, é necessário refletir como ainda é necessário a criação de políticas públicas voltadas especificamente para essa população, buscando acatar suas demandas e especificidades.

Por mais que tenham seus direitos garantidos por lei, é ilusório pensar que esses direitos são sempre respeitados na prática. Essa população ainda representa um grande desafio para os profissionais do SUS, principalmente no âmbito da atenção básica, pois os profissionais muitas vezes não estão preparados para as demandas específicas desses indivíduos, o fenômeno da imigração traz a luz os problemas, fragilidades e sobretudo despreparo no que se refere à saúde do imigrante, e também a carência de políticas específicas voltadas para essa população.

Desafios no cuidado ao/às imigrantes

É fundamental aduzir que a Lei de Migração (Presidência da República, 2017), que dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante, prevê que esses sujeitos têm direito a “acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória”. O acesso à saúde, nesse caso, dar-se-ia por intermédio do SUS, que garante, por meio dos seus princípios, a

[...] universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; [...] integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das áreas e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; [...] igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (Presidência da República, 1990).

Fica evidente que o país possui determinado arcabouço legislativo no que concerne à saúde do e da imigrante. No entanto, de acordo com Pereira (2018) a Nova República não põe em vigor uma política pública migratória intersetorial que dê suporte à execução da lei.

Em verdade, estudos sugerem a necessidade de criação de políticas públicas para imigrantes no SUS que atendam as especificidades dessa população advindas da interculturalidade (Brandt et al., 2022). Outras publicações, salvaguardando suas especificidades, apontam que a introdução de vínculo para uma atenção humanizada é um desafio para a promoção do cuidado em saúde para a população aqui referida (Granada & Detoni, 2017).

Outrossim, é de fundamental importância salientar que a concretização da universalidade e da integralidade para essa população enfrenta alguns outros desafios, a saber: “barreiras visíveis, seja de natureza financeira, estrutural, que conseqüentemente perpassa pela formação do profissional da saúde” (Ferreira et al., 2018, p. 60). Outros desafios dignos de nota, em aspecto mais global, podem ser apontados, e.g., a sustentabilidade do SUS; os meios e recursos adequados para o enfrentamento das doenças transmissíveis e não transmissíveis de impacto local e mundial; e a captação e alocação de recursos para pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico (Ventura, 2018). Com efeito, sabe-se que a história do SUS é atravessada pela sua sistemática situação de subfinanciamento (Marques, 2017). Por consequência, é idôneo sublinhar que esse imbróglio estrutural também reflete no cuidado ao/à imigrante, uma vez que o diminuto contingente de recursos tolhe o pleno funcionamento da promoção da saúde.

Nesse contexto, um estudo relata que a dificuldade acerca do processo de comunicação e de compreensão da língua portuguesa também é um desafio a ser enfrentado (Locatelli et al., 2019). Além disso, pode-se afirmar que a existência de “especificidades próprias a esses grupos que provavelmente são desconhecidas dos profissionais de saúde nos diversos níveis de atenção, como também há desconhecimento dos imigrantes sobre a forma como esse cuidado é realizado” (Goldberg et al., 2018, p. 34) constitui um desafio no cuidado ao/ à imigrante.

Torna-se oportuno trazer, também, que, por exemplo, na cidade de Chapecó, existe um processo de construção de estigma sobre os imigrantes, comprometendo o cuidado integral em saúde (Risson, 2016). Além desse fenômeno de estigmatização, é apropriado relatar que parte da população referida sofre racismo institucional. Tal conceito é definido por Silva et al. (2009) como um dispositivo que atua de maneira difusa no funcionamento de instituições e de organizações, operando de modo distinto na prestação de serviços, de benefícios e de oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial. Para os autores (2009), a nuance do racismo institucional é o fato de ele não ser manifestado de modo explícito, quer dizer, trata-se da ampliação de iniquidades a partir de relações interpessoais.

Em verdade, pode-se definir o conceito supramencionado como o “[...] fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em

virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica” (CRI, 2006, p. 22), uma vez que essa situação [...] sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações”. (CRI, 2006, p. 22). De fato, é indeclinável dissertar que, no contexto do SUS,

[...] a ausência de práticas – interpessoais, mas institucionalizadas – de escuta representa em si um sinal de alarme. Em primeiro lugar, ela significa uma desconsideração grave e de cunho racista de um ponto de vista outro; onde a gravidade mencionada não remete só a questões morais e de princípio, mas obedece à impossibilidade de garantir plenamente o direito à saúde e os serviços que ele envolve. Com efeito, um serviço sanitário que não conhece seus usuários não poderá interceptar e satisfazer suas instâncias, nem construir conjuntamente com eles percursos de saúde – seja ela preventiva ou curativa – que os atinjam na integralidade de suas pessoas (Romixi & Duran, 2021, p. 86).

Fica evidente, a partir da reflexão acima, que o fenômeno do racismo institucional também é um importante fator a ser considerado enquanto desafio no cuidado ao/à imigrante. Certamente, no contexto da saúde, esses mecanismos podem ser analisados como dispositivos que necessitam de produção de mais pesquisas a fim de refletir sobre como ocorre, de modo mais detalhado, a operação desse fenômeno no cotidiano dessas instituições (López, 2012).

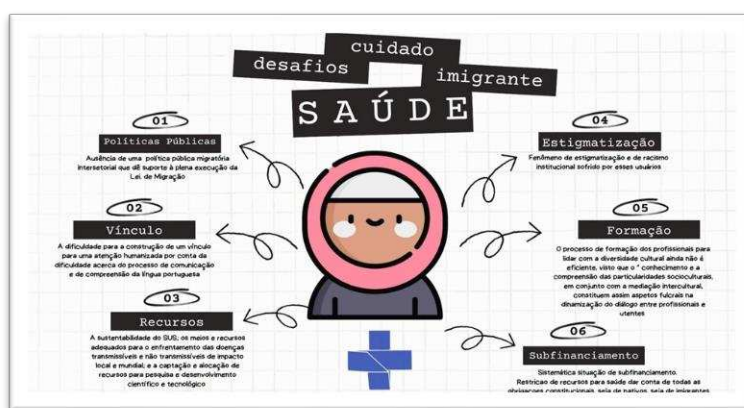
Por fim, e não menos importante, não se pode declinar circunscrever que o processo de formação dos profissionais para lidar com a diversidade cultural ainda não é eficiente, visto que o “conhecimento e a compreensão das particularidades socioculturais, em conjunto com a mediação intercultural, constituem assim aspectos fulcrais na dinamização do diálogo entre profissionais e utentes [...]” (Rodrigues & Dias, 2012, p. 11). Hipotetiza-se, aqui, que tal construção do conhecimento ainda não ocorre de modo efetivo no decorrer da formação dos operadores de saúde. Tal fato reflete, de modo importante, na “estruturação de intervenções informadas e adequadas e contribuir para a criação de um espaço terapêutico ‘culturalmente sensível’ dotado de uma maior capacidade para gerir a crescente diversidade cultural” (Rodrigues & Dias, 2012, p. 11) relatada.

A figura abaixo tem o objetivo de descrever, de modo lúdico e resumido, alguns dos principais desafios enfrentados pelos profissionais de saúde no cuidado de imigrantes que foram discutidos no presente capítulo. Esses desafios foram baseados na prática do PET-Saúde e estão relacionados a uma série de fatores, como ausência de políticas públicas satisfatórias, as diferenças culturais, a barreira linguística, as condições de vida e saúde pré-existentes, entre outros. Uma das principais questões destacadas na figura é a falta de compreensão da língua local por parte dos imigrantes.

Isso pode dificultar a comunicação entre o paciente e o profissional de saúde, o que pode afetar o diagnóstico, o tratamento e o seguimento da condição de saúde. Além disso, a falta de familiaridade com o sistema de saúde local pode impedir que os imigrantes procurem ajuda quando necessário, muitas vezes resultando em complicações médicas desnecessárias. Outro desafio importante é a questão estrutural do subfinanciamento do SUS. A figura também destaca a importância de observar aspectos do processo de formação dos operadores de saúde que irão lidar com a diversidade cultural supramencionado.

Figura 1
Resumo dos principais desafios do cuidado ao/à imigrante

Fonte: elaborada pelos autores.



Possibilidades no cuidado aos/às imigrantes

Quando se fala nas possibilidades de melhoria no cuidado de saúde a esse grupo, é de extrema necessidade a análise desse sistema partindo do ponto de vista dos imigrantes, uma vez que, essa população é considerada um grupo socialmente mais exposto a diversas situações de vulnerabilidade. Ao focar nas possibilidades de escuta e participação desses indivíduos, é essencial pontuar o Controle Social. Ele se configura por meio dos Conselhos de Saúde, nas suas mais diversas modalidades como: o Conselho Nacional, Conselhos Estaduais, Municipais, Locais, e das Comunidades Indígenas, e, além disso, em especial, nas Conferências de Saúde (nacionais, estaduais e municipais). Segundo o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde (2005), o Controle Social tem como objetivo estimular a efetiva participação da comunidade na elaboração e execução de políticas, gestão, controle administrativo-financeiro, monitoramento de planos e programas de saúde.

Em razão da fragilidade em que os imigrantes estão inseridos, eles se tornam submetidos com mais facilidade a inúmeros preconceitos pelos mais variados motivos

(diferenças culturais, raciais, religiosas, dentre outras), e é inegável que essas desigualdades podem refletir na forma em que são atendidos nos serviços do SUS. Ponderar sobre esses relatos e experiências, é uma ferramenta importantíssima, para dessa forma auxiliar na concepção de políticas e estratégias como resposta às demandas do cenário atual.

Para Silva (2013, p. 22) “a partir do momento em que os profissionais de saúde desenvolvem seu trabalho entre essas etnias, é natural e inevitável o choque no encontro de culturas.” Os valores que os profissionais possuem entram em conflito com os valores de diferentes povos, causando uma barreira ainda maior no que se refere aos serviços prestados.

Segundo Rodrigues (2022), o SUS e seus trabalhadores ainda possuem grandes dificuldades quando o assunto é imigração internacional. A mesma apresenta que “a falta de informação, de compreensão e de entendimento sobre esse fenômeno explica o desafio da inserção social e na qualidade do atendimento dos serviços públicos de saúde para essa população”. A escassez de conhecimento dos profissionais sobre essas realidades é uma grande problemática, visto que, quanto mais habituados à cultura, costumes e idiomas dessas populações, mais fáceis e acolhedores se tornariam os atendimentos a esse grupo, tanto para os profissionais, quanto para os pacientes.

Para solucionar esse problema, vê-se como possibilidade a formação em saúde mediada pela extensão universitária. Os autores Biscarde, Santos e Silva (2014) destacam que um projeto político-pedagógico de um curso não deve se limitar ao ensino do conhecimento técnico ou científico. Pelo contrário, deve estender-se para além desses aspectos, com o objetivo de compreender o compromisso ético-político da área da saúde, especialmente no que diz respeito à promoção da cidadania e à autonomia dos indivíduos e das comunidades. Além disso, a capacitação de profissionais atuantes do Sistema Único de Saúde é vista também como uma ótima estratégia de mudança. Investir na preparação dos mesmos é uma excelente forma de potencialização desses trabalhadores baseados em competências multiculturais.

Pois, assim como pontua Freire em sua obra “Pedagogia do Oprimido”, o indivíduo não fará parte ativa da história, da sociedade e da transformação dessa realidade, se não possuir condições de despertar a sua consciencência sobre a realidade, e mais ainda, da capacidade que o mesmo possui para transformá-la. Toda educação parte do pressuposto de provocar e estimular conjunturas para que o indivíduo se coloque em lugar de reflexão crítica, enredada com a ação.

Com o intuito de apresentar de maneira imagética o que foi debatido neste texto, a figura abaixo apresenta as principais possibilidades do cuidado ao/à imigrante, destacando o controle social, a capacitação de profissionais e a formação. O controle social se refere ao

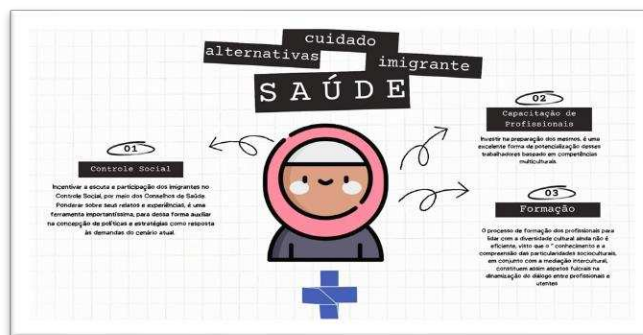
envolvimento da comunidade na definição de políticas públicas e na fiscalização da prestação de serviços de saúde. No caso dos imigrantes, é importante que haja uma participação ativa das comunidades de imigrantes nas decisões sobre políticas de saúde que afetam suas vidas. Isso inclui, por exemplo, a inclusão de representantes de comunidades de imigrantes em conselhos de saúde e em comitês de gestão de serviços de saúde. O controle social pode ajudar a garantir que as necessidades dos imigrantes sejam atendidas de forma adequada e justa.

A capacitação de profissionais é outra possibilidade destacada na figura. É importante que os profissionais de saúde tenham conhecimento e habilidades para lidar com as particularidades dos pacientes imigrantes. Isso inclui, por exemplo, a capacidade de se comunicar de forma clara e eficaz com pacientes que falam idiomas diferentes, além de compreender as diferenças culturais que podem influenciar as crenças e práticas de saúde dos pacientes. A capacitação de profissionais pode ajudar a melhorar a qualidade do atendimento médico prestado aos imigrantes.

A formação é a terceira possibilidade destacada na figura. A formação se refere à educação dos imigrantes sobre o sistema de saúde local e seus direitos como pacientes. É importante que os imigrantes entendam como funciona o sistema de saúde do país de destino e quais são os serviços disponíveis para eles. Além disso, é fundamental que os imigrantes conheçam seus direitos enquanto pacientes, como o direito à privacidade, à confidencialidade e à informação clara e precisa sobre seu estado de saúde. A formação pode ajudar os imigrantes a utilizar os serviços de saúde de forma mais adequada e a fazer escolhas informadas sobre sua própria saúde.

Em resumo, a figura destaca as principais possibilidades do cuidado ao/à imigrante, incluindo o controle social, a capacitação de profissionais e a formação. Essas possibilidades são fundamentais para garantir que os imigrantes recebam um atendimento médico de qualidade e que suas necessidades sejam atendidas de forma adequada e justa.

Figura 2
Resumo das principais possibilidades do cuidado ao/à imigrante



Fonte: elaborada pelos autores.

Referências

- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>
- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Sistema Único de Saúde). Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>
- Brasil. Ministério da Infraestrutura. Avaliação de Políticas Públicas. Brasília, DF: Ministério da Infraestrutura, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/infraestrutura/pt-br/assuntos/politica-e-planejamento/politica-e-planejamento/avaliacao-de-politicas-publicas>>
- Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Carta do Direito dos Usuários da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2011. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2006. Disponível em:
<https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_miolo.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus>>
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf>
- Biscarde, D. G. D. S., Pereira-Santos, M., & Silva, L. B. (2014). Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 18, 177-186. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0586>
- CRI. Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem do racismo institucional. Brasília: CRI, 2006.

- Cunha, J. P. P. da. & Cunha, R. E. da. Sistema único de Saúde: princípios. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Belo Horizonte: Coopmed, 2018 (Caderno de Saúde, 2). Disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/wpcontent/uploads/2018/09/texto-sistema-unico-desaude- principios.pdf>>
- Dias, S & Rodrigues, R. (2012). Encontro com a diferença: a perspectiva dos profissionais de saúde no contexto da prestação de cuidados aos imigrantes. Forum Sociológico. Série II, 22, 63-72. Disponível em: <http://journals.openedition.org/sociologico/583>
- Ferreira, W. F. D. S., De Oliveira, E. C., & Dutra, D. D. A. (2018). Imigração Haitiana Território e Direito à Saúde: uma contribuição da enfermagem. Saúde e Desenvolvimento, 12(7). Disponível em: <https://cadernosuninter.com/index.php/saude-e-desenvolvimento/article/view/1030>
- Freire P. Pedagogia do oprimido. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.
- Granada, D., & Detoni, P. P. (2017). Corpos fora do lugar: saúde e migração no caso de haitianos no sul do Brasil. Tematicas, 25(49), 115–138. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v25i49/50.11131>
- Grazielle Betina Brandt, Virginia, S., & Karen Priscila Rodrigues. (2022). Política pública para imigrantes: os desafios no acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) em Lajeado/RS. Redes, 27. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/redes.v27i1.17462>
- Lei N° 8080, de 19 de setembro de 1990. (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. Presidência da República.
- Lei N° 13.445, de 24 de maio de 2017. (2017). Institui a Lei de Migração. Presidência da República.
- Locateli, G., Chagas, N., Bender, J. W., & Da Silva Filho, C. C. (2020). Atenção a saúde de imigrantes haitianos em Chapecó/SC. Saúde Em Redes, 5(2), 271-277. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2019v5n2p271-277>
- Marques, R. (2017). Notas explicatórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. Planejamento e Políticas Públicas PPP, n° 49.
- Martins, D., Goldberg, A., & Silveira, C. (2018). Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. Saúde E Sociedade, 27(1), 26-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170870>

- Martins, J.C. (1984). O Voo das Andorinhas. In Martins, J. C. Não há terra para plantar neste verão. Petrópolis: Editora Vozes.
- Matta G. C. (2007). Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: Matta, G. C. & Pontes, A. L. de M. (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. (pp. 61-80). Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.
- Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A (Orgs.). Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Abrasco.
- Nicoletti, M. A., & Faria, T. D. M. (2017). Análise comparativa dos sistemas de saúde brasileiro e britânico na atenção básica. *Infarma-Ciências Farmacêuticas*, 29(4), 313-327. Disponível em: <<https://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=2087>>
- Pereira, J. C. A. (2018). Migração, saúde e acolhimento: intersecções políticas, sociais e culturais. *TRAVESSIA-revista do migrante*, (84), 3-12. Disponível em: <https://travessia.emnuvens.com.br/travessia/article/view/618>
- Portaria Interministerial N° 421, de 31 de março de 2010. (2010). Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Ministério da Saúde.
- Risson, A. P. (2016). Cartografia da atenção à saúde de imigrantes haitianos residentes em Chapecó-SC. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Comunitária da Região de Chapecó.
- Rodrigues, K. P. (2022). Desafios no acesso e serviços prestados à imigrantes na atenção primária em saúde (APS) de Lajeado/RS. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Universidade de Santa Cruz do Sul.
- Rosa, M. D., Berta, S. L., Carignato, T. T., & Alencar, S. (2009). A condição errante do desejo: os imigrantes, migrantes, refugiados e a prática psicanalítica clínico-política. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(3), 497-511. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1415-47142009000300006>
- Secretaria de Saúde de Chapecó. (2022). Plano Municipal de Saúde de Chapecó: Gestão 2022-2025. Prefeitura de Chapecó.
- Silva, C. B. D. (2013). Profissionais de saúde em contexto indígena: os desafios para uma atuação intercultural e dialógica. *Antropos–Revista de Antropologia*, 6, 3-36. Disponível em: <<https://revista.antropos.com.br/downloads/dez2013/Artigo-1-Profissionais-de-saude-em-contexto-indigena-Cleonice-Barbosa-da-Silva.pdf>>

- SILVA, J. et al. (2009). A promoção da igualdade racial em 2006 e o Programa de Combate ao Racismo Institucional. In Jaccoud, L. (Org.). A construção de uma política de promoção da igualdade racial: uma análise dos últimos vinte anos. (pp.147-170). Brasília: Ipea.
- Lima, S. S., & da Silva, L. M. M. (2017). Os imigrantes no Brasil, sua vulnerabilidade e o princípio da igualdade. *Revista brasileira de políticas públicas*, 7(2), 385. Disponível em: <<https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/4804>>
- Ventura, M. (2018). Imigração, saúde global e direitos humanos. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00054118>

ENTRE O DIREITO DE ACESSO E O DIREITO DE RECUSA: O CASO DOS PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Andreza Silva dos Santos

Martinho Braga Batista e Silva

Introdução

Psicofármacos, psicoativos ou psicotrópicos são “substâncias que agem diretamente no sistema nervoso central, sendo, comumente, prescritos por médicos para regular o humor, os pensamentos e os comportamentos” (Cohen et al., 2001, p. 460, tradução minha)¹. Dentro da população medicamentosa, são considerados objetos de estudo privilegiados pela Antropologia e Sociologia por habitarem as fronteiras entre o lícito e o ilícito, o moral e o imoral, o uso médico e não médico (ibdem), sendo, por isso, fáceis candidatos para o envolvimento em controvérsias.

Para alguns autores, os psicofármacos representam um certo “paradoxo”, ocupando um lugar de “ambiguidade” ou “zona de hesitação”, visto que podem ser fonte tanto de ajuda quanto de sofrimento para os sujeitos que deles fazem uso (Serrano-Miguel & Martinez-Hernaez, 2020; Magaldi, 2018). Isto é, ao mesmo tempo que aumentam a qualidade de vida, também podem prejudicá-la, já que seus efeitos adversos (como, por exemplo, sonolência, lentidão, tiques e dificuldade para articular palavras) costumam interferir na disposição para o trabalho e para a realização de outros afazeres da vida cotidiana, contribuindo para a exposição dos usuários a preconceitos, para além dos que já experimentam pela forma como se apresentam e pelo diagnóstico que receberam. Isso acaba por tornar esses efeitos – considerados adversos, colaterais ou indesejados – como os principais fatores associados à recusa dessas substâncias, compreendida como um direito dos usuários em algumas discussões dentro do campo da Saúde Mental (Appelbaum & Gutheil, 1979, 1980, 1982; Brooks, 1986; Parada, 2018; Schwartz et al., 1988; Stone, 2003, Benini, 2015).

Este trabalho reflete uma série de questões apuradas durante uma pesquisa de Mestrado em Saúde Coletiva, realizada no ano de 2022, no Instituto de Medicina Social da

¹ No original: “*substances which act directly on the central nervous system and which physicians currently prescribe in order to change moods, thoughts, or behavior*” (Cohen et al., 2001, p. 460).

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), sobre as controvérsias em torno do direito de recusa aos psicofármacos na atenção psicossocial. Ela possui caráter qualitativo e tipo exploratório, isto é, a sua intenção é, sobretudo, “proporcionar uma maior familiaridade com o problema (pesquisado), com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses” (Gil, 2002, p. 41).

O seu objetivo principal foi investigar quais eram os manejos realizados pelos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) do município do Rio de Janeiro diante dos casos em que havia recusa aos medicamentos. Desse modo, como previa um estudo de campo com sujeitos, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP/IMS) e da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (CEP/SMSRJ), já que o serviço pesquisado era vinculado a esse órgão. Sua aprovação foi consumada através do parecer nº 5.242.581.

Os dados utilizados para a discussão foram coletados a partir de entrevistas virtuais e semiestruturadas realizadas com 10 (dez) profissionais de diferentes categorias: 2 Oficineiros(as), 2 Enfermeiros(as), 3 Psicólogos(as), 1 Técnica de Enfermagem, 1 Terapeuta Ocupacional e 1 Assistente Social. Suas idades variavam entre 27 e 45 anos, sendo 6 deles do gênero feminino e 4 do gênero masculino. Em relação à raça e etnia, 6 se autodeclaravam como brancos(as), 3 como negros(as) e 1 como pardo(a). Os dados coletados foram submetidos ao método de análise narrativa, sendo organizados em uma narrativa coletiva construída com os conteúdos trazidos individualmente nas entrevistas. Os resultados integrais dessa experiência podem ser encontrados em Santos (2022).

Os CAPS são serviços surgidos no âmbito da implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, orientada pela Lei n.º 10.216/01 e instituída como política de Saúde Mental do país em substituição ao antigo paradigma manicomial, que tinha como principais eixos da assistência a centralidade na figura do profissional médico e a prática da internação hospitalar. Algumas pesquisas realizadas com base nesses equipamentos, uma década depois de sua regulamentação pela Portaria GM/MS n.º 336/02, revelaram, entre outras coisas, a existência de uma certa hegemonia da conduta medicamentosa no acompanhamento dos casos clínicos e uma considerável resistência das equipes diante da recusa de alguns usuários em fazer uso dos psicofármacos, chegando a existir casos de desligamento do serviço para usuários que se negavam a fazer uso dessas substâncias (Onocko-Campos et al., 2012, 2013).

Pode-se dizer que existe no Brasil um certo paradoxo em relação aos medicamentos, fruto das relações de iniquidades sociais que marcam a configuração do país: enquanto

parte da população vive uma hipermedicalização², que se expressa também no uso excessivo de medicamentos, certos rincões do país não têm sequer acesso a equipamentos e tecnologias de saúde (Dornelles, 2020). Nesse cenário, no qual o acesso não é completamente garantido, é possível identificar também, em consonância a uma tendência internacional, uma importante escassez de protocolos de redução/interrupção dos medicamentos, por parte da atenção psiquiátrica e do sistema de Saúde Mental, para aqueles que desejam descontinuar o seu uso, bem como uma dificuldade em acompanhar, nos serviços, as pessoas que se recusam expressamente a utilizá-los (Parada, 2018).

Segundo Parada (2018), a ausência de apoio profissional costuma ser um importante fator de vulnerabilidade para os usuários, já que eles terminam se engajando nesse processo sozinhos e sem informações adequadas. É o mesmo tipo de argumento levantado pela Gestão Autônoma da Medicação (GAM), abordagem canadense que aposta na decisão compartilhada como expressão de um processo cogestivo, onde o usuário pode participar ativamente de seu cuidado, sendo a recusa ao psicofármaco, normalmente ofertado pelos profissionais e serviços de Saúde Mental, uma manifestação de um direito desses sujeitos (Onocko-Campos et al., 2014).

De certo modo, investigar, durante a pesquisa, o estatuto da recusa em relação ao tratamento nos conduziu por caminhos que diziam respeito também ao seu acesso. Como afirma Benjamin (2016), uma recusa sempre sucede uma oferta, portanto, pensar sobre esse tema nos convocou a olhar para o que o sistema de Saúde Mental tem como proposta e o que ele tem conseguido garantir. Afinal de contas, se os psicofármacos são atualmente um importante eixo do cuidado, o que acontece quando eles faltam? Destacamos, neste trabalho, alguns momentos, dentro do debate sobre os psicofármacos, em que esses dois direitos apareceram articulados. Para dar partida, iniciemos pelo acesso.

Sobre o direito de acesso aos medicamentos

No Brasil, o acesso gratuito a medicamentos dentro do sistema público de saúde é considerado um direito. Desde a década de 1970, ainda durante o governo militar, já existia uma preocupação estatal em relação a esse acesso pela população. Após a promulgação da Constituição Federal, em 1988, e da Lei Orgânica de Saúde, Lei nº 8.080/90, os investimentos na descentralização desse trabalho e na regulação das ações de assistência

² De acordo com Conrad (2007), a medicalização consiste em um processo que define um problema em termos médicos, com uma linguagem médica, em um enquadramento médico e um possível tratamento com intervenções médicas. Compõe esse fenômeno não apenas a aplicação de categorias, mas também a maneira como a população internaliza e constrói subjetividade a partir dessa perspectiva.

farmacêutica passaram a receber mais atenção e a serem reorganizados. O resultado foi a promulgação, em 1998, da Política Nacional de Medicamentos (PNM), através da Portaria n.º 3916/98, cujos principais objetivos eram garantir a qualidade dos medicamentos, promover o seu uso racional e permitir o acesso da população àqueles considerados essenciais (Brasil, 2001).

Em 1999, um ano depois da promulgação dessa política, foi criado, através da Portaria n.º 1.077/99, o Programa para Aquisição de Medicamentos para Saúde Mental, que levava em conta o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica em curso no país e estabelecia questões relativas aos medicamentos a serem distribuídos e às responsabilidades orçamentárias dos entes governamentais (Brasil, 2001). Em 2004, foi instituída a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), através da Resolução n.º 338/04, com o intuito de ampliar todo esse trabalho e formular políticas setoriais com foco na manutenção, qualificação dos serviços e dos recursos humanos (Brasil, 2007).

Apesar da existência dessas políticas e programas, o abastecimento de medicamentos nas redes de saúde do país nem sempre é integralmente garantido. A falta regular de medicamentos no serviço pesquisado e, de maneira geral, na rede de saúde do município do Rio de Janeiro apareceu com frequência no relato dos profissionais entrevistados. Entre malabarismos e improvisos, eles afirmaram ser comum a negociação de medicamentos com outros serviços, a substituição de um medicamento por outro, a compra com verbas próprias dos profissionais ou a solicitação para que os familiares os providenciem. É uma situação que costuma preocupá-los, já que tende a comprometer o cuidado dos usuários que estão estáveis há muito tempo. A interrupção brusca de um psicofármaco não é uma ação aconselhada por profissionais da saúde, nem mesmo por aqueles que defendem a proposta de retirada desses medicamentos — muito mais segura e efetiva quando realizada de forma gradual (Hall, 2012; Moncrieff, 2013).

Um programa que apoia a descontinuação de psicofármacos tem efeitos muito distintos de um sistema que utiliza essas substâncias, muitas vezes como eixo privilegiado do cuidado, e tem esse uso interrompido bruscamente por questões ligadas ao seu desabastecimento. No primeiro caso, as iniciativas formais no Brasil são praticamente, ou talvez completamente, inexistentes. Já o segundo caso é um fenômeno bastante recorrente (Reis & Perini, 2018). Percebe-se, então, que, enquanto a ausência dos psicofármacos no cuidado, como fruto de uma manifestação do direito de recusa do usuário, é recebida com resistência pelo sistema de Saúde Mental, a falta de garantia do seu acesso, por motivos de problemas na sua distribuição, é fato comum.

Durante as entrevistas, os profissionais relataram efeitos dramáticos como consequência da falta de psicofármacos causada por problemas em seu abastecimento. Segundo eles, a interrupção do uso de certas substâncias, ou a substituição por outras de

efeito similar, afeta negativamente os usuários, podendo contribuir para o desencadeamento de crises e até para a exposição dos sujeitos a riscos no território. Para Reis e Perini (2018), um dos impactos do desabastecimento é justamente o comprometimento da segurança do cuidado prestado, visto que os “erros de medicação e reações adversas a medicamentos são mais prováveis quando uma conduta terapêutica tem que ser substituída por motivos alheios às necessidades clínicas dos pacientes” (p. 607).

Outro problema citado pelos profissionais, mas pouco explorado nas discussões do campo, é a falta de medicações específicas no rol de ofertas do sistema público de saúde. Considerada defasada e desatualizada, essa oferta seria responsável por manter a distribuição de substâncias com maior potencial de gerar efeitos colaterais, mesmo diante da existência de outras opções no mercado. Foi verificado que, devido à reduzida variedade de psicofármacos disponíveis gratuitamente para a população nos serviços públicos, é comum que o psiquiatra faça mais associações entre substâncias e utilize mais opções para obter os fins terapêuticos desejados, o que deixa a prescrição “suja”, ou seja, com mais comprimidos e mais efeitos colaterais. Isto é, as sobremedicações seriam mais intensas nos dispositivos de saúde pública do que na assistência privada, onde as opções de psicofármacos costumam ser maiores.

É comum que, nos congressos de Psiquiatria, novos psicofármacos sejam lançados e divulgados, como observado por Azize (2010) e por nós mesmos ao participarmos virtualmente de um congresso da área realizado em 2021. Geralmente, o principal benefício destacado nos novos produtos desenvolvidos pela indústria farmacêutica é a sua condição de produzirem menos efeitos colaterais, normalmente associados a maiores taxas de abandono dos tratamentos. A questão é que esses medicamentos mais modernos não chegam facilmente aos serviços públicos de saúde. No fim das contas, o que salta aos olhos é a questão financeira, já que podemos deduzir que, nessas condições, o acesso aos psicofármacos, comprovadamente menos danosos, acaba sendo maior ou exclusivo das pessoas com alto poder aquisitivo.

Monnerat (2020) já havia discutido o impacto da desigualdade social no acompanhamento com psicofármacos ao investigar a prescrição medicamentosa em duas instituições: uma pública e uma privada. Segundo ela, as condições materiais impactam consideravelmente no cuidado e contribuem de forma importante para a configuração de uma sobrecarga e solidão dos familiares. Apesar de apontada por meus interlocutores como uma discussão pouco visível no campo, é possível encontrar essa demanda pela atualização dos psicofármacos distribuídos no SUS nas deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2010). Na seção que se dedica à ampliação e qualificação da oferta de medicamentos, consta a necessidade de uma revisão regular da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) de modo

a garantir a inserção, na rede de saúde pública, de medicamentos atualizados e mais eficazes.

A RENAME é uma lista que, desde a década de 1970, cumpre a função de padronizar a oferta de medicamentos essenciais e orientar as escolhas feitas pelo governo na aquisição dessas substâncias (Brasil, 2001). A sua atualização é de responsabilidade da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), que conduz o processo ativamente, a partir de uma subcomissão do órgão dedicada exclusivamente para isso, e também reativamente, avaliando demandas de órgãos, de instituições (tanto públicas quanto privadas) e de pessoas físicas (Brasil, 2022). Isso nos leva a entender que é possível que a população participe desse processo. Apesar disso e de acordo com um dos profissionais que entrevistamos, não há ninguém do campo da Reforma Psiquiátrica discutindo publicamente essa questão.

Essa constatação é associada, pelos meus interlocutores, a uma tendência em se discutir o uso dos psicofármacos na Reforma Psiquiátrica Brasileira apenas pelo viés da crítica à medicalização. Nesse panorama, em que o medicamento comparece com os contornos de sua ambivalência – que alivia, mas institucionaliza –, o debate parece se polarizar em um antagonismo “psicossocial” versus “biomédico”, que deixa escapar algumas nuances que a circulação desses objetos produz nas redes sociotécnicas onde o cuidado, o trabalho, o mercado e as desigualdades sociais se encontram em um grande caldo.

Nesse recorte, em que a oferta de determinados psicofármacos no SUS se associa à polifarmácia e a uma maior produção de efeitos colaterais, o direito de acesso se conecta com o direito de recusa – já que, como citado anteriormente, os efeitos colaterais estão diretamente associados à recusa dos psicofármacos – em uma interposição de camadas onde a questão de classe comparece visivelmente como um marcador de destaque.

A alegação, pelos profissionais entrevistados, de que os casos que recusam psicofármacos são normalmente os que ficam mais graves durante a crise, quando olhada sobre esse prisma, pode provocar conexões que se lançam além de razões psicopatológicas: não poderiam os casos considerados mais graves estarem utilizando mais psicofármacos que produzem mais efeitos colaterais e, conseqüentemente, geram mais recusas? Essa pergunta, é claro, não pode servir de parâmetro absoluto para se pensar o fenômeno da recusa – já que ele se desenha mesmo é nas particularidades de cada caso e é multifatorial –, mas ela, certamente, pode contribuir para ampliar o horizonte da reflexão.

Sobre o direito de recusa aos psicofármacos

Durante a década de 1970, o direito de recusa aos psicofármacos foi responsável por provocar um intenso debate público nos Estados Unidos, iniciado após a abertura de algumas litigações que questionavam o uso forçado de medicamentos em instituições psiquiátricas, partindo de uma consideração legal, constitucionalmente localizada, de que a medicação involuntária violava a integridade física e a autonomia dos pacientes (Brooks, 1986; Schwartz et al., 1988). O debate judicial desses casos chegou a proibir a administração não consensual de medicamentos para pacientes internados em um hospital psiquiátrico, com algumas exceções em seu exercício — como as situações de emergência, o risco para si e para outros e a falta de capacidade de tomar uma decisão considerada racional sobre o seu tratamento. A existência legal desse direito no país não implicou diretamente no seu exercício irrestrito nas instituições, mas é certo que essa discussão acabou chamando atenção para a baixa qualidade da assistência que era ofertada nos hospitais psiquiátricos (Brooks, 1986), inscrevendo-se dentro de um movimento mais geral de defesa pelos direitos dos pacientes naquele país.

No Brasil, não há muita literatura sobre esse direito, pois esse parece ser um assunto que não teve muita repercussão dentro das primeiras fases da Reforma Psiquiátrica Brasileira, não tendo ganhado visibilidade nos debates posteriores dentro do campo da atenção psicossocial. Apesar disso, esse direito chega a ser citado em alguns documentos importantes, como, por exemplo, os relatórios das duas primeiras Conferências Nacionais de Saúde Mental, onde constam o direito a escolher “o tipo de tratamento e o seu terapeuta” (Brasil, 1988, p. 24), o direito “à assistência e à recusa ao tratamento” e a obrigação do serviço em “não abandonar (os usuários) à própria sorte” (Brasil, 1994, p. 12).

Ele também aparece na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2009, e também pode ser encontrado em documentos municipais, como a Caderneta do Usuário da Prefeitura do Rio de Janeiro (Prefeitura do Rio de Janeiro, s.d.). Em ambos os casos, ele comparece associado à responsabilidade dos sujeitos pelas consequências de sua recusa e aos seus deveres em relação ao próprio cuidado.

Visando estabelecer normas éticas especificamente para os casos de recusa terapêutica pelo paciente, o Conselho Federal de Medicina (CFM) lançou, em 2019, a Resolução n.º 2232/19. Segundo o documento, esse é um direito que deve ser respeitado pelo(a) médico(a), desde que o sujeito esteja informado dos riscos e consequências de sua escolha. Os critérios para seu exercício são de que o(a) paciente seja maior de idade, capaz, lúcido(a) e esteja orientado(a) e consciente no momento da decisão. Em situações de urgência e emergência, que caracterizem risco de vida, o(a) médico(a) é orientado a intervir,

independente da recusa do sujeito, principalmente se ela vier de um menor de idade ou adulto “que não esteja no pleno uso de suas faculdades mentais”.

Uma discussão sobre a capacidade (de escolher), que condiciona legalmente o exercício da recusa ao tratamento por uma pessoa, aparece diretamente nos debates em torno da Tomada de Decisão Compartilhada (TDC). Essa prática, que tem referência na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), dentro do campo da Medicina, é uma crítica ao modelo paternalista e consiste em um processo colaborativo entre o usuário e o profissional, baseado em uma comunicação aberta e no respeito às escolhas e valores individuais do sujeito assistido. A sua proposta é que o usuário possa participar ativamente das decisões sobre seu tratamento, integrando suas experiências e preferências aos saberes técnicos dos profissionais, em um verdadeiro exercício de autonomia (Morant et al., 2016; Stevenson et al., 2020).

Para Morant et al. (2016), o fato de que na Psiquiatria existe a possibilidade de uso da coerção levanta diferentes questões e implicações para essa discussão em comparação a outras formas de uso de medicamentos. Segundo esses autores, os psiquiatras não costumam ver a “não adesão” como parte de estratégias pessoais de autogestão e nem sempre concordam que as decisões sobre os psicofármacos sejam muito adequadas à prática de decisão compartilhada.

Para alguns, compartilhar informações sobre os efeitos adversos, por exemplo, pode desencorajar o seu uso pelos sujeitos. Já o medo do usuário em relação às práticas coercitivas tende a produzir uma barreira para o seu envolvimento nas decisões sobre os psicofármacos. É como se houvesse uma certa ambivalência na valorização da experiência pessoal dos usuários nessa área. Por um lado, existe um reconhecimento e uma ênfase feita pelas políticas de que eles são “experts por experiência”, mas, na prática, eles costumam indicar que se sentem pouco ouvidos e com pouco espaço para decidir no cotidiano da assistência.

Existe ainda o fato de que, em algumas situações, por conta de restrições, o usuário acaba tendo pouca liberdade de escolha, o que compromete esse tipo de processo. Como afirma Venturini (2017), durante a crise, o usuário “está numa condição particularmente difícil para afirmar os seus direitos” (p. 97). Nesses momentos, os profissionais (da saúde, da assistência social e das urgências psiquiátricas) acabam tendo que tomar decisões “em seu nome” e muitas vezes elas podem ir de encontro às suas vontades mais imediatas.

No documento “Atenção em Saúde Mental” produzido pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, algumas orientações são prestadas em relação ao manejo da crise e da recusa ao tratamento por parte dos usuários. Considerada como uma situação insuportável, que se manifesta de forma variada em quadros agudos, a crise demandaria

uma intervenção imediata da equipe de saúde. O contato com o usuário teria como objetivo inicial obter o seu consentimento. Diante de discordâncias, o profissional precisaria avaliar o que seria possível negociar na conduta sem abrir mão do que fosse considerado essencial (Minas Gerais, 2016).

O usuário e seus familiares teriam direito de recorrer contra as medidas involuntárias, inclusive judicialmente. Por conta disso, seria orientado aos profissionais que os motivos dessa escolha fossem fundamentados e registrados por escrito. O uso das medidas involuntárias, segundo esse documento, deveria ser uma exceção no cuidado, utilizado após o esgotamento de outras abordagens. A prescrição de psicofármacos em episódios de agitação psicomotora deveria ser utilizada também como medida de exceção e ser sempre precedida por uma conversa, visando obter o consentimento do sujeito (ibidem, 2016, p. 152).

Um dispositivo que vem sendo utilizado pelo movimento de Reforma Psiquiátrica de alguns países para garantir o consentimento dos usuários e sua participação na tomada de decisão em momentos de crise é o Plano e Cartão de Crise. Ele se baseia na noção das Diretrizes Antecipadas de Vontade (DAV), advindas do campo da saúde em geral, que permite que um sujeito possa manifestar previamente sua vontade e preferências acerca de como gostaria de ser tratado quando não estivesse com condições de decidir. Na Saúde Mental, a ideia é que o usuário possa traçar, junto do serviço que o acompanha e com pessoas de sua confiança, as formas que rejeita e que deseja ser cuidado durante uma crise aguda (Vasconcelos et al., 2014). No Brasil, a base normativa para a implantação desse tipo de dispositivo já existe a partir da Resolução do CFM n.º 1995/12, mas, até o momento, poucas experiências de implementação desse dispositivo no campo da Saúde Mental foram realizadas no país.

Venturini (2017) classifica algumas razões para que a recusa às propostas do terapeuta compareça no cuidado, principalmente, no contexto de crise. Segundo ele, a recusa pode ser uma manobra defensiva capaz de envolver, entre outras coisas: (1) uma oposição ao terapeuta, considerado incompetente e autoritário; (2) uma negação da doença, devido ao seu estigma social; (3) uma negação da realidade, para aliviar seu sofrimento; (4) um medo de se perceber como alguém que precisa de ajuda; (5) uma negação de seu delírio, que o protege da falta de sentido; (6) um medo de receber novas desilusões na relação terapêutica; (7) um medo de uma simbiose com a figura do terapeuta; (8) uma incapacidade de tolerar certos estímulos; e (9) uma resistência a qualquer alteração de ordem existencial.

De acordo com os profissionais entrevistados, não existe padrão, nem protocolo pré-estabelecido, para o manejo da recusa medicamentosa. Esse manejo costuma ser fruto de uma construção cotidiana, que necessita de muita aposta e reavaliação e depende não

só das particularidades do usuário, como também do profissional e de sua miniequipe³, incluindo variáveis como: a história do usuário e seu momento; a formação do profissional e seu momento; e a miniequipe com sua configuração particular, tudo muito regado a diferentes afetos e valores.

A condução do cuidado vai depender também da maneira como a recusa se manifesta. Os profissionais descreveram formas ditas explícitas, como a negação verbal; e implícitas, como a interrupção do uso e o abandono do tratamento, além de atos como esconder, cuspir fora, mentir e beber água para diluir o efeito – estratégia muito particular adotada por um dos usuários desse serviço.

A importância do psicofármaco no projeto terapêutico vai depender, então, de como o usuário está se apresentando. E isso implica diretamente em como a equipe vai lidar com a sua recusa. Esse momento costuma variar não só em relação ao seu quadro, mas também em relação ao próprio psicofármaco, já que o usuário pode negar em um momento, mas aceitar em outro, sendo possível, inclusive, uma construção da demanda medicamentosa a partir do vínculo terapêutico e das necessidades que vão sendo identificadas durante o acompanhamento.

Alguns dos manejos descritos pelos profissionais entrevistados pareceram se aproximar bastante da noção de decisão compartilhada: acolher o “não”, priorizar o vínculo e pedir ajuda do usuário para pensar a melhor forma possível. O ato de ficar à disposição enquanto o sujeito avalia a opção da ingesta medicamentosa, mostrou-se como uma tentativa de preservação de sua autonomia. Já o ato de realizar uma busca ativa domiciliar para garantir a administração injetável – aplicando-a involuntariamente em casos de recusa do usuário – e o ato de macerar a medicação na comida sem o seu conhecimento apresentou-se como uma faceta paternalista.

Essas duas últimas atitudes foram descritas como raras e apareceram na entrevista de apenas um profissional. Por sua vez, foi majoritária a afirmação de que a equipe só obriga realmente o usuário a utilizar o psicofármaco quando a abordagem através do diálogo não está sendo possível e há um risco colocado na cena. Essa decisão parece envolver uma preocupação não só com o risco que o usuário pode representar “para si e para os outros” em um momento de crise, mas também os riscos graves em que ele pode se colocar no território ao despertar, por exemplo, o incômodo do poder paralelo⁴.

³ Modelo de organização de trabalho da instituição onde a pesquisa de campo foi realizada. Nesse modelo, a equipe é subdividida em miniequipes, acompanhando a divisão territorial do dispositivo de Atenção Primária do qual são referência e onde eles realizam o matriciamento em Saúde Mental.

⁴ Forma que algumas pessoas utilizam para se referir ao tráfico de drogas dentro das comunidades cariocas.

Dell'Acqua e Mezzina (1992) apontam que o controle e a tutela podem ser acionados quando o serviço de atenção à crise reconhece a necessidade de proteção da pessoa, mas devem ser utilizados como uma ponte para a formulação de novos meios de contratualidade e não como um fim. Os psicofármacos, nessa cena, não teriam um valor terapêutico em si, mas seriam instrumentos para abrir as possibilidades de relação, reduzir a angústia e controlar transitoriamente comportamentos problemáticos.

Um dos casos mais citados pelos profissionais para exemplificar os desafios dessa questão foi o do Victor⁵. Psicótico, com um histórico de muita violência no território, é o usuário com o maior número de internações do município, considerado, por conta disso, o caso mais grave da rede. Já agrediu gravemente profissionais de saúde de outros serviços e, vez por outra, protagoniza cenas de agressividade no CAPS e no território, se expondo a variados riscos. Geralmente, se recusa a fazer o uso das medicações, apresentando uma considerável facilidade para impregnar e acreditando, em seu delírio, que é feito de cobaia pelos psiquiatras, figuras que ele costuma odiar.

No início de seu tratamento em Saúde Mental, não costumava recusar as medicações, mas participou de tantas pesquisas medicamentosas em uma instituição onde teve acompanhamento no passado, que ficou irritado com isso. Hoje em dia, por conta de um episódio de agressão física a uma profissional – da mesma instituição onde foi participante das pesquisas – é proibido de entrar e circular nela. De acordo com um dos profissionais entrevistados, existe atualmente uma tendência, na rede de Saúde Mental do município, em discutir a alta administrativa de usuários que, como Victor, apresentam agressividade e recusam medicações.

Chama atenção, nesse caso, o caráter administrativamente provocado por sua recusa, não só pelo excesso de pesquisas ao qual foi submetido em seu passado institucional na Psiquiatria, mas também pelo apontamento sobre a inclinação do CAPS local em decidir por altas administrativas em situações como a dele. É como se fosse a recusa do usuário gerando uma recusa do próprio serviço. Nessa circunstância, mas não somente nela, parece que o direito de recusa ao tratamento se conecta com o direito de acesso, provocando-o: até onde vai o compromisso institucional de um serviço do SUS em “não abandonar (os usuários) à própria sorte” (Brasil, 1994, p. 12) e garantir o seu acesso ao tratamento? Se os serviços de saúde não incluírem a possibilidade de seu cuidado, sem querer ignorar aqui os seus concretos desafios pela expressa complexidade do caso, qual será o seu destino?

⁵ Nome fictício.

Considerações finais

Discutir o direito de recusa aos psicofármacos se desdobrou, em vários momentos da pesquisa, em uma conversa sobre o direito de acesso. Isso não se deu por acaso, já que, de fato, eles andam juntos. É como se, no final das contas, a recusa fosse uma espécie de chave. Partindo de sua posição negativa ao que se apresenta como dado, ela inaugura, por definição, uma outra possibilidade. Quando se diz “não” a algo, abre-se uma porta para que outra coisa seja acessada. Diríamos que se você acolhe uma recusa – no sentido de dar ouvidos a ela e legitimá-la – o próximo passo a se pensar é: se não isso, o quê?

A recusa aos psicofármacos parece, então, lançar uma pergunta não só ao CAPS e seus profissionais, mas ao próprio modelo de cuidado. Afinal de contas, que tipo de acesso tem sido garantido? Isso não precisa estar politicamente articulado como nos movimentos mais organizados de Sobreviventes da Psiquiatria⁶, por exemplo, em que essa reivindicação é mais bem delimitada em uma espécie de biodeserção (Benjamin, 2016). Ela também comparece na insatisfação clínica de um sujeito com aquilo que lhe é, quase que exclusivamente, ofertado. Desse modo, ela acaba compondo uma espécie de razão “sociopolítica”, que não precisa se destinar, necessariamente, aos sujeitos presentes na cena, podendo também se dirigir à própria instituição assistencial que os profissionais representam e ao sistema social “desigual e injusto”, que condiciona abordagens diferentes de acordo com a classe social dos usuários (Venturini, 2017). De acordo com Biehl (2008, p. 440):

A distribuição gratuita de medicamentos (que inclui psicotrópicos) é, de fato, um componente importante das iniciativas que visam um sistema universal de saúde mais eficiente e econômico. Mas é também o vetor de uma crescente farmacologização da saúde pública em detrimento de outras iniciativas preventivas e de infraestrutura. Produtos farmacêuticos tornaram-se uma ferramenta fundamental nas deliberações sobre quem vive e a que custo vive.

Partindo disso, Biehl (2011) considera que os medicamentos acabam assumindo um papel de “balas mágicas” nas políticas públicas de saúde, como se fossem milagrosamente suficientes para lidar com os fatores implicados na produção de adoecimento e sofrimento da população, condições essas que, geralmente, mas não somente, sofrem também influências de questões de ordem social, política e econômica. É como se a

⁶ Movimento de ativistas de alguns países, em sua maioria, de língua inglesa, que propõe a abolição dos tratamentos involuntários e de toda natureza coercitiva utilizada na abordagem da Psiquiatria tradicional. Para mais informações, vide Santos (2023).

farmaceuticalização (Abraham, 2010) acompanhasse um movimento de negligência do Estado e sucateamento da vida, configurando-se como uma resposta precária para uma existência cada vez mais precarizada.

Segundo Dias & Muhl (2020, p. 71), as transformações assistenciais advindas dos processos de Reforma Psiquiátrica, de certo modo, contribuíram para a ampliação de uma verdadeira epidemia de uso de psicofármacos, contando, para isso, com o próprio financiamento público. Todos os referenciais em torno do cuidado em liberdade, autonomia, participação social e protagonismo não teriam sido suficientes para impedir essa expansão. Nas palavras dos autores:

é importante salientar que o próprio processo de mudança das políticas de saúde mental no país ampliou a medicalização de sua população, pois o uso de psicotrópicos facilita o gerenciamento do transtorno e a permanência do paciente fora do hospital psiquiátrico, não havendo, dessa forma, uma oposição das práticas desenvolvidas no interior da Reforma e os serviços de referência e práticas da psiquiatria contemporânea.

De certa maneira, esse cenário de uso generalizado dos medicamentos acaba por tornar os casos de recusa não só invisibilizados como ocupantes de um lugar analítico estratégico: como os serviços conseguem garantir o acesso à saúde de usuários que recusam esse artefato, se a sua oferta tem resumido, em muitas situações, a própria natureza desse acesso?

Referências

- Abraham, J (2010). Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions. *Sociology*, 44(4), 603–622. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0038038510369368>
- Appelbaum P. S., Gutheil, T. (1980). Drug Refusal: A Study of Psychiatric Inpatients. *Am J Psychiatry*, 137(3), 340-346. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/ajp.137.3.340>
- Appelbaum P. S., Gutheil, T. G (1979). "Rotting With Their Rights On": Constitutional Theory and Clinical Reality in Drug Refusal by Psychiatric Patients. *Bulletin of the AAPL*, 7(3), 306-315. Disponível em: <http://jaapl.org/content/jaapl/7/3/306.full.pdf>

- Appelbaum P. S., Gutheil, T. G (1982). Clinical Aspects of Treatment Refusal. *Comprehensive Psychiatry*, 23(6), 560-566. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(82\)90048-7](https://doi.org/10.1016/0010-440X(82)90048-7)
- Azize, R. L (2010). Notas de um 'não-prescritor': uma etnografia entre os estandes da indústria farmacêutica no Congresso Brasileiro de Psiquiatria. In: *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas* 1, 367-401. *Letras Contemporâneas*.
- Benini, I. S. P (2015). A experiência subjetiva do uso de psicotrópicos na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas]. Disponível em: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2015.946374>
- Benjamin, R (2016). Informed Refusal: Toward a Justice based Bioethics. *Science, Technology, & Human Values*, 41(6), 1-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0162243916656059>
- Biehl, J (2011). Antropologia no Campo da Saúde Global. *Horizontes Antropológicos*, 17(35), 257-296. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832011000100009>
- Biehl, J. (2008). Antropologia do devir: psicofármacos — abandono social — desejo. *Revista de Antropologia da USP*, 51 (2), 413-449. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S003477012008000200002>
- Brasil (1988). Conferência Nacional de Saúde (Brasília, 1987). I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. Conferência Nacional de Saúde. — Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- Brasil (1994). Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasília, 1992). Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental.
- Brasil (2001). Política nacional de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf
- Brasil (2007). Assistência Farmacêutica no SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde: CONASS. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro7.pdf
- Brasil (2022). RENAME — Relação Nacional de Medicamentos Essenciais — 2022 [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf>

- Brooks, A. D (1986). Law and Antipsychotic Medications. *Behavioral Sciences & The Law*, 4(3), 247-263. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/bsl.2370040302>
- Cohen, D., McCubbin, M., Collin, J., Pérodeau, G. (2001). Medications as social phenomena. *Health (London)*, 5(441), 441–469. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/136345930100500403>
- Conrad (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. The John Hopkins University Press.
- Conselho Federal de Medicina (2019). Resolução nº 2232 de 17 de julho de 2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370>
- Dell'acqua G., Mezzina R (2005). Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante, P (org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*, 2. Nau Editora.
- Dias, M., K. Muhl, C (2020). Agenciamentos da Psiquiatria no Brasil: Reforma Psiquiátrica e a Epidemia de Psicotrópicos. *Argumentum*, 12 (2), 60-74. Disponível em: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v12i2.29114>
- Dornelles, R. (19 de novembro de 2010). Medicamentos, saúde e marcadores sociais da diferença em tempos de COVID-19 [Participação em mesa-redonda]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=F5IZQlUtSkk>
- GIL, A. C. (2002) *Como elaborar projetos de pesquisa*. Atlas.
- Hall, W (2012). *Discontinuación del uso de drogas psiquiátricas: una guía basada en la reducción del daño*. The Icarus Project y Freedom Center. Disponível em: <http://willhall.net/files/GuiaReducciondelDanoDiscontinuaciondeDrogasPsiquiatricas2EdParalImprimir.pdf>
- Magaldi, F. S (2018). *A Unidade das Coisas: Nise da Silveira e a genealogia de uma psiquiatria rebelde no Rio de Janeiro*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/72/teses/862928.pdf>
- Minas Gerais (2006). *Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental*. Marta Elizabeth de Souza. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/679/o/Saude_mental_MG.pdf

- Moncrieff, J (2013). *Hablando claro una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Herder Editorial.
- Monnerat, S. (2020). Contribuições etnográficas para o estudo da medicação psiquiátrica: reflexões sobre o (des)controle dos sintomas. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFJF, 15 (1). Disponível em: <https://doi.org/10.34019/2318101X.2020.v15.27146>
- Morant, N., Kaminskiy, E., Ramon, S. (2016). Shared decision making for psychiatric medication management: beyond the micro-social. *Health Expectations*, 19 (5), 1002-1014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.12392>
- Onocko-Campos, R. T., Palombini, A. L., Silva, A. E., Passos, E., Leal, E. M., Serpa Júnior, O. D., Marques, C. C., Gonçalves, L. L. M., Santos, D. V. D., Surjus, L. T. L., Arantes, R. L., Emerich, B. F., Otanari, T. M. C., Stefanello, S. (2012). Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface - Comunicação em Saúde*. 16 (43), 967-980. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000040>
- Onocko-Campos, R. T., Passos, E. Palombini, A. L., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Gonçalves, L. L. M., Andrade, P. M., Borges, L. R. (2013). A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência e saúde coletiva* [online]. 18(10), 2889-2898. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.20232013e>
- Onocko-Campos, R. T., Palombini, A. L., Passos, E., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Gonçalves, L. L. M., Melo, J. Silveira, M., Guerra, S., Vasconcelos, C. S., Guerini, L. (2014) Gestão autônoma da medicação: Guia de Apoio a Moderadores. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf
- Parada, T. C (2018). Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos. *Salud Colectiva*. 14(3), 513-529. Disponível em: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1861>
- Reis, A. M. M.; Perini, E (2008). Desabastecimento de medicamentos: determinantes, consequências e gerenciamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (suppl), 603-610. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700009>
- Santos, A. S. (2022). *Entre ações e reações: controvérsias em torno da recusa aos psicofármacos na atenção psicossocial*. (Dissertação de Mestrado), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

- Santos, A. S. (2023). Um roteiro virtual sobre ativismo biossocial e biodeserção no Movimento dos Consumidores/Ex-pacientes/Sobreviventes da Psiquiatria. *Interface (Botucatu)*, 27 (e210814). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210814>
- Schwartz, H., Vingiano, W., Perez, C. B. (1988). Autonomy and the Right to Refuse Treatment: Patients. *Attitudes After Involuntary Medication. Hospital and Community Psychiatry*, 39(10), 1049-1054. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/ps.39.10.1049>
- Serrano-Miguel, M., Martínez-Hernández, A (2020). Apuntes para una nueva cultura de cuidados en salud mental. *Revista Polis e Psique*, 10(2), 247-266. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.104398>
- Sistema Único de Saúde/ Conselho Nacional de Saúde (2010). Comissão Organizadora da IV. Conferência Nacional de Saúde Mental — Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental — Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf
- Stevenson, F. A., Barry, C. A. Britten, N., Barber, N. Bradley, C. P. (2000). Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Social Science & Medicine*, 50(6), 829-840. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00376-7](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00376-7)
- Stone, A. A (2003). The Right to Refuse Treatment: *Sell v United States*. *Psychiatric Times*, 20(9). Disponível em: <https://www.psychiatrictimes.com/view/right-refuse-treatment>
- Vasconcelos, E (2014). M. Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas. Escola de Serviço Social da UFRJ; Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. Disponível em: <https://bityli.com/iFhuBB>
- Venturini, E (2017). O consentimento informado e a recusa do tratamento. In PITTA, A., Oliveira, W. Amarante, P. (orgs). *Direitos humanos e saúde mental*. Hucitec.P.Xx

REFLEXÕES SOBRE O ENSINO SUPERIOR DE ENFERMAGEM EM CABO VERDE

Liciane Langona Montanholi

*“O mais urgente em nossa sociedade é trabalhar com amor.
Não com um amor pequeno frágil, mas como maior
amor do mundo, seguro, confiante e capaz”.*

Montanholi (2022)

Introdução

[A construção da profissão de enfermagem em Cabo Verde]

Cabo Verde é um país insular, localizado no Oceano Atlântico, a 483 km do litoral do Senegal e 2.414,02 km da costa do Nordeste brasileiro, sendo um marco fronteira entre o Atlântico Norte e o Atlântico Sul, em uma encruzilhada entre o continente africano, europeu e americano. Cabo Verde é constituído por dez ilhas, subdivididas em dois grupos: Sotavento (Ilhas: Brava, Fogo, Santiago e Maio) e Barlavento (Ilhas: Santo Antão, São Vicente, São Nicolau, Sal, e Boavista e Santa Luzia, a única ilha inabitada) (Madeira, 2015).

O país começou a ser povoado em 1466, por africanos escravizados, vindos do continente e por portugueses colonizadores. As condições de vida e a saúde da população eram muito precárias, uma vez que o país foi um importante entreposto de escravos, concentrando muitas doenças, que, somadas ao deficiente sistema de saúde e de higiene, geraram relevantes epidemias. Assim, os cuidados de saúde eram baseados em conhecimentos práticos com os escassos materiais que eram trazidos por navios que passavam pelo país. Por muitos anos, predominou o cuidado familiar, passado de geração para geração, o qual carrega muitos costumes e práticas africanas (Martins, 2008).

O ensino de Enfermagem em Cabo Verde iniciou com cursos práticos, destinado aos sargentos, cabos e soldados. Ao longo dos anos, tais cursos foram sendo revistos, aumentando a carga horária, ampliando o conteúdo e admitindo o ingresso das demais pessoas da sociedade. A melhoria da formação dos enfermeiros em Cabo Verde foi possibilitada pela cooperação entre outros países, como escolas portuguesas e a Fundação Calouste Gulbenkian (Martins, 2008).

A Fundação Calouste Gulbenkian tem mantido relações de cooperação com o Estado de Cabo Verde desde a época colonial, intensificando-se após a independência de Cabo Verde em 1975. A fundação tem apoiado o país na formação e qualificação de recursos humanos, principalmente na área da saúde, fornecendo recursos materiais e financiando programas educacionais que incluem licenciaturas, mestrados e doutorados (Carvalho, 2018).

Cooperações com outros países como: Brasil, China, Cuba, Portugal, também possibilitaram e possibilitam até hoje a formação de enfermeiros cabo-verdianos. Tais cooperações são acordos entre os países que visam facilitar o intercâmbio de estudantes de licenciatura ou pós-graduações.

O primeiro curso universitário de Enfermagem em Cabo Verde começou a ser oferecido na Universidade de Cabo Verde (ano letivo 2008/2009) com o apoio da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Atualmente, existem dois cursos de enfermagem na Universidade de Cabo Verde, um na Ilha de Santiago, na cidade de Praia (capital de Cabo Verde), e outro na Ilha de São Vicente, em Mindelo. Além disso, existem duas instituições privadas em Praia e uma no interior da ilha de Santiago que oferecem o curso de Enfermagem.

Desta forma, observamos que o Ensino Superior de Enfermagem é jovem em Cabo Verde e encontra-se em fase de expansão e aprofundamento do pensamento científico, exigindo um constante aperfeiçoamento dos docentes em atividades que promovam reflexões sobre a prática de enfermagem no país e permitam superar os desafios para aprimorar o cuidado.

Em relação ao mercado de trabalho para os enfermeiros, predominam-se os hospitais públicos e centros de saúde. Tem-se observado um aumento de clínicas que oferecem atendimento de enfermagem e a inauguração do primeiro hospital privado em Mindelo no ano de 2022. Os licenciados em enfermagem também lecionam em cursos técnicos e nos cursos universitários.

Em Cabo Verde, ainda não há um conselho/ordem dos enfermeiros, no entanto, foi constituída uma Comissão Instaladora da Ordem dos Enfermeiros, que tem trabalhado na organização interna e discussão da regulação profissional da enfermagem no país. Há formação continuada dos enfermeiros pelos hospitais e que, muitas vezes, são realizadas em parcerias com cooperações de profissionais estrangeiros que prestam serviço em missões no país.

Entendendo que a formação dos enfermeiros depende do acesso à educação de qualidade nas universidades, o objetivo deste trabalho foi refletir as necessidades de

aprendizado dos estudantes do Ensino Superior de Enfermagem em Cabo Verde, à luz dos fundamentos da Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire.

Metodologia

Trata-se de um estudo reflexivo que relata a experiência da autora, uma enfermeira brasileira com doutorado em Ciências, que atua como professora universitária nos cursos de Enfermagem em Cabo Verde há cinco anos. O estudo aborda suas relações com os fundamentos da Pedagogia da Autonomia, de Paulo Freire.

Barreiras para o ensino em Enfermagem em Cabo Verde

O discurso apresentado por Paulo Freire no livro Pedagogia da Autonomia tem como base o respeito aos Direitos Humanos. A liberdade de expressão defendida por Paulo Freire vai ao encontro do Direito à Liberdade. Paulo Freire defende a educação pela formação da consciência, sendo assim, a liberdade é seu princípio fundamental. Desta forma, observamos que a Pedagogia da Autonomia abomina qualquer forma de violência no processo ensino aprendizagem (Freire, 1996).

No entanto, diversos componentes estruturais como: racismo, diferenças baseadas no gênero, idade e classe social, podem dificultar a relação professor/estudante e prejudicar os processos de ensino-aprendizagem (Osmar & Goutlieb, 2018). A dificuldade em lidar com essas diferenças pode ser tanto dos professores quanto dos estudantes. Essas dificuldades podem ser fruto da cultura, educação familiar ou escolar, ou traumas/experiências vividas em outras relações.

As relações vividas no ambiente familiar, especialmente na infância, definem muitos dos nossos comportamentos na vida adulta e podemos reproduzir comportamentos que vivenciamos, por meio das competências, conhecimento e habilidades que adquirimos (Núcleo de Ciência pela Infância, 2014). Vários fatores influenciam na aquisição de competências e habilidades, refletindo no desenvolvimento da estrutura e função cerebral, tais como: saúde, nutrição, cuidadores responsivos, aprendizagem precoce, segurança e proteção (Machel, 2016). Nos agregados familiares em Cabo Verde, observa-se presença de fatores que podem dificultar a segurança e proteção necessárias para o desenvolvimento da criança.

Um fator de relevante importância é a violência baseada no gênero nas relações conjugais (Silva, 2009), que podem se refletir na insegurança física e emocional da criança,

afetando seu desenvolvimento, aprendizagem, autoestima, capacidade gerenciar suas emoções e de estabelecer relações seguras na vida adulta (Brasil. Ministério da Saúde, 2019).

A violência conjugal é um problema social complexo, estrutural, resultante das histórias pessoais dos membros da família e mantida pelos estereótipos de gênero e dificuldade da sociedade de reconhecer a violência como um problema público. Na situação de violência conjugal há desequilíbrio de poder nas relações de gênero. Nessas relações, o mais comum são os homens terem o direito de exercer o domínio por meio de imposição da força física e do desejo sexual, manipulações, chantagens emocionais e privação de recursos materiais. A violência conjugal tem sido mais expressiva em famílias de menor poder aquisitivo, em que, a dependência econômica da mulher dificulta a separação do agressor (Silva, 2009).

Em Cabo Verde, têm sido observados valores sociais que envolvem a crença no direito do homem de exercer controle e dominação sobre sua companheira, enquanto se espera que a mulher aceite e permaneça submissa. Superar a violência requer transformações em diversos aspectos da sociedade, com ênfase na revisão desses valores (Silva, 2009)."

A violência familiar gera efeitos nocivos nas crianças a curto, médio e longo prazo que podem comprometer seu desenvolvimento e sua capacidade de gerenciar suas emoções, afetando as relações com as demais pessoas (Patias, Bossi, & Dell'Aglio, 2014). Famílias que vivem situações de violência conjugal encontram-se em desequilíbrio nas relações, podendo gerar falta de diálogo, medo e comportamentos impositivos que podem prejudicar a educação dos filhos. Assim, os casais tendem a não estar disponíveis para suprir as necessidades de cuidados dos filhos e agir com imposições, agressões e negligência, da mesma forma que fazem entre si. No entanto, a criança está em desenvolvimento e vendo nos pais esse exemplo, podem passar a reproduzir tais comportamentos em suas relações, tanto como vítimas, quanto como agressores (Brasil, 2010).

No entanto, a violência também está presente nas escolas e universidades em Cabo Verde. Nas universidades há relatos informais dos estudantes e de familiares sobre violência verbal, em que há depreciação da capacidade intelectual dos estudantes. Professores universitários também relatam dificuldade nas relações com os estudantes devido à indisciplina em sala de aula.

Por outro lado, uma pesquisa sobre a incidência de violência nas escolas secundárias de Cabo Verde, conduzida com a participação de 2.804 alunos do 7º ao 12º ano e 566 professores, revelou que 44,9% dos estudantes e 21,9% dos professores já experimentaram situações de violência, enquanto 26,9% dos alunos admitiram ter-se envolvido em atos de

violência. A maioria dos estudantes (76%) acredita que a origem da violência está na falta de interesse na matéria e comportamento dos educandos (CIGEF, 2018).

A violência observada na sociedade e no ensino em Cabo Verde, permite-nos refletir sobre as manifestações discriminatórias de gênero e de classe que permeiam a prática educativa, independentemente da faixa etária dos estudantes. A melhor maneira de lutar por ela é testemunhá-la em nossa prática, observando nossa relação com os educandos (Freire, 1996). A redução dessa violência enfrentada pelos estudantes pode ocorrer por um esforço conjunto envolvendo diferentes partes da sociedade, incluindo setores como saúde e educação. Isso pode ser alcançado por meio da conscientização, análise e reflexão sobre os valores sociais que perpetuam a violência, bem como o fortalecimento da capacidade de enfrentar dificuldades e resolver conflitos interpessoais (Patias, Bossi, & Dell`Aglia, 2014).

Dessa forma, a universidade pode colaborar com o amadurecimento da sociedade por meio do incentivo à reflexão, raciocínio lógico e crítico da realidade. Assim, o desenvolvimento de pesquisas é uma das características do ensino superior que possibilita a análise e proposta de soluções para os problemas da sociedade (Banco Mundial, 2012). O amadurecimento das relações humanas é possível por meio de reflexões sobre nossas próprias ações, a fim de permitir o respeito às necessidades dos professores e estudantes.

Caminhos para a docência em Enfermagem em Cabo Verde

[Ensinar exige rigorosidade metódica]

A docência baseada na formação crítica do estudante baseia-se no fundamento que ensinar não é meramente transmitir conhecimentos, mas criar possibilidades para sua produção e construção. O professor aprende ao ensinar e o estudante ensina ao aprender. Para que esse cenário seja possível, é necessário que o professor e os estudantes sejam criativos, investigadores, inquietos, curiosos, humildes e persistentes (Freire, 1996). Dessa forma,

educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo. Só assim podemos falar realmente de saber ensinado, em que o objeto ensinado é apreendido na sua razão de ser e, portanto, aprendido pelos educandos (Freire, 1996, p. 15).

De acordo com Freire (1996), a rigorosidade metódica não se relaciona com o discurso “bancário” meramente transferidor do perfil do objeto ou do conteúdo. Por outro

lado, a violência observada no processo de ensino-aprendizagem em Cabo Verde pode ser fruto da insatisfação dos estudantes em relação ao método de ensino oferecido, muitas vezes baseado na imposição e restrição da liberdade de expressão, ao mesmo tempo que exige notas elevadas para colocação profissional. Neste sentido, o ensino de enfermagem em Cabo Verde deve ser uma construção contínua na qual o professor precisa conhecer a realidade dos estudantes, a história e prática contemporânea da enfermagem no país. Ademais, é necessário acompanhar as transformações históricas, econômicas e sociais que influenciam na saúde da população e no trabalho do enfermeiro.

Como as universidades e a ciência no país são jovens, a prática da enfermagem ainda é baseada, em sua maioria, em estudos realizados em outros países. Ademais, a ausência de um conselho de Enfermagem dificulta a padronização dos procedimentos a nível nacional ou mesmo a discussão dos problemas vivenciados na profissão.

Assim, um curso de licenciatura em Enfermagem deve proporcionar que os estudantes tenham contato com conteúdo e práticas que possam estimular o desenvolvimento do seu pensamento crítico. Isso os capacita a analisar a realidade e aplicar seus conhecimentos considerando a cultura, economia e práticas sociais de Cabo Verde

Sendo essencial a união da teoria com a prática da enfermagem em Cabo Verde, é importante diversificar a metodologia com conteúdos teóricos, atividades reflexivas, aulas práticas, estudos de caso, entre outras atividades, a fim de possibilitar caminhos para o raciocínio científico.

O estudante deve ser estimulado a aprender e agir além dos condicionantes (Freire, 1996). Em Cabo Verde este estímulo deve ser mais intenso, posto que a maioria do conhecimento e práticas de enfermagem são “importadas” de outros países.

Ensinar exige pesquisa

O trabalho do professor sempre é baseado na busca, indagação e na pesquisa, assim, sua formação permanente se faz por meio do ser professor e ser pesquisador (Freire, 1996).

A enfermagem, por natureza, é uma profissão em transformação contínua que segue as necessidades de saúde da sociedade. Em tempos de mudança climática e crises sociais e econômicas, essas necessidades mudam em ritmo mais acelerado. Esse cenário exige uma prática diária de conhecer a realidade, agir com as melhores práticas e conhecimento disponíveis e buscar soluções inovadoras para os novos problemas apresentados.

Ao professor de enfermagem, cabe a responsabilidade de atualizar seu conhecimento científico, estar atento aos acontecimentos locais/regionais e, sempre que

possível, colaborar com pesquisas científicas a fim de investigar as mudanças na sociedade em que vive. Os estudantes devem ser estimulados a fazer esse exercício e terem supervisão para desenvolverem trabalhos científicos ou que sigam rigor científico.

Na licenciatura em Enfermagem em Cabo Verde, o primordial é o ensino do rigor científico e estimular a capacidade de raciocínio dos estudantes. Como salientamos anteriormente, a violência ainda permeia o processo de ensino-aprendizagem e uma das graves consequências é a redução da autoestima e curiosidade dos estudantes.

Outro desafio da atualidade é o uso da internet e a divulgação rápida do conhecimento científico. Os estudantes encontram vários tipos de materiais (ex.: livros, videoaulas, manuais, artigos científicos, blogs, páginas nas redes sociais) que disponibilizam o conhecimento gratuitamente. Grande parte do conteúdo disponibilizado não passa por uma triagem de especialistas, ou seja, a disseminação de informações incompletas, incorretas, superficiais são uma constante. Ademais, o excesso de informações pode dificultar o estudo aprofundado e crítico dos problemas vivenciados por cada população.

Em um contexto onde a maioria dos estudantes vive violência no processo de ensino-aprendizagem e/ou familiar, o sucesso escolar pode ser mais atribuído a nota do que a construção da capacidade de pensar. Pela internet, os estudantes têm acesso a trabalhos e conteúdos que poderiam garantir notas altas. Assim, o plágio é algo para o qual os professores precisam estar atentos. O desafio é instigar o estudante a pensar e sempre acreditar em sua capacidade de raciocinar. O plágio deve ser corrigido, estimulando o estudante à pesquisar em documentos científicos e fontes credíveis, e respeitar o direito à autoria, com citação de fonte, dissertação sobre o conhecimento e reflexão sobre a realidade atual. Pessoas capazes de refletir, se tornam capazes de construir seu próprio conhecimento e se vêm mais capacitadas para desenvolver ações que podem melhorar sua qualidade de vida.

Ensinar exige respeito aos saberes do educando

Quando partimos do princípio que o conhecimento é uma construção individual, logicamente é necessário o respeito aos saberes dos estudantes. Desta forma, deve existir espaço para a problematização, sem, no entanto, permitir julgamentos ou críticas ao conhecimento adquirido pelos estudantes ao longo de sua vida, pois seus conhecimentos irão refletir:

- Sua vida em sociedade: condições sociais, lazer, higiene, alimentação, segurança.

- Educação recebida pela família/cuidadores principais: imposição de limites necessários para a criança aprender a manter-se segura e saudável.
- Educação recebida nas escolas: novos conhecimentos somados à oportunidade de reflexão e crítica sobre os fatos que acontecem em sua vida.

Para Freire (1996) é necessário associar os conteúdos apreendidos nas disciplinas com a realidade vivida pelos estudantes. Compreender como cada novo conhecimento pode beneficiar a vida de cada um e a vida em sociedade. Para tanto, é necessário compreender as implicações políticas e ideológicas que geraram tais condições de vida. Não se trata de defender uma ou outra ideologia, mas, sim, discutir os reflexos de cada uma na vida social. Desta forma, o professor oferece aos estudantes o apoio para desenvolverem suas próprias reflexões.

A escrita também é um desafio no ensino universitário em Cabo Verde, pois os estudantes falam crioulo em seu cotidiano e usam o português de Portugal (língua oficial) nas atividades propostas pelos professores. Muitos estudantes se comunicam em crioulo na sala de aula. Nos estágios, o crioulo é utilizado na comunicação entre profissionais e clientes e as anotações de enfermagem são feitas em português de Portugal. Ou seja, escrita e língua falada diferem, na maioria das vezes.

Os documentos para consulta recomendados pelos professores são, em sua maioria, portugueses ou brasileiros, ou seja, o ensino é permeado pelo crioulo, português brasileiro e português de Portugal. Cabe ressaltar que cada ilha fala uma variante do crioulo e elas diferem bastante entre si. Estas diferenças na comunicação exigem do professor atenção para que a comunicação seja eficaz e que haja rigor durante o processo de correção dos trabalhos.

Ensinar exige criticidade

Freire (1996) associa a curiosidade à criticidade, ou seja, a curiosidade como inquietação indagadora, como procura de esclarecimento, como necessidade de compreensão dos fenômenos vitais. Assim, a criticidade surge após a curiosidade de conhecer e compreender a realidade. Desta forma, a curiosidade humana vem sendo histórica e socialmente construída e reconstruída.

A curiosidade é inerente à criança e, se não for reprimida ou sufocada de forma violenta, continuará a ser uma necessidade constante de aprendizado (Winnicott, 1975). O papel do professor é levantar questões que ajudem o estudante a direcionar sua curiosidade, a investigar amplamente o objeto/evento que despertou inicial interesse. No

entanto, em um sistema familiar e social permeado por violência, a curiosidade vai se anulando, de forma que os estudantes vão se acostumando a calar-se para evitar serem expostos a mais violência. Essa violência se expressa tanto no julgamento do professor diante da dúvida do estudante, quanto da negligência na organização das aulas.

Assim, para o desenvolvimento da criticidade em sala de aula, é necessário respeitar e acolher a curiosidade dos estudantes, para depois direcioná-la para o pensamento crítico.

Ensinar exige estética e ética

Freire (1996) claramente defende o ensino fundamentado no respeito e fortalecimento moral dos estudantes. Neste sentido, o autor afirma que “não é possível pensar os seres humanos longe, sequer, da ética, quanto mais fora dela”. Assim, ações antiéticas são consideradas uma transgressão. O ensino que se concentra apenas na abordagem técnica ou teórica, caracterizado pela memorização de conteúdo e pelo plágio em trabalhos acadêmicos, é considerado antiético, pois limita a capacidade de raciocínio dos estudantes.

Para efetuar uma mudança real, é fundamental que a formação de novos enfermeiros os capacite a observar a realidade, tomar decisões fundamentadas e evitar a reprodução de situações que violem os Direitos Humanos. A transformação dos valores éticos e morais requer mais do que apenas o estudo da legislação e direitos: exige uma reflexão sobre como cada indivíduo e as coletividades se comprometem no respeito e na defesa desses direitos.

O sigilo precisa ser treinado em sala de aula, tanto por meio de estudos de casos como pelo respeito às questões/dificuldades apresentadas por cada estudante. Comportamentos como difamar, depreciar o colega durante a exposição de dúvidas, devem ser observados, problematizados e motivo de reflexão dos professores e estudantes. Neste caso, quando o professor está atento, valoriza e reconhece a dificuldade/dúvida do estudante e oferece meios de ajudá-lo a superar, contribuindo para a normalização das fragilidades humanas. Na verdade, somente após reconhecermos nossas fragilidades/dúvidas é que podemos pensar em como nos fortalecer. Por outro lado, a manutenção da dúvida, pode gerar problemas graves no futuro, inclusive levando a erros profissionais.

Ademais, o incentivo constante ao aprendizado vinculado à prática ajuda o estudante a visualizar a necessidade de persistir nos estudos. Com isso, as provas não serão vistas como notas apenas, mas serão frutos do esforço pessoal do estudante em assimilar conhecimentos os quais serão necessários para sua prática enquanto futuro enfermeiro. O

professor passa a ser um parceiro na resolução das dificuldades e na formação de enfermeiros capazes de enfrentar os desafios da profissão e não um mero avaliador que atribui notas.

Ensinar exige a corporificação das palavras pelo exemplo

Ao trabalhar com a construção do conhecimento, Paulo Freire, assume a premissa de que o professor também passou e passa pela contínua construção do seu conhecimento. Como vimos anteriormente, o conhecimento é construído com a reflexão entre a teoria e a prática, com o amadurecimento da curiosidade, do raciocínio lógico e da moral. Assim, uma forma possível de ensinar pela construção do conhecimento, é pela corporificação das palavras pelo exemplo, ou seja, o professor vive e pratica o ensinamento, educa pelo exemplo.

No contexto da enfermagem de Cabo Verde, ensinar pela construção do conhecimento é essencial para mudanças efetivas na assistência à saúde. Muitas vezes, durante os estágios, os estudantes estão expostos a práticas que não respeitam os Direitos Humanos e, dependendo de sua maturidade, podem assimilar tais práticas como corretas e replicá-las em sua vida profissional. O dinamismo da construção do conhecimento precisa ser alimentado pela alegria, esperança diária de mudança da sociedade por meio do ensino, posto que, jamais será estático.

Ensinar exige risco, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação

Para Freire (1996, p. 19):

É próprio do pensar certo a disponibilidade ao risco, a aceitação do novo que não pode ser negado ou acolhido só porque é novo, assim como o critério de recusa ao velho não é apenas o cronológico. O velho que preserva sua validade ou que encarna uma tradição ou marca uma presença no tempo continua novo.

Nesse contexto, é fundamental compreender a história da prática de enfermagem em Cabo Verde, que está profundamente ligada ao cuidado familiar, às tradições africanas e ao papel das mulheres na sociedade, e deve ser levada em consideração. Em Cabo Verde, o cuidado aos filhos e pessoas idosas continua a ser responsabilidade, majoritariamente, das mulheres. Ademais, muitas famílias são chefiadas por mulheres.

Essa realidade se relaciona com o trabalho do enfermeiro, uma vez que, as mulheres têm sido responsáveis pela manutenção da saúde de suas famílias. Ou seja, é preciso observar e investigar atentamente como as práticas de saúde ocorrem no seio familiar, sem discriminar ou julgar. Partindo dessa aceitação, podemos iniciar um diálogo sobre novas formas de cuidar, incluindo os homens nos cuidados dos filhos.

Outro exemplo é o uso de medicamentos “di terra” (da terra, tradicionais de Cabo Verde), ou seja, medicamentos feitos a base de plantas que continuam fazendo parte da vida de muitos cabo-verdianos. O uso incorreto desses medicamentos, muitas vezes gera problemas na saúde de crianças e pessoas vulneráveis ou mesmo atrasa o diagnóstico e tratamentos oferecidos pelos serviços de saúde. Nesse contexto, é essencial compreender essas práticas, explorar maneiras seguras de aplicá-las e reconhecer a importância dos tratamentos médicos disponibilizados pelo sistema de saúde, harmonizando-os com a cultura e o conhecimento local.

O papel do professor nesse contexto é facilitar o diálogo com os alunos de modo que eles aprendam a não punir, culpar ou julgar indivíduos pelo cuidado que prestam à sua saúde e à saúde de seus familiares. Em vez disso, é fundamental que os alunos compreendam os motivos subjacentes que levam a essas práticas. Somente por meio desse entendimento será possível integrar novos conhecimentos que complementem a qualidade da assistência à saúde, sem desconsiderar totalmente os cuidados tradicionais oferecidos.

Considerações finais

Compreendemos que a atuação do enfermeiro em Cabo Verde reflete a formação recebida nas universidades. No entanto, existem outros fatores que dificultam a formação continuada desses profissionais, como a falta de um conselho de Enfermagem. Assim, percebemos que um dos caminhos para a formação dos enfermeiros é promover uma educação problematizadora/crítica nos cursos de licenciatura em Enfermagem, em que haja espaço para reflexões, partindo sempre do respeito à autonomia dos estudantes.

Ademais, o professor precisa atento à ciência e estar aberto para compreender as necessidades de aprendizado de cada estudante e proporcionar diversas formas de aprendizado que auxiliem a compreensão da realidade, visualizando caminhos para a melhoria da atuação do enfermeiro.

Referências

- Mundial, B. (2012). Construindo o futuro: como é que o ensino superior pode contribuir para a agenda de transformação econômica e social de Cabo Verde. Documento do Banco Mundial.
- Brasil, M. (2010). Linhas de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situações de violência: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2019). Impacto da violência na saúde de crianças e adolescentes. Brasília. Disponível em:
https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/ms/cartilha_impacto_violencia.pdf
- Carvalho, M. A. (2018). Ensino Superior em Cabo Verde: o contributo da fundação Calouste Gulbenkian. Praia, Cabo Verde: Universidade de Cabo Verde.
- CIGEF, U. (2018). Violência nas escolas secundárias públicas em Cabo Verde. Praia: Universidade de Cabo Verde.
- Freire, P. (1996). Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra.
- Machel, G. (2017). Good early development-the right of every child. The Lancet, 389(10064), 13-14. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27717608/>
- Madeira, J. C. (2015). Nação e Identidade: a singularidade de Cabo Verde. (Tese de doutorado), Universidade de Lisboa, Portugal.
- Martins, A. S. (2008). História de enfermagem em Cabo Verde. Revista de Enfermagem Referência, 2(6), 109-111. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239953003.pdf>
- Montanholi, L. (2022). Cultivando o amor próprio: da aceitação à plenitude. Amazon Kindle. Disponível em: https://www.amazon.com/-/pt/dp/B0BRD8STZL/ref=sr_1_1?__mk_pt_BR=%C3%85M%C3%85%C5%BD%C3%95%C3%91&crd=3FQF.
- Núcleo de Ciência pela Infância. (2014). O impacto do desenvolvimento na primeira infância sobre a aprendizagem. Brasília: Ministério da Cidadania (Brasil).
- Osman, N. Y., & Gottlieb, B. (2018). Mentoring across differences. MedEdPORTAL, 14, 10743. Disponível em: https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10743.

- Patias, N. D., Bossi, T. J., & Dell'Aglio, D. D. (2014). Repercussões da exposição à violência conjugal nas características emocionais dos filhos: revisão sistemática da literatura. *Temas em Psicologia*, 22(4), 901-915. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2014000400017&script=sci_abstract
- Silva, C. D. (2009). Trajectória de mulheres vítimas de violência conjugal: análise a partir da percepção das mulheres que vivenciam o drama. (Dissertação de mestrado). Praia/Cabo Verde: Universidade de Cabo Verde, Portugal.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

APROXIMACIÓN AL MARCO JURÍDICO DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN COLOMBIA: CONSIDERACIONES EDUCATIVAS CON ENFOQUE DE DERECHOS

Lorena Vitola Castaño

Aproximaciones al concepto jurídico de educación sexual y al de educación integral de la sexualidad (EIS)

El presente documento versa, principalmente, sobre los fundamentos y referentes jurídicos relacionados con la educación sexual en el ámbito colombiano; antes, y para efectos de contexto, dentro de este documento se considera conveniente realizar una breve introducción a referentes conceptuales, tanto internos como internacionales, en relación con esta categoría. En ese orden de ideas, la educación sexual tiene muchas acepciones, dicho concepto además varía según el país, el momento y el contexto de la cultura en que ha sido construida, entre otros factores. Particularmente, en el caso de Colombia, este tipo de formación es definida jurídicamente por la Ley 1620 de 2013, artículo 02, como:

Es aquella orientada a formar personas capaces de reconocerse como sujetos activos titulares de derechos humanos, sexuales y reproductivos con la cual desarrollarán competencias para relacionarse consigo mismo y con los demás, con criterios de respeto por sí mismo, por el otro y por el entorno, con el fin de poder alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social que les posibilite tomar decisiones asertivas, informadas y autónomas para ejercer una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana en torno a la construcción de su proyecto de vida y a la transformación de las dinámicas sociales, hacia el establecimiento de relaciones más justas, democráticas y responsables.

Otro referente conceptual importante, esta vez de carácter internacional, es el de la educación sexual integral, la cual es definida por el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas - UNFPA (13 de septiembre 2021) como:

Un enfoque de la educación sexual basado en los derechos y con perspectiva de género, tanto dentro como fuera del ámbito escolar. Es más eficaz cuando se enseña en el curso de varios años mediante la integración de información apropiada para la edad que explique el

desarrollo de las capacidades de las y los jóvenes. La educación sexual integral comprende información científicamente precisa sobre desarrollo humano, anatomía y salud reproductiva, así como información sobre anticoncepción, parto e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el VIH, y va más allá de la información al ayudar a las y los jóvenes a explorar y cultivar valores positivos en torno a su salud y derechos sexuales y reproductivos. Este tipo de educación abarca análisis de la vida familiar y las relaciones, la cultura y los roles de género, además de abordar los derechos humanos, la igualdad de género, la autonomía corporal y amenazas tales como la discriminación y el abuso y la violencia sexual.

Origen y Antecedentes Jurídicos de la Educación Sexual en Colombia

En segundo lugar, se estima pertinente realizar un breve resumen sobre los antecedentes jurídicos de la educación sexual en Colombia a partir de la aprobación de la Constitución Política de 1991; en consecuencia, el referente que es considerado la génesis del desarrollo jurídicamente vinculante de este tipo de formación, debido a los muchos y trascendentes impactos que provocó, es la Sentencia N°T-440/92 proferida por la Corte Constitucional Colombiana, el 02 de julio de 1992.

El icónico caso abordó discusiones sobre derechos fundamentales que hasta ese momento no se habían debatido en la justicia colombiana, ni siquiera en el orden constitucional, entre ellos libertad de enseñanza en relación con la educación sexual. El caso trató sobre una maestra de una escuela veredal en el municipio de Ventaquemada (Boyacá) que en 1991, a través de proceso disciplinario, fue excluida del escalafón docente y destituida, por presuntamente haber incurrido en la “práctica de aberraciones sexuales” entre otras acusaciones, al impartir en una clase aspectos relativos a la educación sexual a sus estudiantes de 3° de primaria, y cuya decisión ella trató de impedir al interponer una acción de tutela.

Al final, la decisión jurídica más relevante en relación con la educación sexual, en esta controversia judicial, que no contaba con precedentes, tuvo que ver con el numeral tercero de la parte resolutive de la providencia judicial, en donde la Corte Constitucional Colombiana ordenó mediante Sentencia N°T-440/92 del 02 de julio de 1992, entre otros aspectos, lo siguiente:

Solicitar al ministro de educación que, en un término de 12 meses luego de recibir el informe de los expertos mencionado en este proveído proceda a ordenar las modificaciones y

cambios a que haya lugar para adelantar, conforme a los mismos, la educación sexual de los educandos en los diferentes centros educativos del país.

A partir de allí, el Ministerio de Educación Nacional (MEN) tuvo la obligación de elaborar políticas públicas para la educación sexual, lo que ha venido haciendo periódicamente desde ese momento, y que ha decantado en diversidad de proyectos, planes, programas, guías, capacitaciones y otros tipos de estrategias dirigidas a promover una educación sexual adecuada, aunque ello se ha dirigido de forma preponderante o limitado al contexto de la educación escolar, ya que en el nivel de educación superior no hay un seguimiento o políticas concretas al respecto. Igualmente, el Ministerio ha proferido resoluciones de carácter nacional y participado en proyectos de ley relacionados con la materia, que fueron aprobados en el Congreso.

Marco jurídico de la educación sexual en Colombia

Por otra parte, en relación con los referentes jurídicos y el marco legal de la educación sexual y reproductiva en Colombia, se estima pertinente establecer algunos de estos elementos, que pertenecen a diferentes niveles jerárquicos normativos, desde dos escenarios, uno nacional y otro internacional, este último articulándolo con el bloque de constitucionalidad, a través del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DDHH), más específicamente mediante los tratados ratificados por Colombia en materia de DDHH; y por otra parte, trayendo a colación algunos elementos de política pública sobre la materia, en consideración a la estrecha relación que estas tienen con el desarrollo, anterior, concomitante o posterior, del área jurídica, los cuales podríamos relacionar así:

Normas y Referentes Jurídicos Internos

Algunos de los más importantes referentes jurídicos en el orden jurídico colombiano son los siguientes:

- Constitución Política de Colombia, 1991. Artículos 27 y 67, entre otros
- Resolución 3353, 02 de julio de 1993 del MEN (Obligatoriedad de la educación sexual en las instituciones educativas de todo el país)

- Ley 115 del 08 de febrero de 1994. Artículos 13 y 14. (Ratifica la obligatoriedad de la educación sexual)
- Decreto reglamentario 1860, del 3 de agosto de 1994. Artículo 36 (Promueve la enseñanza de la educación sexual bajo la modalidad de proyectos pedagógicos)
- Ley 1098 del 08 de noviembre de 2006, artículo 44. Código de Infancia y Adolescencia
- Ley 1146 del 10 de julio de 2007, artículo 14; por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y la atención integral a niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente, incluyendo un componente educativo
- Resolución 425 de 2008
- Ley 1257 del 2008, sobre sensibilización, prevención y sanción de la violencia contra las mujeres
- Ley 1336 de 2009
- Ley 1620 del 15 de marzo de 2013
- Decreto 2968 del 2010 (Se crea la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos)
- Ley 1620 del 15 de marzo 2013, por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar
- Decreto N°965 del 1° septiembre 2013. Por el cual se reglamenta la Ley 1620 de 2013, que crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar Ley 1623 de 2013, Estatuto de la Ciudadanía Juvenil
- Ley 1953 del 20 de febrero de 2019
- Jurisprudencia de la Corte Constitucional Colombiana, relativa a la educación sexual, entre ellos Sentencia C-085/16, del 24 de febrero de 2016 y la Sentencia T-251/05 del 17 de marzo de 2005, entre otras.

Tratados, instrumentos y referentes jurídicos internacionales relacionados

Algunas de las normas jurídicas y que guardan relación con la pertinencia de la educación sexual responsable e integral internacionalmente, son:

Sistema Universal de Derechos Humanos

- Declaración Universal de Derechos Humanos
- Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales y su Protocolo Facultativo
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas Discriminación contra la Mujer y su Protocolo Facultativo
- Convención sobre los Derechos del Niño, del 20 de noviembre de 1989, art. 19; y su Protocolo Facultativo (Sobre abusos y violencia sexual a menores)
- Declaración Mundial sobre la Educación para Todos
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
- Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo (CIPD) El Cairo, Egipto. Septiembre de 1994 y su Programa de Acción
- La plataforma de Acción de Beijing
- Convención de la UNESCO Relativa a la Lucha de las Discriminaciones en la Esfera de la Enseñanza
- Convenio de la Haya sobre la Responsabilidad Paterna y la Protección de los Niños

Sistema Interamericano de Derechos Humanos

- Convención Americana de Derechos Humanos – Pacto de San José
- Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales – Protocolo de San Salvador
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer o Convención de Belém de Para
- Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad

Política Pública del Estado Colombiano

Algunos Desarrollos de Política Pública Relacionados

- Programa de Educación Para la Sexualidad y la Construcción de Ciudadanía – PESCC, elaborado por el Fondo de Población para las Naciones Unidas UNFPA en concurso con el Ministerio de Educación Nacional (2008). Es considerada la primera política pública en establecer la sexualidad como un atributo de la personalidad (Ministerio de Educación, 2008)
- CONPES N°147 de 2012. Sobre prevención del embarazo adolescente. Expedido por el Consejo Nacional de Planeación de Política Económica y Social.
- Política Nacional de Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014)
- Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2016
- Plan Decenal De Salud Pública 2022 a 2031
- Política Nacional Agenda ODS 2030

Proyectos Legislativos Recientes sobre Educación Sexual en Colombia

En este proceso de construcción de una educación sexual integral, pertinente y efectiva, en el país ha habido muchas apuestas, casi siempre desde orillas opuestas, desencadenando muchos proyectos legislativos fallidos; no obstante, desde hace algo más de dos años se encuentra en curso en el Congreso de la República el Proyecto de Ley 229 de 2021, impulsado principalmente a través de la iniciativa: “Los Jóvenes Tienen la Palabra”; según sus impulsores por medio de este proyecto “Se promueve y fortalece la educación integral de la sexualidad a través de la formación, el conocimiento y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y se dictan otras disposiciones” (Congreso de la República de Colombia, 2022). El Proyecto fue aprobado en primer debate, en la Cámara de Representantes, por la Comisión Sexta Permanente Constitucional y cuenta con el respaldo del actual gobierno nacional y tiene por objeto (Congreso de la República de Colombia, 2021; Proyecto de Ley 229 de 2021, Art. 1°):

Promover y fortalecer la educación integral de la sexualidad, a través de la formación, el conocimiento y el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos, mediante su inclusión transversal en todos los establecimientos educativos públicos y privados del país y a través de su promoción en la formación de futuros docentes en las Facultades de Educación.

Consideraciones Finales Desde un Enfoque de Derechos

Sobre la base de lo antes planteado, aunado al enfoque de derechos que se encuentra implícito en los fines de un Estado Social de Derecho y al considerar las inferencias estadísticas e indicadores sobre la situación de la educación sexual y reproductiva en Colombia, entre ellos los derivados de los estudios realizados por el Observatorio de Economía Educativa - LEE (Universidad Pontificia Javeriana, 2022), a través del cual se determinó que “En 2021 el 18% de los nacimientos registrados en el país provienen de madres que son niñas o adolescentes entre los 10 y los 19 años”; asimismo, que el 69,7% de los colegios que encuestó el LEE admitieron que no brindaron capacitación en sexualidad humana y derechos sexuales y reproductivos a sus profesores durante los últimos dos años, y también aceptaron que un 33,43% de ellos no habían actualizado el currículo en dichos temas (Universidad Javeriana, 2021). Consecuentemente, se estima en relación con los núcleos problemáticos de la educación sexual en Colombia responder a las siguientes preguntas:

¿Por qué educar para la sexualidad?

Educar en salud, derechos y deberes, sexuales y reproductivos, de forma integral y ética, tiene muchos y trascendentes impactos en la construcción y el fortalecimiento de cualquier sociedad, y en el desarrollo humano y económico de los países, porque:

- Favorece la construcción de una ciudadanía socialmente responsable y el ejercicio consciente y autónomo de la responsabilidad individual
- Incide en la reducción de la pobreza
- Reduce los niveles y la frecuencia de la violencia estructural, en especial, la violencia basada en género (VBG) y la violencia sexual
- Sirve a la apropiación del autocuidado, la sana autoestima y la seguridad integral de las personas, al concientizar sobre las conductas de riesgo
- Propende por la disminución de las enfermedades de salud mental y los demás problemas de salud físicos asociados a ellas.
- Contribuye a la madurez de la persona, el autocontrol y la inteligencia emocional

- Favorece la salud sexual y reproductiva de las personas y el bienestar general, además, educa para prevenir enfermedades e infecciones de transmisión sexual
- Aporta al desarrollo de la inteligencia cognitiva y el pensamiento crítico
- Potencia el proyecto de vida de los educandos
- Posibilita el respeto por los derechos humanos y la protección de los derechos sexuales y reproductivos
- Contribuye a prevenir, de manera significativa y en gran medida, que los niños, niñas y adolescentes sean víctimas de abuso sexual
- Permite practicar relaciones sanas, equilibradas, basadas en el respeto y la no discriminación
- Genera actores de cambios positivos en la sociedad
- Contribuye a evitar embarazos no deseados desde el autocuidado, el cuidado de la pareja, el libre y responsable ejercicio de la maternidad y la paternidad compartida, así como para la toma de decisiones para construir una familia.

¿Qué se requiere para realizar una práctica pedagógica responsable, efectiva y trascendente en educación sexual?

Para evitar o minimizar los sucesos que puedan generar acción con daño en la vida de los educandos desde la práctica educativa, se sugiere tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Favorecer la construcción de una ciudadanía socialmente responsable y el ejercicio consciente y autónomo de la responsabilidad individual
- Brindar con regularidad, formación continuada de alta calidad a los docentes en estos temas y en aspectos conexos
- Privilegiar y promover la participación de educadores de altas calidades personales y profesionales en los proyectos y procesos de esta naturaleza
- Realizar un proceso respetuoso sobre los pre-constructos y cultura de los educandos y su entorno familiar y social
- Apropiar como comunidad la gestión y la resolución no violenta de conflictos

- Diseñar y/o utilizar material educativo de forma pertinente, adecuar según la edad, el grado y los demás factores de contexto de los educandos
- Brindar educación basada en evidencia científica y no en información infundada o en prejuicios
- Gestionar la EIS como proceso sistémico, no como actividades, o de forma desarticulada o carente de la mínima estructura, desde la planeación estratégica
- Incluir formalmente este tipo de educación en el Proyecto Educativo Institucional, en los planes de estudio y en la estructura curricular
- Apoyarse en lo interdisciplinar y la transversalidad del proceso de enseñanza aprendizaje, lo que implica no tener una mirada reduccionista de este conocimiento, vencer el paradigma del fraccionamiento
- Gestionar procesos progresivos y en espiral
- Ampliar y fortalecer este conocimiento, desde los enfoques diferenciados, en comunidades rurales, poblaciones étnicas, poblaciones afectadas por conflictos armados, etc.
- Concebir, ejecutar, monitorear y evaluar los proyectos y procesos educativos con estándares de alta calidad y los mecanismos para su aseguramiento
- Fundamentarse en pedagogías que potencien competencias para la vida, la reflexión, la autocrítica, la educación integral, la cultura de la legalidad, la educación ciudadana, etc.
- Involucrar a los estudiantes en el proceso de forma activa
- Contar con la participación de las comunidades, en especial si son étnicas
- Promover y asegurar la participación activa de los padres de familia en los procesos, y apoyarles en su formación frente a la materia
- Realizar procesos de sensibilización y concientización incluso con el personal administrativo de la comunidad académica
- Tener en cuenta que en otros espacios también podrían realizarse procesos educativos por fuera de lo curricular, pero requieren de otras estrategias para garantizar la calidad, pertinencia y trascendencia del proceso.
- Procurar la comprensión de que la sexualidad es una condición inherente al ser humano
- Fomentar la sana autoestima y el autocuidado en los estudiantes

- Crear protocolos efectivos para prevenir y gestionar los desafíos que puedan presentarse en relación con vulneraciones -internas o externas- de los derechos de los miembros de la comunidad académica y fomentar el respeto y la solidaridad entre los estudiantes y en general entre todos sus actores

Consecuentemente, se estima conveniente considerar que la educación sexual que se brinde con alta calidad académica, alto sentido de responsabilidad social, y esté adaptada de manera pertinente al contexto de cada edad, y nivel educativo, contribuye de manera importante a la prevención de abusos; más aún cuando en Colombia los niveles de violencia contra los niños, niñas y adolescentes es preocupante, según el informe de la Defensoría del Pueblo (2023, p.22) en el año 2020 se reportaron 25,105 de casos de violencia sexual contra menores de edad, que fueron atendidos en el sistema de salud y reportados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), lo cual implica que se presentaron un promedio de más de 68 casos al día, sin contar el subregistro que tiende a ser considerable.

Asimismo, este tipo de formación, puede preparar a la ciudadanía presente y futura, y a las comunidades académicas, para afrontar desafíos individuales, colectivos y trascendentes; lo que implica necesariamente la formación de los formadores, e incluso apoyar la formación a los padres; por ejemplo, se les podrían brindar herramientas valiosas en la escuela de padres para que puedan prevenir y/o gestionar situaciones indeseables, y a los menores les puede servir para pensarse, y trabajar con confianza, desde una sana autoestima, en un futuro posible y sobre la necesidad de decidir oportunamente la maternidad y la paternidad responsable en caso de que en algún momento quieran ejercerla; se considera igualmente conveniente la participación de toda la comunidad en la construcción de estos procesos. En general, siempre que sea bien planificada, ejecutada, monitoreada y evaluada con fines de detección de oportunidades de mejora de los procesos y de forma integral, este tipo de educación puede aportar a formar mejores seres humanos y ciudadanos, y tendría un positivo impacto en sus vidas y en la vida en sociedad.

Finalmente, se estima pertinente que el derecho y la justicia estén encaminadas no solo a la resolución de los conflictos jurídicos que eventualmente se presenten en este campo, sino que también trabajen desde y para una perspectiva de prevención de violación de derechos; la disciplina jurídica aportaría mucho a la sociedad cooperando de manera articulada y armónica con otros campos disciplinares y sectores del Estado y de la sociedad, entre ellos la academia o las organizaciones de sociedad civil para proteger a los niños, niñas y adolescentes, y a la población en general, a través de una cultura de la legalidad, del fomento del respeto y la protección de los derechos humanos, el derecho a una educación de alta calidad, o el derecho a la salud y la integridad personal, etc. Pues cada paso que se dé desde un enfoque de salud pública y de justicia social hacia la prevención de las violencias, es un paso que se da a favor de una mejor sociedad.

Referencias

Congreso de la República De Colombia (2013) Ley 1620 del 15 de Marzo De 2013. Por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Recuperado de:

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=52287>

Congreso de la República De Colombia (2021) Texto aprobado en primer debate por la comisión sexta constitucional permanente de la Cámara de Representantes en sesión del día treinta (30) de marzo de 2022, al Proyecto de Ley No. 229 de 2021, “por medio de la cual se promueve y fortalece la educación integral de la sexualidad a través de la formación, conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y se dictan otras disposiciones” Artículo 1. Objeto del proyecto. Bogotá D.C. Colombia. Recuperado de:

https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2022-06/TAPDC%20PL%20229-21C%20EDUCACION%20SEXUAL_0.pdf

Congreso de la República De Colombia (2022) Informe Proyecto de Ley por medio de la cual se promueve y fortalece la educación integral de la sexualidad a través de la formación, el conocimiento y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y se dictan otras disposiciones. De fecha 15 de junio de 2022. Coordinadora Marta Villalba Hodwalker. Cámara de Representantes. Bogotá D.C. Recuperado de:

<https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2022-06/PSD%20PL%20229%20de%202021%20C.pdf>

Corte Constitucional República de Colombia (02 julio 1992) Sentencia No. T-440/92 Magistrado Ponente Eduardo Cifuentes Muñoz, Colombia, Bogotá D.C. Recuperado de: T-440-92 Corte Constitucional de Colombia

Defensoría del Pueblo (2023) Informe Defensorial. Violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes en Colombia: análisis de la respuesta estatal. Bogotá. p. 22. Colombia. Recuperado de: [6e51a8ad-2945-a793-4e82-229a95e70537 \(defensoria.gov.co\)](https://defensoria.gov.co)

Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA (13 de septiembre 2021) Educación Sexual Integral. Recuperado de: <https://www.unfpa.org/es/educaci%C3%B3n-sexual-integral#readmore-expand>

Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA ONU (1994) Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, Egipto. 5 al 13 de septiembre de 1994. S.95.XIII.18.

Ministerio de Educación Nacional (29 de Septiembre de 2008). Por qué educar para la sexualidad. República de Colombia. Bogotá D.C. Recuperado de: [Por qué educar para la sexualidad Recuperado de: https://mineducacion.gov.co/1621/w3-article-172105.html#:~:text=El%20Programa%20de%20Educaci%C3%B3n%20para%20la%20Sexualidad%20y,ejercicio%20de%20los%20derechos%20humanos%2C%20sexuales%20y%20reproductivo](https://mineducacion.gov.co/1621/w3-article-172105.html#:~:text=El%20Programa%20de%20Educaci%C3%B3n%20para%20la%20Sexualidad%20y,ejercicio%20de%20los%20derechos%20humanos%2C%20sexuales%20y%20reproductivo)

Universidad Pontificia Javeriana & Laboratorio de Economía Educativa (2021) Informe 2021. Educación Sexual. Bogotá D.C.

Universidad Pontificia Javeriana & Laboratorio De Economía Educativa (2022) Informe Análisis Estadístico Lee No. 65 – 4 de noviembre de 2022 1 Embarazo infantil y adolescente en Colombia. Recuperado de: <https://lee.javeriana.edu.co/-/embarazo-adolescentes>



CAPÍTULO II

**DIREITOS HUMANOS EM DIÁLOGO:
EXPERIÊNCIAS QUE NOS APROXIMAM**
ARTIGOS BASEADOS EM RELATOS DE
EXPERIÊNCIAS

**DERECHOS HUMANOS EN DIÁLOGO:
EXPERIENCIAS QUE NOS APROXIMAN**
ARTÍCULOS PRODUCTO DE RELATOS DE
EXPERIENCIAS

A MUDIATRIVISMO COMO DISRUPTURAS DISCURSIVAS: POLÍTIAS DE APARIÇÃO DE VIDAS QUE IMPORTAM

Reginaldo Moreira

Introduzindo “só a cabecinha, não vai doer nada”

Vivemos um genocídio de vidas travestis e mulheres transexuais, no país em que mais se as assassina no mundo¹, com diversos crimes de ódio e repletos de rituais de violência. A expectativa de vida delas está na casa dos 35 anos, caso sejam brancas, e 28 anos, se forem negras. Diante deste cenário, o midiativismo (Bentes, 2018) tem sido importante dispositivo de resistência, como as políticas de aparição (Butler, 2020) e as estratégicas disrupturas discursivas (Butler, 2020).

Os assassinatos estão ligados às lógicas da passividade (Saez & Carrascosa, 2016) numa sociedade que categoriza, classifica, disciplina, vigia e pune (Foucault, 1987), na biopolítica, com que instaura tecnologias de exclusão e negações de direitos, corpos que não se enquadram aos padrões preconizados como normais, numa lógica normatizadora. No Brasil, somos herdeiros dos processos colonizadores de nossos corpos, desde a invasão dos portugueses, vistos como selvagens, relatados na carta de Pero Vaz de Caminha à Coroa, justificando a invasão das terras já habitadas pelos povos originários, ancorados nas premissas do conceito de civilização emprestado da Antropologia.

Em outras palavras, e no que tange à sexualidade e ao gênero, os corpos originários não foram classificados pelos colonizadores, nem como homens, nem como mulheres, mas como corpos selvagens, que necessitavam se enquadrar nos moldes europeus, cristãos e brancos, para, a partir de então, conseguirem almejar a categoria de homens e mulheres. Em nome disso, muito se matou historicamente, primeiro pela colonização e posteriormente pela inquisição, e, historicamente, de modo contínuo e de diversas formas (re)atualizada pela necropolítica (Mbembe, 2018).

O colonialismo mantém os parâmetros de validação de vidas, numa tentativa de encaixotar os corpos que consideraram dissidentes, dissonantes, mais ou menos humanos, inumanos, humanamente inconcebíveis: os corpos abjetos (Butler, 2020).

¹ Dados da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) e pelo Grupo Gay da Bahia, uma vez que os registros policiais oficiais são subnotificados e não há esse levantamento nos dados oficiais.

O humanamente inconcebível, o inumano, é uma produção que justifica, aos olhos colonizadores e inquisidores, ainda hoje um processo de extermínio contra os corpos que julgam, classificam e punem, impedindo vidas à dignidade mínima, para que possam ser vivíveis, e quando morrem, indignas de luto (Butler, 2019). A lógica de extermínio está ligada, para além da generificação dos corpos, na aparência destes corpos não passáveis como homens e mulheres. A lógica da passividade (Saez & Carrascosa, 2016) é o parâmetro binário da sociedade do imperativo heterossexual (Butler, 2020), da sociedade cisheteronormativa². Para além das identidades T³, o que se nega é o direito à performatividade de gênero e suas performances diversas (Butler, 2020). Para essa sociedade, tudo o que se assemelha às lógicas da passividade e da feminilidade é indigna de vida plena. O cu é o grande patrimônio da heteronorma, das masculinidades hegemônicas (Sayak, 2019; Bento, 2022), sobre o qual se constroem as políticas de preservação das pregas frágeis de uma sexualidade mal resolvida e hipócrita (Saez & Carrascosa, 2016). Os corpos T são mortos pelo fato de traírem a sociedade machista patriarcal e negarem suas masculinidades hegemônicas, por confrontarem as normas estabelecidas. É muito comum encontrarmos expressões como “pode ser viado, mas não precisa dar pinta” ou “seja discreto” e esse discurso carrega uma rede de significações, de pânico moral, imposto pela norma, que é machista e patriarcal.

Mata-se e morre-se muitas vezes pela preservação do cu inviolável. Basta observar os altos índices de câncer de próstata, muitas vezes causados pela insegurança de homens ao exame de toque. As tecnologias de violência contra os corpos que performam suas feminilidades, como os das travestis, os das mulheres transexuais e os das bichinhas pintosas, considerados corpos passivos, ainda que, sexualmente, sejam as ativas das relações.

A partir das imposições binárias da sexualidade, em nome da tradicional família brasileira, a serviço das lógicas de reprodução, a fim da manutenção das dinâmicas de poder perpetuadas e reatualizadas desde o descobrimento da sexualidade do feto (Butler, 2020), ainda antes de seu nascimento, as corpos que não se encaixam às regras, são punidas, principalmente corpos negras, corpos periféricas, pois os dados interseccionados (Akotirene, 2021) apontam que cerca de 70% das vidas exterminadas são negras, tanto de travestis, mulheres transexuais, mulheres e jovens negros das quebradas. Os corpos não inteligíveis (Butler, 2020) são interseccionados por raça, etnia, classe, localização geopolítica.

² Junção das palavras cisgênero, heterossexualidade e normatividade, para ressaltar a norma imposta aos corpos pela cisgeneridade e heterossexualidade.

³ Por vezes utilizarei a letra T para designar as travestis e as mulheres transexuais.

Midiatravismo

Este artigo apresenta o conceito de Midiatravismo (Moreira, 2020), como forma de nominar um tipo de produção midiática, que possibilita visibilidades às vidas trans e travestis, por meio de produções de comunicação não hegemônicas, realizadas pelas pessoas que mais sofrem com violência e crimes de ódio, em que as travestis e mulheres e homens transexuais sejam protagonistas da produção da comunicação, com características específicas, que extravasam os conceitos de comunicação popular e comunitária (Peruzzo, 1998; Miani, 2006). As novas possibilidades de narrativas realizadas por elas mesmas fazem emergir, a partir das produções populares e comunitárias de comunicação, as rupturas discursivas, revelando necessárias políticas de aparição, segundo Judith Butler (2020), para que essas existências se oponham ao império heterossexual (Butler, 2020), capitalista, neoliberal e necropolítico (Mbembe, 2018). A construção de novas possibilidades de aparição, e outras narrativas possibilitadoras de outros mundos possíveis, em que as corpos subalternizadas sejam protagonistas, a fim de que todas as vidas valham, todas as corpos importem e sejam vidas vivíveis em sua plenitude.

A comunicação produzida por e para as próprias pessoas T, para elas mesmas, como público principal, tendo como público agregado os LGBTIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais/Travestis/Transgeneres, Intersexuais, Assexuais e outras possibilidades de expressão de gênero ainda não classificadas), Queers⁴, amigos, familiares e pessoas em geral, que possam se interessar por outros mundos possíveis, em que os direitos humanos sejam decolonizados (Vergès, 2020), para além daqueles preconizados no pós-guerra por homens brancos e europeus, em que o conceito de humano seja revisto e ampliado a todas as corpos, para além daquelas validadas pela norma vigente imposta. Outras narrativas mais amplas e diversas constituem outros modos de (re)existência das corpos que vivem nas trincheiras, proporcionam disputas de narrativas e de fabulações necessárias e fundamentais para subversões das lógicas das valorações de quais vidas importam (Butler, 2020).

A comunicação não hegemônica, popular, comunitária (Miani, 2006), midiativista, medialivrista (Bentes, 2018), democrática e participativa (Peruzzo, 1998), produzida pelas travestis e mulheres transexuais, denomina de Midiatravismo, por terem as pessoas T como protagonistas dos processos comunicacionais, contrapondo-se às lógicas capitalísticas das

⁴ O queer aqui é tomado de sentido mais amplo que discussões de identidade de gênero, pois originalmente a nomenclatura se dirigia a corpos indesejados, escórias sociais das mais diversas ordens. Historicamente, o termo foi apropriado para designar tensionamentos de identidade de gênero, porém não como identidade, mas como tensionamento às próprias identidades, pois queer é o corpo que vaza, que não se encaixa nem nas formas identitárias propostas e reivindica seu lugar de diferente, o direito de não ser igual.

mídias mercadológicas, insurgindo às lógicas da classificação das corpos matáveis, para uma produção de corpos potentes e por vidas dignas. A comunicação é concebida enquanto direito, a partir de processos participativos, potencializando os aspectos emancipadores às pessoas historicamente subalternizadas (Miani, 2006), como é o caso das travestis e mulheres e homens trans.

Este novo conceito abre novas possibilidades de protagonismo para as travestis e mulheres e homens trans, numa apropriação dos meios, para rupturas discursivas de resistência, possibilitando que elas falem por si mesmas, não sofrendo as interferências editoriais, escapando aos estigmas midiáticos já produzidos sobre elas. As realidades vivenciadas legitimam lugares de fala e das estéticas dos seus viveres. A Midiatravismo apresenta-se como um movimento de desconstrução de velhos mundos, com o objetivo de fabulações outras, brechas, dobras, possibilidades de novos potentes mundos, nos quais os significados possam abarcar todas as existências com dignidade, a partir de políticas públicas abrangentes.

A Midiatravismo revela-se como um dispositivo de comunicação, que possibilita acessos, participações, produções e veiculações insurgentes, para que travestis e mulheres e homens transexuais expressem a beleza de suas existências. O novo conceito visa potencializar a vida para além das violências enfrentadas, dos genocídios instaurados, das necropolíticas em curso. A midiatravismo potencializa a comunicação como direito, como força propulsora de enfrentamento às abjeções sofridas, deslocando o lugar da vida precária resistente. Objetiva a quebra dos padrões capitalísticos mercadológicos comunicacionais para democratização dos meios e conquista de espaços de disputa igualitária com produções hegemônicas, sem a intencionalidade de performatizações de autossacrifícios ou a fetichizações da pobreza e da violência, mas, ao contrário, possibilita que essas existências encontrem, na comunicação cidadã, uma aliada na potencialização da vida T.

Para tanto, o presente texto apresenta os podcasts para webrádio, *É Babado*, *Kyrida!* e a série de documentários *Meu amor, Londrina é trans e travesti*, ambos realizados por travestis e mulheres trans, participantes do Coletivo ElityTrans, da cidade de Londrina/PR. As produções, além de tensionarem o cis-tema, produzem efeitos disruptivos, num processo de proclamação de suas vidas e experiências.

Coletivo ElityTrans

O ElityTrans surgiu em 06 de abril 2012, formado por um grupo de pessoas com o desejo de abordar e trabalhar questões sobre saúde, Direitos Humanos, voltas à diversidade

sexual e diferenças de gênero na cidade de Londrina. A cidade, que já foi marcada por um ativismo atuante do segmento LGBT, enfrentava a epidemia de HIV/AIDS, na época. Não ter uma representatividade direcionada à população de gays, lésbicas, travestis e transexuais aumentava consideravelmente a invisibilidade dos problemas enfrentados pela diversidade sexual, como a exclusão social, discriminação e as várias formas de violências.

Assim, no período de sua criação, o coletivo, presidido por Melissa Campus, aproximou-se de dois atores integrantes da Cia. Teatro de Garagem, Herbert Proença e Rafael Avansini, que, há algum tempo, já se reuniam para discutir e pensar sobre as questões LGBT na cidade de Londrina. Os três, Melissa, Rafael e Herbert, tinham o desejo de atuar politicamente sobre estas questões, mas não haviam definido os caminhos para esse ativismo. Tal encontro se deu, potencialmente, pela via do teatro. O coletivo, em fase de formação, pensava sobre atividades e ações possíveis a serem desenvolvidas com seu público, formado por travestis e transexuais. Com isso, fazia uma reflexão sobre alternativas para uma militância política que pedia reinvenção e que necessitava coletivizar experiências de vida e gerar conexões das vivências pessoais, muitas vezes solitárias. O teatro, como mídia, surgia como desejo e possibilidade de criar, narrar e representar outras histórias, a partir de suas belezas, não de seu sofrimento.

O resultado deste encontro de desejos foi que, em julho de 2012, iniciaram-se as oficinas de teatro na sede do grupo. A proposta era não só de uma oficina de experimentação e iniciação teatral, mas também de troca das diferentes experiências que se encontravam. Os ensaios de teatro eram momentos de contar as histórias de vida, especialmente de algumas travestis, que foram significativas para as integrantes do coletivo. Eram todas ideias que o grupo queria ver traduzidas na peça de teatro que almejava fazer. Os caminhos seguidos escaparam ao planejamento inicial e foram criando formas conforme o fluxo do desejo e demandas coletivas, que compreendiam o fazer artístico como estratégia de ação política.

Em outubro 2012, um ato foi organizado pelo Coletivo ElityTrans, com o apoio do Movimento dos Artistas de Rua de Londrina (MARL) e outros movimentos parceiros. O Ato era uma ação didática, e artística, em resposta às pichações homofóbicas que estavam na praça Rocha Pombo: “Fora VIADOS! 100% Homofobia”. A proposta era de uma ocupação artístico-política da praça, como forma de voltar a atenção das autoridades para as inscrições homofóbicas, bem como para o exercício de ocupação do espaço público. Contamos então com a apresentação de intervenções da Cia. Teatro de Garagem, da Fábrica de Teatro do Oprimido e Maracatu Semente de Angola, entre outras articuladas pelo MARL. Desde então os trabalhos se intensificaram com o protagonismo através de projetos e outras formas de participação voluntárias, além de outras formas de comunicação para dar continuidade aos trabalhos.

O encontro do ElityTrans com o Projeto de Extensão Universitária “Plataformas Digitais: a produção comunitária de novas narrativas alternativas ao discurso hegemônico, como dispositivo de produção de novos sentidos” teve como objetivo criação de novas possibilidades de dizibilidades e visibilidades das T. O projeto integrou as ações do Observatório Nacional de Políticas Públicas e Educação em Saúde, coordenado pelo médico sanitarista Emerson Merhy. Assim, criou um canal de novas narrativas não hegemônicas, dando continuidade aos trabalhos do Coletivo, como uma renovação da linguagem ativista e política das Travestis e Mulheres Transexuais.

Registros históricos e representações das vidas LGBT

No Brasil, os primeiros registros históricos das vidas LGBTs se dão nos autos de processos policiais, que as classificavam e enquadravam como criminosas. Também na medicina, métodos imprecisos e experimentações questionáveis eram utilizados com intuito de patologizarem essas existências (Green, 2006). Data, no ano de 1990, que a homossexualidade deixa de ser considerada doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Somente no ano de 2018, tal classificação foi realocada do capítulo de “transtornos mentais de identidade de gênero” para “condições relativas à saúde mental”. Já a transexualidade deixou de ser listada como transtorno mental, na 11ª versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID), para ser reclassificada como “condições relacionadas à saúde sexual”. Em 2019, a transexualidade passa a ser classificada como “incongruência de gênero”.

As representações nos aparatos jurídicos-policiais-medicinais mostram as tentativas de apagamentos e invisibilizações, categorizações das corpos das travestis e mulheres transexuais como tentativas constantes e reatualizadas historicamente. Por anos as T foram classificadas como homossexuais masculinos muito afeminados. Tais registros são formados por diversas estigmatizações, com objetivo de criminalização e patologização destas existências, num processo ininterrupto de tentativa de as classificarem como doentes, perigosas, vidas que valem menos ou nada valem.

As interseccionalidades (Akotirene, 2021) transversalizam sobre quais as vidas que as experimentações da medicina e as intervenções jurídicas-policiais-medicinais se debruçariam, uma vez que os pobres é que foram submetidos a tais enquadramentos, enquanto os LGBT ricos foram poupados e protegidos dos deploráveis métodos empregados. Essa diferenciação classista estendia-se à mídia. Os LGBT pobres, negres e periféricos foram e continuam a ser representados de forma estigmatizada pela imprensa capitalística, mercantilista, elitizada. Os olhares verticais sobre essa população corroboram para perpetuação de preconceitos e discriminações (Green & Polito, 2006).

No final dos anos 70, período da ditadura militar brasileira, começaram a aparecer escassas iniciativas na grande imprensa, com colunas homossexuais e raros boletins gays. Foi com a fundação do jornal Lampião de Esquina⁵, em 1978, logo após o término do AI-5 (Ato Institucional no. 5), que um grupo de homossexuais conseguiu criar um periódico mensal produzido por eles e destinado aos próprios homossexuais.

A conquista histórica de representação não coincidia com a pequena representatividade LGBT, uma vez que não encontramos entre seus editores, a participação de travestis e mulheres transexuais, sendo mais uma vez excluídas. Muito pelo contrário, o estigma sobre elas se repetia, quando pautas eram tratadas, muitas vezes, com a denominação no masculino e com abordagens que em nada, ou muito pouco, diferenciavam-se de outras mídias.

As disrupturas discursivas T e as novas fabulações

Os podcasts e vídeos produzidos pelas travestis e mulheres transexuais em Londrina/PR promovem disrupturas discursivas e novas fabulações necessárias para que antigos mundos sejam destruídos e mundos outros possam ser construídos a partir dessas ruínas. As produções revelam-se como contribuições na construção dessas novidades, novas cidades e cidadanias. As mídias denunciam violências necropolíticas, porém, vão além dos sofrimentos, pois revelam potencialidades existenciais das vidas que (re)existem.

A reunião de forças políticas, éticas e queers anticoloniais promovem outras possibilidades nos modos de fazer da comunicação, que as elevam para muito além de simples ferramentas, uma vez que potencializam as existências T, suas coletividades e seus movimentos sociais, por meio da criação de fissuras em antigos discursos destituidores das diversidades existenciais, promovendo outras possibilidades de discursividades disruptivas e novas fabulações necessárias, calcadas por quem as vivência cotidianamente.

É Babado, Kyrida!: podcasts de travestis para travestis

Os podcasts É Babado, Kyrida!, produzidos pelo Coletivo ElityTrans, nos anos de 2017 a 2019, na cidade Londrina/PR, revelam os pontos de vista da população T sobre o mundo, na abordagem das mais variadas pautas. De maneira participativa e democrática,

⁵ Todos os exemplares do Jornal Dignidade podem ser acessados no acervo do Grupo Dignidade, por meio do link <https://www.grupodignidade.org.br/projetos/lampiao-da-esquina/>

os programas foram criados, desde os gêneros e formatos jornalísticos à veiculação radiofônica, em parceria com a emissora AlmA Londrina Rádio Web⁶.

As peças radiofônicas foram elaboradas por diversos quadros e músicas. O quadro de esclarecimentos sobre assuntos relativos à população de homens e mulheres transexuais e travestis recebeu o nome de “É bafo, Mona”. O quadro de denúncias da população trans foi batizado de “Bota a Cara no Sol”. As dicas foram intituladas de “Almanaka”.

Já a língua Pajubá, traduzida para a população, levou o nome de “Nossa Língua Pajubá”. O “Minuto Trans” trouxe depoimentos sobre os processos de transformação do corpo e da vida de uma pessoa travesti e transexual. Histórias da vida real foram transformadas em radionovela, no quadro “O Exagero de La Piele”. “Sarau no ar” revelou a produção poética trans. As enquetes receberam o nome “Da esquina” e a entrevista chamou-se “Aquenda”.

Nos treze podcasts produzidos, as pautas discutidas foram combativas e deram visibilidade aos pontos de vista das travestis e mulheres transexuais na construção de uma sociedade plural e diversa. Todos os podcasts contam com trilha sonora, preferencialmente, de artistas da comunidade LGBTIA+ e Queer, que tragam as discussões debatidas nas letras das canções, compondo assim a mensagem desejada pelas produtoras travestis e transexuais. Todo processo foi desenvolvido a partir do projeto de extensão da Universidade Estadual de Londrina (UEL), coordenado pelo autor do artigo, com parcerias e consultorias dos docentes e pesquisadores de outras instituições de ensino: Herbert Proença, William Peres e Valéria Barreiros.

Os programas trouxeram uma temática central como eixo das discussões, permeados por conteúdos diversificados em cada produção, a saber:

- Desabrocha, o primeiro programa do É Babado, Kyrida!: veiculado em 19 de junho de 2018, o podcast de estreia tratou da história do início do movimento LGBT e da importância do protagonismo travesti nesse processo; da falta de respeito ao nome social nos atendimentos das unidades básicas de saúde e os desafios na garantia do direito ao nome social.
- O segundo programa chegou cheio de Pajubá: foi ao ar em 03 de julho de 2018, comemorando e problematizando a retirada da Transexualidade como doença mental no novo caderno CID-11 (Código Internacional de Doenças), da Organização Mundial da Saúde (OMS); traduziu alguns verbetes do Pajubá e apresentou uma história do processo de transição de uma jovem travesti.

⁶ Os podcasts podem ser ouvidos no acervo da rádio, pelo link: <https://almalondrina.com.br/programas/babado-kyrida/>

- Exageros à flor da pele, com drama, cultura e humor: datado de 17 de julho de 2018, o programa levou ao ar uma radionovela T, que questionava os violentos sacrifícios que muitas vezes se faz para atender aos padrões do cliente/parceiro; além de um sarau poético.
- Política artística, do escândalo, da existência: foi ao ar em 31 de julho de 2018, trata da Saúde Integral e Direitos, acompanhado de uma enquete sobre a compreensão que a população tem sobre saúde.
- Direitos, respeito e percalços em pauta: veiculado em 13 de agosto de 2018, trouxe como conteúdo um panorama geral dos direitos das travestis e pessoas trans, inclusive na educação formal; uma abordagem sobre os direitos reprodutivos e as dificuldades de uma pessoa não binária.
- Paradas do orgulho LGBTI+: publicado em 29 de agosto de 2018, abordou as Paradas LGBTI+, debatendo a importância da criação da Parada do Orgulho Trans, além de ter apresentado um depoimento sobre descoberta e processo de transicionamento.
- Cultura trans e protagonismo: datado de 10 de setembro de 2018, apresentou a arte como forma de resistir e trouxe ao público mais um capítulo da radionovela, além de uma experiência do Transarau, originado no Cursinho Popular TransFormação, da cidade de São Paulo, que originou o livro Antologia Trans.
- Como assim você é hétero?: veiculado em 25 de setembro de 2018, o programa questionou os imperativos heteronormativos e apresentou uma entrevista com a presidenta da Associação Nacional das Travestis e Transexuais (ANTRA).
- Escola e corações partidos: foi ao ar em 20 de novembro de 2018, debatendo a política na educação da “Escola sem Partido” e a “Ideologia de Gênero”.
- Para além da família tradicional: veiculado em 4 de dezembro de 2018, o décimo programa trouxe Família, Gênero e Amor como temáticas, para além dos conceitos da família nuclear, considerada tradicional.
- Estamos de volta, bebê!: foi publicado em 24 de maio de 2019, nele as locutoras relataram a participação no II Simpósio Internacional de Narrativas de Gênero e Política, que aconteceu em Belo Horizonte; além da apresentação na Reunião Nacional dos Observatórios de Pesquisa e Educação e em Saúde, em São Paulo, onde também tiveram a oportunidade de participar da gravação do Especial de Natal do Cultura Livre, com as cantoras Liniker, Xênia França e Letrux.
- Megg Rayara: travesti, negra e doutora: veiculado em 19 de junho de 2019, o podcast entrevistou a primeira travesti negra a obter o título de doutora pela Universidade Federal do Paraná, Megg Rayara Gomes de Oliveira.

- Especial Juhlia Santos: marca a última vez que o programa foi ao ar, em 4 de julho de 2019. O programa foi um especial com a atriz, travesti, negra, militante de movimentos sociais, produtora cultural, da cidade de Belo Horizonte, Juhlia Santos. Entre tantas temáticas, destacou-se a importância do transfeminismo e da dororidade.

Meu amor, Londrina é trans e travesti: o videodocumentário como reparação histórica

Os documentários *Meu amor, Londrina é trans e travesti* tiveram como meta a reparação histórica da representatividade da população T no campo comunicacional, reivindicando o lugar do pioneirismo da cidade do norte do Paraná, fundada há 87 anos. O projeto foi composto por cinco vídeos das ativistas Melissa Campus, Edison Bezerra (Minibi Balesteiros), Vanessa Murça, Christiane Lemes e Marla Rocha, como também por um documentário geral, que agrega as cinco narrativas. A realização dos documentários revelou histórias do início da luta pelos direitos das T, deixando registrado o legado das primeiras ativistas da cidade.

Os documentários foram produzidos em três anos, de forma participativa e democrática. Fizeram parte, deste processo extensionista, estudantes da graduação e especialização em Comunicação Popular e Comunitária, nas oficinas e práticas laboratoriais da Universidade Estadual de Londrina, ministradas pelo autor do artigo. A articulação foi realizada conjuntamente com o pesquisador, ator e ativista, Herbert Proença. Em todo o processo de criação, tivemos a participação de cerca de trinta pessoas, que se envolveram de maneira intensa e rodiziada nas funções de produtores, cinegrafistas, roteiristas e editores.

O controle social do SUS (Sistema Único de Saúde) é fundamental para o fomento da Comunicação Popular e Comunitária nos espaços dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. O SUS, com a Constituição de 1988, regulamenta-se em 1990, com a lei 8.080, o que possibilita criações, participações e ampliações também no campo da comunicação. A ativista Christiane Lemes, diretora e idealizadora dos documentários, fez com que a equipe pudesse traduzir seus desejos e os do movimento social para a linguagem audiovisual. Assim, em dezembro de 2019, numa das salas do Centro de Educação, Comunicação e Artes, da Universidade Estadual de Londrina (UEL), foi lançado o documentário completo, numa sessão aberta a toda comunidade. Ao final da exibição, aconteceu um debate do público com algumas das travestis participantes. No ano seguinte, no dia 29 de janeiro de 2020, o Coletivo ElityTrans lançou os outros cinco mini documentários nas plataformas digitais e redes sociais, em comemoração ao Dia Nacional

da Visibilidade Trans. Os filmes estão hospedados no YouTube e podem ser acessados por meio dos links:

- Christiane Lemes: <https://www.youtube.com/watch?v=e0W05to1XII>
- Marla Rocha: <https://www.youtube.com/watch?v=3RI-gEXjLXY&t=19s>
- Vanessa Murça: <https://www.youtube.com/watch?v=3z7x08tNZjM>
- Melissa Campus: <https://www.youtube.com/watch?v=BCRa0iX3pM8>
- Edison Bezerra (Minibi Balesteiros):
<https://www.youtube.com/watch?v=rbOloSg83GM&t=17s>
- Documentário completo: https://www.youtube.com/watch?v=cM_DDzZsbZU

A proposta antimetodológica que transversaliza a experiência

Os processos de construção dos podcasts e dos documentários se deram a partir dos encontros do desejo e da idealização das participantes do movimento social, Melissa Campus, Linaê Mello e Crhistiane Lemes, do Coletivo ElityTrans – movimento da população T de Londrina; somado à participação das convidadas depoentes de movimentos de todo Brasil, com suas pautas de luta pelos direitos às pessoas T. Além disso, contou com a participação dos estudantes da graduação e pós-graduação em Comunicação Popular e Comunitária. Essa somatória de forças e contribuições foi transversalizada antimetodologicamente pela proposta da Cartografia Sentimental, de Suely Rolnik (2007), que se inspira na Cartografia desenvolvida por Deleuze e Guattari (2005).

Os podcasts e os vídeos representam os processos rizomáticos das afetações e os agenciamentos das travestis, revelando os eixos de sentido, as territorializações e desterritorializações, as paisagens psicossociais dos percursos, as conexões, por meio de platôs existenciais das participantes. Os depoimentos das cartografadas revelaram pontos de vista singulares e plurais das que produziram os veículos de áudio e audiovisuais, de formas participativas, democráticas, populares e comunitárias, revelando suas subjetividades e contribuições ímpares na construção da cidade de Londrina.

A cartografia sentimental levou-nos a uma viagem pela trajetória de vida das participantes, com acontecimentos que implicaram em novos disparadores para a composição radiofônica e videográfica. Esta proposta antimetodológica possibilita a validação das subjetividades como verdade científica, a partir das afecções, dos corpos vibráteis e dos processos rizomáticos, que produzem sentidos a partir do vivido e experimentado na própria existência. Essa proposta não pressupõe hipóteses a priori, nem objetos, nem início ou fim. O que conduziu a pesquisa e execução foram os processos, as

vivências em ato, num percurso que implica na produção de novos sentidos, eixos e conexões tanto na vida de todas as pessoas envolvidas, incluindo os e as estudantes, como também os articuladores do projeto e profissionais com quem contamos no desenvolvimento das mídias.

Nestes processos, a construção dos saberes é também militante, segundo Merhy (2004). Portanto, esta proposta antimetodológica não se propõe isenta, imparcial e distante, como se esse falso rigor a fortalecesse ou que a verdade científica estivesse atrelada a distanciamentos de um pesquisador não implicado. Neste caminho de produção, o conhecer demandado se deu a partir de um conhecer militante, um saber singular, ou quase particular, que fez sentido para quem estava no processo, sob análise, e que pôde fazer sentido para os outros que compõem o cenário protagônico em interrogação (Merhy, 2004).

A proposta antimetodológica não se propôs isenta, imparcial e distante, como se a rigidez fosse sinônimo de rigor científico. Ou como se a verdade científica estivesse atrelada a distanciamentos de pesquisadores observadores não implicados. Para a realização destes trabalhos, a inserção dos pesquisadores (professores, colaboradores e estudantes) é que validou as verdades das corpos, tanto das travestis e mulheres transexuais, como também dos envolvidos. Tal proposta não hegemônica de produção do saber tem sido um caminho possível para tornar a ciência, de fato, potente e livre de academicismos, que se baseiam tão somente em conceitos representação, enquanto a proposta cartográfica busca os conceitos ferramentas vivenciais, sendo os pesquisadores também cartógrafos, e também, segundo Rolnik, antropófagos. A tarefa é a de “dar língua aos afetos que pedem passagem” (Rolnik, 2007, p. 23) e, para tanto, espera-se que os cartógrafos estejam mergulhados “nas intensidades do seu tempo e que, atentos às linguagens que encontram, devorem as que lhe parecem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias”. (Rolnik, 2007, p. 23)

A validação da verdade, por meio do saber militante e implicado, possibilitou a existência da subjetividade na construção por meio da cartografia sentimental, que é teórica, pragmática e poética. Os processos de produção de vida e de mundo se deram também pelos sentidos atribuídos às produções midiáticas.

O real vivido foi validado por meio das afetações, que constituíram a realidade do que pensamos, somos e agimos. A proposta não previu a objetificação das pesquisadas, despindo-se da verticalidade de produção a partir de uma superioridade de olhar acadêmico de análise, uma vez considerado nada ser estanque na produção das vidas e dos mundos, mas processual. Não há começos e nem fins, mas caminhos. Não há qualquer tentativa de enquadramento ou formatação do que é intrinsecamente processual, que não

perca as amálgamas, as ligações imbricadas, as conexões diversas, rizoma apresentado por Deleuze e Guattari (1995).

Os processos de devoração antropofágicos e de retroalimentação possibilitaram a ressignificação e a validação dos territórios, das verdades e das trajetórias de vida. Rolnik (2007) observa a transformação dos territórios, com seus modos de subjetivação, seus objetos e saberes, compondo-se e decompondo-se, em processos de territorialização e desterritorialização, para criação de novos mundos. São sempre processos rizomáticos, de somas e do que se encontra no “entre” e nas conexões, como definem rizoma, os autores Deleuze e Guattari: “Um rizoma não começa, nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, intermezzo.

A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança. A árvore impõe o verbo “ser”, mas o rizoma tem como tecido a conjunção “e... e... e...” (Deleuze & Guattari, 1995, p. 37). Para os autores, essa conjunção desenraiza o verbo ser e o sacode: “É que o meio não é uma média; ao contrário, é o lugar onde as coisas adquirem velocidade.” (Deleuze & Guattari, 1995, p. 37). As direções perpendiculares entre pesquisadas, pesquisadoras e pesquisa não se encontram localizáveis, mas se dão de forma recíproca, contínua e perpendicular: “movimento transversal que as carrega uma e outra, riacho sem início nem fim, que rói suas duas margens e adquire velocidade no meio”. (Deleuze & Guattari, 1995, p. 37)

Nas conexões “e” desses processos rizomáticos, os encontros potencializaram os corpos vibráteis que potencializaram os encontros. O sentimental proposto por Rolnik (2007) está longe de significar sentimentalismos, mas traz no seu significado as relações de afeto, o estado de ser afetado por alguém, alguma causa, pelo território, pelo mundo. Portanto, a antimetodologia aplicada reuniu territórios existenciais das cartografadas. A criação de novas imagens que representassem as T, livres de estigmas impostos social e historicamente, buscou inspiração nas palavras inexatas, para se designar algo exatamente, segundo Deleuze e Parnet (1977), a partir da experiência que se viveu. Segundo Moreira (2014), “A experiência que se vive é como se fosse uma correnteza que avassala a vida dos participantes do projeto e que não cabe em tubos de ensaio”. A força motriz das águas, que metaforicamente representam as vidas T, que superaram suas composições químicas e se revelam vivas, correntes, em movimento, alargando ou não seus leitos margem afora, com seus percursos em fluxos contínuos nos relevos muito acidentados e outras poucas vezes mais amenos. Na execução dos projetos, podemos constatar que essas vidas/águas de rio, que historicamente foram/são estancadas, represadas, puderam dar vazão à sua expressividade. “O próprio leito funciona como um canalizador das águas da nascente que tornará correnteza. Nos terrenos mais acidentados é que nascem as cachoeiras, só neles”. (Moreira, 2014, p. 38)

Por meio da cartografia, o trabalho objetivou descobrir as redes produção de sentido e (re)significação das trajetórias das participantes, com a produção dos meios de comunicação midiatravistas, democráticos, populares e comunitários. Os processos de produção e o resultado dos podcasts e documentários tiveram como objetivo a construção coletiva dessas novas mídias e contribuem com a reparação histórica e (re)construção de cidadania das vidas T.

Inconclusões ou considerações do fim dos começos

A midiatravismo mostrou-se um importante dispositivo para disrupturas discursivas, por meio da produção de programas de rádio e documentários junto às travestis e mulheres transexuais, na cidade de Londrina, norte do Paraná. Para além das próprias produções de comunicação, combativas em si, os processos de produção, por meio de afetações da antimetodologia da Cartografia Sentimental, revelaram-se disparadores potenciais e inspiradores para outras organizações políticas do movimento.

A produção dos podcasts *É Babado, Kyrida!* e dos documentários audiovisuais *Meu amor, Londrina é trans e travesti* não só ofereceu uma perspectiva ampla e pedagógica da cultura, da história e da política da população travesti e trans, como também movimentou disparadores para o campo prático das ações, que impactaram o ativismo dos coletivos que se potencializaram nos encontros, tanto antes, durante e depois de cada reunião, gravação ou edição. A frente da produção de midiatravismos combateu os estigmas impostos pela sociedade sobre a população de travestis e mulheres transexuais, não só da cidade de Londrina. A proposta de criação de programas de Web Rádio e documentários para o YouTube potencializou politicamente as corpas que compuseram a equipe, frente ao desejo de pautar questões do cenário das T no Brasil, uma vez que é o país que mais mata pessoas trans no mundo, tornando-se um desafio, um compromisso.

Além das ações de comunicação propriamente analisadas neste artigo, observamos também outras iniciativas que corroboraram de forma positiva para este coletivo. Rizomaticamente e concomitantemente aos processos de construção dos midiatravismos, culminaram outras articulações, outras vias de acesso e direitos para as pessoas T da cidade de Londrina e região. Destacamos o projeto chamado “Eskuta Trans” e a “Rede de proteção e garantia de direitos da população T”, que surgiram junto ao período de confecção do *É Babado, Kyrida!*, no qual uma boa parte das pessoas que participavam do processo também se encontraria em outros, formando e fortalecendo essas e outras redes; afinal, o coletivo *ElityTrans*, um coletivo que ora se encontrava com pouca atividade naquele momento, em menos de um ano, já estaria compondo diversas frentes.

Os encontros do grupo que se formou para as iniciativas midiavistas potencializaram e dispararam as T, criando novas perspectivas de ocupação de espaços enquanto travestis e mulheres trans. As T, muitas vezes marginalizadas e excluídas pela sociedade, também em suas narrativas midiáticas necropolíticas, produziram no projeto comunicações não hegemônicas, tornando-se protagonistas de um programa de rádio veiculado pela AlmA Brasil Rádio Web e de documentários disponibilizados no Youtube, além de veiculados em alguns espaços de exibição de cinema da cidade, como Sesc Paraná; Mostra Cine Cequinha em Casa; salas do Centro de Educação, Comunicação e Artes da Universidade Estadual de Londrina (CECA/UEL); Divisão de Artes Cênicas (DAC), da UEL.

A midiavismo não só oportunizou que diversas travestis e mulheres trans gravassem pautas políticas urgentes, como também registrassem os detalhes e singularidades subjetivas, que muitas vezes passam despercebidos em nosso cotidiano. Das ouvintes, recebemos críticas positivas e construtivas sobre este processo. As iniciativas atingiram diversas pessoas que, não só gostaram, mas que se identificaram, e que, de alguma forma, se sentiram representadas no *É Babado*, *Kyrida!* e no *Meu amor*, Londrina é trans e travesti. As comunicações midiavistas, além de criarem novas oportunidades para as protagonistas, também nos convidam a compreender e respeitar suas existências.

As ações de comunicação foram disparadoras de outras maquinarias de desejo das T. O teatro acompanhou o Coletivo ElityTrans e parte das ativistas participou do Grupo de Teatro Translúcidas, dirigido pelo ator e ativista Herbert Proença. Muitas referências dos personagens e da performance, nos programas de rádio e nos vídeos, vieram desta experiência, tendo o corpo como mídia de transformação social e política. Além desta experiência, a população de homens e mulheres transexuais e travestis investiram em Oficinas Drags, denominadas “TravaClowns”, coordenadas pela ativista Melissa Campus.

Percebemos que as ações de comunicação tiveram efeitos disparadores para outras ações para as T. O Coletivo ElityTrans começou um trabalho com a Defensoria Pública e foi criada uma Rede de Proteção e Garantia de Direitos da População Trans de Londrina, em parceria com o Centro Pop, dos viventes das ruas da cidade. A rede funcionou na Ocupação Cultural do Movimento dos Artistas de Rua de Londrina - Canto do MARL – e semanalmente recebia travestis e trans para diversas atividades de saúde e cultura. Tais experiências foram propostas por docentes e discentes do curso de Psicologia da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), da disciplina Psicologia Social e Comunitária, coordenada pela docente Valéria Barreiros, e desenvolvidas pelos e pelas ativistas do Coletivo ElityTrans, sob o prisma de mobilização social, considerada elemento importante na construção social dos sujeitos envolvidos. As diversas construções abrangeram ações de ciranda, de cidadania, de teatro, além da formação de um trabalho em rede entre serviços, profissionais e ativistas, na elaboração de fluxo de atendimento à população de homens e mulheres transexuais e

travestis. Todas essas ações foram atravessadas por questionamentos éticos e voltadas à construção de formas de enfrentamento às violências, vividas no cotidiano das existências T, e na garantia de seus direitos.

A comunicação não hegemônica produzida pelas travestis e mulheres transexuais, apresentadas no artigo, revelou a construção de disrupturas discursivas em processos de desenquadramentos dos moldes e molduras (Butler, 2020) que o cis-tema impõe sobre as corpos, no intuito de normalizá-las e normatizá-las. As produções de performances das suas performatividades de sexualidade e gênero (Butler, 2020) deslocam o sistema de representação e ampliam a representatividade das corpos consideradas dissidentes, criando novas possibilidades de discurso em processos de visibilidades em aliança (Butler, 2018), em resistências potentes de subversões da dobra fracasso/sucesso (Halberstam, 2020), numa inversão do que era considerado pelo cis-tema colonizador como frágil, escória, queer (Preciado, 2016); se coloca em performance como potência de suas dissidências desencaixadas. São corpos que fazem dos “não”, recebidos pela vida afora, novas possibilidades discursivas de “sim”, outras possibilidades e alternativas utópicas de modos outros de existências e de mundos inclusivos, em que todas as vidas sejam consideradas em suas singularidades e diferenças.

A comunicação produzida pelas corpos possibilita outros lugares de produção de sentidos comuns e mundos possíveis a partir das lógicas do fracasso, que, segundo o teórico queer, Jack Halberstam (2020), subvertem as normas, proporcionando oportunidades “de usar essas emoções negativas para espetar e fazer furos na positividade tóxica da vida contemporânea”, dando um basta na falácia da meritocracia. Estas novas produções artísticas e comunicacionais subvertem os enquadramentos das corpos consideradas fracassadas, abjetos, dissidentes, malsucedidas.

As produções não hegemônicas ofertam novas possibilidades de narrativas a partir das potências existenciais das corpos T, suas diferenças, suas contribuições, utopias e alternativas, além de ampliarem os volumes da diversidade dessas vozes, para confrontar “as iniquidades grotescas da vida cotidiana” (Halberstam, 2020). Em determinadas circunstâncias, fracassar, perder, esquecer, desconstruir, desfazer, “inadequar-se” e não saber podem oferecer formas mais criativas, mais cooperativas e mais surpreendentes de ser no mundo. Fracassar é algo que pessoas queer fazem e sempre fizeram excepcionalmente bem (Halberstam, 2020).

A comunicação popular e comunitária (Peruzzo, 1998) é um dispositivo importante de acessibilidade e participação, com a disponibilização de tecnologias e parcerias necessárias para realização das novas discursividades. As novas possibilidades narrativas encontradas nos pressupostos da comunicação revelam narrativas das histórias de travestis e mulheres transexuais, que estavam sendo invisibilizadas, rompendo as lógicas

dominantes capitalísticas (Miani, 2011) de pontos de vista colonizadores, elitistas, brancos e cisheteronormativos. Os conteúdos são emancipadores das relações de poder que as oprime e mata.

Nesses processos do fazer comunicação midiatravista, de forma popular, comunitária, democrática e participativa, é fundamental o “fazer com”, vigiando-se sempre com relação à herança colonizadora, neoliberal e um tanto fascista do “fazer por” ou do “fazer para”. A artista⁷ Melissa Campus, participante dos projetos *É Babado*, *Kyrida!* e *Meu Amor*, Londrina é trans e travesti, declara, na festa de lançamento do podcast, em 2018: “O microfone aqui mudou de mão, está em nossas mãos agora. Cansamos de ser tratadas como ratinhos da academia. Nós não somos mais as pesquisadas, somos as pesquisadoras.” De pesquisadas a pesquisadoras, de entrevistadas a entrevistadoras, de espectadoras a produtoras de comunicação. As travestis e mulheres transexuais não necessitam de ninguém para falar por elas, nunca precisaram, e cada vez mais vêm performando e ganhando espaço nas representações e representatividades de suas pautas junto às mídias.

Muitos foram os resultados e repercussões possíveis de mensuração nesta pesquisa. Espaços na mídia foram conquistados, por meio de entrevistas, em programas especializados em cultura, gênero e comunicação. Artigos e resumos expandidos com a apresentação de trabalhos em diversos congressos nacionais e internacionais, sendo que, em alguns deles, os artigos foram produzidos coletivamente com as T, que assinaram como co-autoras dos trabalhos. Palestras foram realizadas na Universidade Estadual de Londrina (UEL), como também em outros espaços relativos à saúde, gênero e comunicação, possibilitando a divulgação dos conteúdos e a resistência do *ElityTrans* e do projeto. Apresentamos os resultados em São Paulo, na reunião do Observatório Nacional de Políticas Públicas e Educação em Saúde, em que aprofundamento e desenvolvimento das análises de políticas públicas na área de saúde são possibilitadas, por meio de redes de pesquisadores, que se dedicam a assegurar o acesso da população a bens e serviços de saúde.

O projeto inspirou diversos trabalhos acadêmicos de graduação em fotografia, audiovisual, design e comunicação popular e comunitária, como também foi tema de dois trabalhos de conclusão de curso, específicos sobre a temática. Uma monografia da pós-graduação em Comunicação Popular e Comunitária teve inspiração no projeto junto às T. Durante o período de produção dos podcasts, foram criados canais de comunicação também no Facebook e no Instagram, para disseminação dos conteúdos e bastidores da produção. O projeto de extensão também inspirou um projeto de pesquisa “Contranarrativas radicais produzidas por homens e mulheres Transexuais e Travestis: a

⁷ Junção de artista e ativista.

construção de novos sentidos, a partir de meios de comunicação contra-hegemônicos, populares, comunitários, democráticos e participativos”, além de inspirar a criação do grupo de pesquisa e extensão “Entretons”, em parceria entre os Departamentos de Comunicação; Psicologia Social, por meio da Profa. Flávia Carvalhaes; e do Departamento de Antropologia, com a Profa. Martha Ramirez.

As contribuições dos podcasts e vídeos foram múltiplas e abrangem os mais variados aspectos sociais, econômicos, científicos e históricos, uma vez que possibilitam a criação de uma nova imagem social das T. A reparação histórica e as novas imagens no imaginário social têm o intuito de desencadear e ampliar os acessos aos direitos sobre a saúde integral, sobre a própria corpa, sobre a sexualidade, sobre a identidade, nome social, moradia, escola, trabalho, entre outros. Essa gama de direitos, ainda negados à maioria delas, impacta diretamente nos aspectos econômicos e na autonomia para uma vida digna, uma vez que elas não conseguem ser admitidas no trabalho formal, e quando conseguem, tem que se adequar às funções que lhes são destinadas, restritas a trabalhos de estética, moda e faxina. Mas é para rua que a maioria delas é empurrada, onde encontram na prostituição uma forma de sobreviver. Porém, o alto grau de vulnerabilidade a que são expostas, traz consigo todas as formas de violência, do narcotráfico, das ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis), do HIV/AIDS, dos assassinatos por crimes de intolerância e ódio.

Os podcasts e documentários possibilitaram que as bocas dos corpos decoloniais pudessem falar por si mesmas, tensionando o domínio, nos mais diversos campos. A midiatravismo instaura novos modos de existências coloridas, diversas e plurais. Esta forma subversiva de mídia participativa tem o papel fundamental de denunciar os terrorismos sexistas, feminicistas, classistas, machistas, racistas, lgbtia+fóbicos, transfóbicos, coloniais. Todo o projeto contribui para que as travestis proclamem que continuarão a resistir, com produções de vidas múltiplas e diversas. E ao revés das normatizações, que as classificam como vidas frágeis e matáveis, as travestis e mulheres transexuais revelam que essas precariedades também são força motriz de resistências.

Outro aspecto importante a ressaltar é que as mídias produzidas colaboraram com a ampliação da alteridade, ampliando convívios, em que as diferenças e as diferentes possam ser consideradas como riqueza. Não é possível tolerar a desvalorização de vidas, a classificação de vidas que valem e as que podem ser descartadas. Não é possível continuar a tolerar uma sociedade que normaliza que travestis e mulheres transexuais sejam mortas aos 35 anos. Os podcasts e vídeos denunciam a necessidade emergente de desnaturalizar os crimes e as pessoas assassinadas; a condenação à morte social e física, que é imposto à população T. Os programas de rádio e filmes revelaram essas vidas que, mesmo desprezadas pela maquinaria do capital, resistem, insurgem pela instauração do sobreviver e pelas lutas dos movimentos sociais. Estes corpos negligenciados pelo poder hegemônico,

higienista, fascista, destruidor de direitos, massacrador de sonhos e outros mundos possíveis têm na midiatravismo mais uma forma de insurgirem e revelarem novas potências que ainda estavam invisibilizadas.

A eleição de Bolsonaro em 2018, para Presidência do Brasil, intensificou a destruição das políticas públicas e o agravamento de uma crise econômica, sexista, transfóbica, num terrorismo conservador de pânico moral, marcando um ciclo bolsonarista na história do movimento LGBTI+ brasileiro (Quinalha, 2022). Esse ciclo influenciou na descontinuidade do projeto de produção dos podcasts. Percebemos, porém, que outras formas de resistências se instauraram na cidade. Após a descontinuidade do *É Babado, Kyrida!*, as travestis e mulheres e homens transexuais mais novos fundaram a Frente Trans Londrina (FTL). Durante a pandemia produziram “lives”, se apropriando das técnicas comunicacionais por elas mesmas, sem a interferência da academia.

As ações do Coletivo ElityTrans, no período de pandemia, voltaram-se a cuidados com a população T, entre outros, com a distribuição de cestas básicas, uma vez que o trabalho da prostituição, do qual a maioria das travestis e transexuais sobrevivem, foi totalmente afetado pelos protocolos sanitários e pelo isolamento social devido ao coronavírus e Covid-19. No dia 17 de maio de 2021 – Dia Internacional de Combate à Homofobia, Bifobia e Transfobia, esses coletivos juntaram-se a outros e realizaram uma intervenção de comunicação nas ruas do centro da cidade, com a pintura da bandeira do orgulho trans e do orgulho LGBTIA+ e Queer, num importante cruzamento do centro da cidade.

Outra iniciativa que observamos foi a criação do projeto “Trava sem trava”, de Juaara Barbosa, estudante de Relações Públicas da UEL, que foi umas integrantes do *É Babado, Kyrida!*. A ação teve o objetivo de registrar pontos de vista de mulheres pretas produtoras culturais da cidade. Esse projeto foi contemplado pelo Programa Municipal de Incentivo à Cultura (PROMIC), importante financiador de projetos culturais na cidade de Londrina. Neste período tivemos também a participação de Linaê Mello, outra integrante do *É Babado, Kyrida!*, no curta-metragem *Salina*. Sob a direção de Gustavo Nakao, o filme participou de diversos festivais, tendo recebido prêmios em alguns deles. Também a protagonista do processo dos documentários *Meu amor, Londrina é trans e travesti*, Christiane Lemes participou do curta *As Grandes Nuvens de Guimaraes*, dirigido por Maycon Nery.

Para futuros próximos possíveis, o Museu Histórico de Londrina, tensionado pela demanda de reparar historicamente a inviabilização T, abriu a possibilidade de uma exposição temporária, que foi incluída como uma das ações propostas pelo autor, em seu novo projeto de extensão universitária “Entretons: Disrupturas Discursivas Decoloniais de Comunicação de Vidas que Importam”. Esse projeto também criou o Cine Diversidade, em

parceria com a Divisão de Cinema e Vídeo da Casa de Cultura da UEL, para exibição e roda de conversa, uma vez ao mês, no Cine Teatro Ouro Verde, um importante e simbólico espaço da cidade, para que possamos trazer pautas de LGBTIA+, queers, negres, pessoas com deficiência, indígenas, entre outros corpos considerados dissidentes, para abrir diálogo com a cidade.

Como podemos perceber, os processos de comunicação midiatravistas transbordaram e dispararam outras demandas, com novas e múltiplas características, para além do projeto de extensão e da universidade, contribuindo para que pautas existenciais das vidas das travestis, mulheres e homens transexuais, como também as vidas LGBTIA+ e Queers, em suas interseccionalidades, pudessem e possam ser discutidas como políticas públicas da cidade.

Referências

- Akotirene, C. (2021). *Interseccionalidade*. São Paulo: Editora Jandaíra.
- Bentes, I. (2018). *Economia Narrativa: Do Midiativismo aos Influenciadores Digitais*. In Braighi et al. (Eds.), *Interfaces do Midiativismo: do conceito à prática* (pp. xx-xx). CEFT-MG.
- Bento, C. (2022). *Personalidade autoritária, masculinidade branca e nacionalismo*. In *O Pacto da Branquitude*. Companhia das Letras.
- Brevilheri, U. B. L., Lanza, F., & Sartorelli, M. R. (2022). Neolanguage and “neutral language”: inclusive potentialities and/or conservative reactions. *Research, Society and Development*, 11(11), e523111133741. Disponível em: DOI: 10.33448/rsd-v11i11.33741.
- Butler, J. (20). *Corpos que Importam: os limites discursivos do “sexo”*. São Paulo: n-1 edições.
- Butler, J. (2020). *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Butler, J. (2019). *Vida precária: os poderes do luto e da violência*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2005). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia, vol 1*. São Paulo: Ed. 34.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.
- Green, James & Polito, Ronald (2006). *Frescos Trópicos: fontes sobre a homossexualidade masculina no Brasil (1870-1980)*. Rio de Janeiro: José Olympio.

- Halberstam, Jack (2000). *A Arte Queer do Fracasso*. Pernambuco: CEPE.
- Mbembe, Achille (2018). *Necropolítica*. São Paulo: n-1 edições.
- Merhy, Emerson Elias (2004). "O conhecer militante no sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido". In Franco, Peres, Foschiera et al. (Eds.), *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, como base no processo de trabalho* (pp. xx-xx). São Paulo: Editora Hucitec.
- Miani, Rozinaldo Antônio A. (2011). Os pressupostos teóricos da comunicação comunitária e sua condição de alternativa política ao monopólio midiático. *Intexto*, Porto Alegre, UFRGS, 02(25), 221-233. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/intexto/article/view/16547>
- Moreira, Reginaldo (2014). *A comunicação como dispositivo terapeutizante: mais mediação, menos medicação*. Rio de Janeiro: Rizoma.
- Moreira, Reginaldo (2021). A reparação histórica e social das protagonistas travestis brasileiras do norte pioneiro do Estado do Paraná: o documentário como direito à construção de novas narrativas na cidade de Londrina. In César Augusto R. Nunes et al. (Eds.), *Anais de Artigos Completos do V CIDHCoimbra 2020 - Volume 7* (pp. 47). Campinas / Jundiaí: Editora Brasília / Edições Brasil / Editora Fibra. Série Simpósios do V CIDHCoimbra (2020).
- Peruzzo, Cícilia Maria Krohling (1998). *Comunicação nos movimentos populares: a participação na construção da cidadania*. Petrópolis: Vozes.
- Preciado, Paul B. (2011). Multidões Queer: notas para uma política dos 'anormais'. *Estudos Feministas*, 19(1), 11–20. Disponível em:
- Quinalha, Renan (2022). *Movimento LGBTI+: uma breve história do século XIX aos nossos dias*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Rolnik, Suely (2007). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS.
- Saez, Javier & Carracosa, Sejo (2016). *Pelo cu: políticas anais*. Belo Horizonte: Letramento.
- Sayak, Valencia (2019). Uma masculinidade necropolítica. *Revista PLURAIS: Observatório de resistências plurais*, Agosto. Disponível em: <https://resistadotblog.wordpress.com/2021/05/13/uma-masculinidade-necropolitica/>
- Vergès, Françoise (2020). *Um feminismo decolonial*. São Paulo: Ubu Editora.

A PSICOLOGIA FRENTE À INTERIORIZAÇÃO VENEZUELANA: DIREITOS HUMANOS COMO ÉTICA PROFISSIONAL

Vanessa Ruffatto Gregoviski

Introdução

As nações atuais se formaram a partir dos inúmeros fluxos migratórios ao longo da história. Hoje, conta-se com aproximadamente 100 milhões de pessoas deslocadas forçadamente de suas residências por sofrerem algum tipo de violação de direitos humanos e terem a necessidade de buscar abrigo em outros países, estimando-se o aumento deste número nos próximos anos em decorrência das guerras na Ucrânia e no Oriente Médio. Assim, cabe-se discutir sobre os obstáculos aos quais essas pessoas possam ser sujeitas e sobre qual o papel dos profissionais de saúde para facilitar o cuidado integral a elas, destacando-se, neste capítulo, o papel do(a) psicólogo(a) (ACNUR, 2022; Garcez & Oliveira, 2016).

Sendo o Brasil um dos países que acolhe esses imigrantes, é importante se atentar à realidade encontrada. Nota-se que no contexto brasileiro recente, especialmente por volta de 2016, houve um aumento significativo no fluxo de imigrantes venezuelanos, principalmente na região fronteira com Roraima. Contudo, isso também expôs a fragilidade das autoridades brasileiras no acolhimento humanitário e requereu providências imediatas para contenção do cenário caótico que se estabeleceu nas cidades de Pacaraima e Boa Vista, sendo uma das soluções previstas a interiorização dos refugiados (Alvim, 2018; Gregoviski et al., 2022; Jarochinski-Silva & Baeninger, 2021).

O processo de interiorização venezuelana se configura em um direito à mobilidade em decorrência de uma crise humanitária, que desembocou no deslocamento forçado de refugiados que sofreram grave violação dos direitos humanos. Esse processo se deu de forma que os venezuelanos que estavam alocados em Roraima foram distribuídos ao longo do Brasil, inclusive na região Sul, onde ocorreu a experiência retratada neste capítulo. Intuiu-se, com isso, que pudessem ter maiores oportunidades de se estabelecer enquanto cidadãos brasileiros assim que regularizada sua situação imigratória.

Os governos municipais se viram diante da necessidade de dar conta das demandas psicossociais que esses imigrantes apresentaram, ainda que os venezuelanos tivessem

direito a um auxílio financeiro inicial conferido por seis meses – custeado pelo Estado (Brasil, 2018; Gregoviski et al., 2022).

No entanto, mesmo com esse suporte, é evidente que o acesso à saúde e aos cuidados psicossociais ainda representava um desafio significativo para eles. A discussão sobre a equidade no acesso à saúde ainda está em desenvolvimento gradual, destacando a importância de uma formação adequada para os profissionais que trabalham com esse público. Isso é fundamental para que possam compreender como as migrações se configuram como um determinante social de saúde. (Granada et al., 2017; Moreno & Klijn, 2011).

Em pesquisa realizada por Delamuta e colaboradores (2020), nota-se que, infelizmente, nem sempre os serviços oferecem um tratamento adequado às demandas existentes em pessoas que se deslocaram forçadamente de seus países. Os imigrantes sinalizam a ocorrência de situações de preconceito relacionado à sua aparência e cor (racismo), assim como de seu idioma, e o uso inadequado de protocolos que não estão sequer minimamente adaptados à realidade migratória, ignorando, por completo, questões interculturais e o respeito a isto.

Desta maneira, é conclusivo que isso é uma demanda emergente, além de urgente, para um fazer profissional ético que, de fato, exerça seu papel ao prover cuidado para o ser humano. Cuidado, este, que deve ser livre de preconceitos, garantindo a defesa dos direitos humanos e o acesso equânime, universal e integral aos bens e serviços de saúde (Brasil, 1990). Coloca-se, aqui, que uma estratégia pertinente é a de qualificação daqueles que diariamente se propõem a trabalhar na saúde pública, sendo uma possibilidade disso as Residências Multiprofissionais em Saúde (Silva, 2018). Sublinha-se que, na Psicologia, há indícios de possibilidades de cuidado ampliadas, destacando-se o papel emancipatório e libertário ao qual se propõe essa categoria profissional (CRP-PR, 2019).

Para tal, este capítulo objetivou contar o trilhar do caminho de uma psicóloga residente de saúde mental em um espaço responsável pelo acolhimento a refugiados venezuelanos em processo de interiorização no Sul do Brasil. Para tanto, coloca-se o uso de um relato de experiência, a fim de trazer maior luz à experiência vivenciada. Destaca-se que a experiência ocorreu em um período breve, por se tratar de um estágio opcional da autora, porém sua profundidade e riqueza foram incomparáveis.

Contar e refletir sobre a experiência

A oportunidade de aderir à experiência de acompanhamento de um processo de interiorização em andamento foi, apesar do receio inicial, de uma riqueza incomparável. Os

programas de residências em saúde contam com um período de estágio optativo, em um local de escolha do(a) profissional-estudante para aprofundar os conhecimentos adquiridos ao longo dos dois anos da formação em serviço (Brasil, 2019), sendo este espaço uma escolha do(a) residente.

Em meu caso, essa decisão, para além da oportunidade de experimentação como uma psicóloga preparada para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) e nas políticas públicas antimanicomiais de saúde mental, representou uma mudança na forma de encarar o mundo. Durante dois anos conheci espaços formais de saúde, ainda que sempre tenha tencionado junto a colegas que isto se ampliasse para que pudesse cada vez mais entrar em contato com a realidade que desconhecia. Até aquele momento, por mais que sempre tenha tido interesse genuíno em ler sobre processos imigratórios, jamais tinha tido contato com pessoas que tivessem adentrado dessa forma no país, algo que me causava incômodo, pois residio em uma cidade em que isto sempre foi visível. Ainda que sem tantas formulações, esse questionamento permeava minha mente.

O potencial transformador que existe em um processo de mobilidade humana ficou claro conforme escutava e presenciava as resistências criadas por aqueles sujeitos desde a percepção de que haveria a necessidade de um deslocamento forçado do país que tanto amavam – a Venezuela. Sem nunca ter, naquele momento, sequer saído de território brasileiro, conheci muitas Venezuelas: seus bairros, suas comidas típicas, suas danças, suas estações, suas potências e suas dificuldades.

Como profissional de saúde, via-me na responsabilidade ética-profissional e afetiva de ouvir, sem impor julgamentos, minha cultura, meus valores ou tudo aquilo que aprendi desde minha criação como algo correto. E este foi um passo extremamente certo para o vínculo que criamos enquanto coletivo.

Foi notório que ao assumir uma postura de construção ao invés de imposição, os venezuelanos com quem trabalhei se sentiram respeitados enquanto cidadãos de direitos, algo que por muitas vezes havia sido usurpado deles. Percebeu-se, também, que ao valorizar seus saberes e sua cultura, sentiram-se dispostos a contar sobre como tinha sido suas vivências até aquele momento, focando não apenas em aspectos dolorosos, mas falando sobre suas alegrias, memórias e saudades, sem receios de julgamentos ou desmerecimentos. Assinala-se que a vinculação de um profissional (seja ele de Psicologia ou não) com um usuário/sujeito é indispensável e insubstituível para que se estabeleça espaços de confiança e proteção (Alvarez, 2019).

Para isto, o primeiro passo após a escuta, e me arrisco a dizer que não pode ser de uma forma diferente disto, foi o aprofundamento histórico dos processos imigratórios, especialmente no eixo Sul-Sul. Revisar a história da construção da América Latina desde a

invasão e colonização europeia em muito esclareceu os discursos que vinham daqueles sujeitos, permitindo uma compreensão minimamente melhor da realidade que descreviam, nos aspectos bons e, também, naqueles que os faziam sofrer.

Nisso, Moya (2018) assume a relevância de que se analisem os processos históricos formativos da América Latina, pois se compreenderá a diversidade racial, homogeneidade cultural, taxas de criminalidade, desigualdade social, baixos índices de guerras e outros. Com isto, busquei aprofundar o conhecimento teórico (escasso) nas ciências psicológicas no que tange a processos imigratórios, surpreendendo-me com o tanto de conteúdos patologizadores que existem acerca de uma experiência de tamanha magnitude, que não traz somente sofrimentos e adoecimentos como regra inviolável, mas que mostra muito sobre resistências e a força da coletividade.

Com todos esses recursos, graças a um processo formativo robusto, busquei diálogos e supervisões com minhas colegas e meu professor-tutor. Estranhamos o familiar, aplaudimos a diversidade, escancaramos as violações daquilo que tanto estudamos ao longo de dois anos, e sofremos ao nos deparar com uma realidade que colocava todos os preceitos dos direitos humanos em escanteio. Porém, foi com isto que conseguimos pensar em como criar estratégias de atuação com uma rede qualificada (de saúde, educação, assistência social, habitação e empregabilidade) e com os próprios refugiados.

O diálogo com a rede e com os sujeitos (de forma coletiva) foi esclarecedor a todos nós, adequamos rotas que foram traçadas, ampliamos a ideia de saúde e de equidade naquele contexto, propomos rodas culturais e de afeto(ação) entre múltiplas culturas, aproximando o povo brasileiro do venezuelano de forma respeitosa. Logo, com o diálogo e a possibilidade de repensar, construímos. Os muros simbólicos seguiam nos espaços conforme fui concluindo meu processo, mas conseguimos estabelecer brotos de esperança, pontes de diálogo. Assim, ouvir, estudar, supervisionar, dialogar, repensar e construir foi uma receita que serviu bem àquela ocasião, pois incluiu a todos os atores de uma ampla rede em um diálogo no qual os usuários/sujeitos eram autores de suas histórias, e como protagonistas, não coadjuvantes.

Vale mencionar que o enlaçamento da Psicologia com os direitos humanos, duramente violados na realidade imigratória daquelas pessoas, jamais pode ser desfeito. O psicólogo, conforme preza o seu próprio Código de Ética Profissional, deve trabalhar “no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos” (CFP, 2005, p. 7). Qualquer que seja o caminho trilhado, esta é uma regra que deve estar estabelecida a quem atuar neste (e em todos os outros) campos de cuidado.

Como principal dificuldade que enfrentei, menciono aquilo tão bem descrito na literatura (Delamuta et al., 2020; Granada et al., 2017; Gregoviski et al., 2022; Oliveira, Yazdani & Gomes, 2019): as barreiras na articulação com a rede de saúde, especialmente quando se pensa na integralidade do ser humano e o fato de que ele necessita do acesso a diversos serviços intersetoriais, algo ainda mais agravado porque aqueles que imigram nem sempre sabem como buscar este acompanhamento (por medo, por desconhecimento, por dificuldades quanto ao idioma). Percebia a reprodução de discursos patologizantes que colocavam imigrantes como usuários de serviços especializados em saúde mental, afinal, eram, sem dúvidas, pacientes psiquiátricos em decorrência de seus traumas [sic].

Escutei, de outra forma, discursos que erguiam bandeiras contrárias à patologização da imigração, porém, com intuito de que esses sujeitos não trouxessem demandas a eles. Notei entraves políticos (não partidários) que barravam ações conjuntas, mas que permaneciam no campo do não dito. Não era incomum, ainda, o discurso de igualdade, que varria por completo as subjetividades aí presentes, ignorando construções equânimes. Não bastassem esses aspectos, ainda era visível que a percepção de saúde não se dava de forma ampliada (biopsicossocial), sendo incompreensível para alguns o porquê do diálogo com a educação, habitação e outros.

Percebi que, em muito por essa barreira intersetorial, vários venezuelanos demonstraram sofrimento psíquico preocupante, logo, não foi uma surpresa quando a primeira demanda feita a mim como psicóloga-residente foi a de atendimentos clínicos individuais. Essa forma de cuidado foi algo que me coloquei contrária naquela situação, pois as demandas emocionais provinham de um sujeito-coletivo, não de um indivíduo isolado. Destarte, as necessidades de um trabalho em saúde mental tinham outras ações a serem desenvolvidas, conforme já colocado neste capítulo.

Reforço, entretanto, que, em alguns casos em específico, de fato houve a necessidade de um olhar para a vivência particular do sujeito (haja vista que demonstraram sintomatologias preocupantes). Situação que, visto a percepção de necessidade de acompanhamento a longo prazo (algo que não seria possível em um processo de residência que estava findando), foi algo articulado com o Centro de Atenção Psicossocial do município, ainda que, até então, desconhece e não tivesse se aproximado dos abrigos em que os refugiados viviam. Nesse sentido, questiono-me até mesmo sobre bases curriculares de profissões no rol da saúde, estamos recebendo uma qualificação plural, crítica e ética?

A busca pela articulação intersetorial, assim como a negativa frente a uma clínica fechada, foi algo estimulado pelas leituras e diálogos feitos no programa de residência que fiz parte, um ponto positivo excelente dos(as) mestres que estiveram comigo naquele período. Porém, seria impossível não me perguntar sobre o porquê de nada daquilo ter sido

discutido durante meu bacharelado em Psicologia, trazendo-me inquietações sobre o perfil profissional daqueles que acompanham processos migratórios Brasil a fora.

A base curricular nacional da Psicologia, conforme proposto pelo Ministério da Educação (2001), não parece contemplar a realidade social que se mostra no Brasil. Ao contrário, percebe-se que as disciplinas reproduzem, em muito, constructos de influências europeias transpostas a uma realidade latino-americana sem nenhum tipo de adaptação. É preocupante pensar que isto roube de graduandos de Psicologia a possibilidade do desenvolvimento de um olhar crítico sobre seu fazer. O suposto saber que é assumido e reproduzido nesse campo parece, assim, não condizer com as demandas sociais com as quais me defrontei (sem mencionar aquelas que ainda desconheço).

Por fim, menciono algumas das inúmeras potências desse processo. Em primeiro lugar, coloco a pertinência de um processo formativo de tamanha qualidade como a residência multiprofissional, já que foi por meio disto que me aproximei de realidades que eram tão distantes de mim até aquele momento, além de ter feito com que eu qualificasse meu olhar diante daquela situação, sempre pautada em preceitos da Clínica Ampliada e Compartilhada (Brasil, 2009), e dos direitos humanos, conforme preconizado pelo programa em que estava alocada e pelos próprios princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 1990).

Ademais, estar próxima daqueles que provém de uma difícil realidade e auxiliá-los a construir pontes de acesso a toda uma rede de cuidado, foi impreterível; algo que não seria concluído se não existisse o processo de articulação e qualificação dos profissionais que já compunham a rede daquela cidade, discutindo sempre sobre como pensar em equidade em um cenário de violações de direitos humanos na Venezuela (como fome, falta de acesso à saúde e alimentação, e outros), no trajeto migratório (com caminhadas a pé, com “coiotes”, ameaças constantes e outros) e no próprio Brasil (com a securitização do processo de recepção que não contemplou, de forma nenhuma, o acolhimento psicossocial).

Como encaminhamentos

Coloca-se a importância que a Psicologia adquiriu no espaço de acolhimento a sujeitos que vinham de uma trajetória marcada pela violação de direitos humanos, começando em seu país de origem e se estendendo à chegada no Brasil. As nuances do fazer psicológico foi necessária para que certos processos ganhassem notoriedade nas discussões, para que o não-dito surgisse, para a facilitação de espaços grupais e para uma melhor leitura do contexto institucional no acolhimento aos refugiados.

É notório e de suma importância o destaque de que a Psicologia, assim como os programas de Residência Multidisciplinar em Saúde, atue como estratégia de gestão à saúde. Desse modo, necessita-se o olhar atento à formação superior desses profissionais, dessa forma, sendo pistas de caminhos possíveis a serem trilhados para uma maior qualificação de toda uma rede de atenção à saúde.

Não obstante, psicólogos(as) comprometidos(as) com os direitos humanos são profissionais comprometidos com uma ética profissional que respeita a vida e a diversidade dos sujeitos, coerentes com o que se coloca no Código de Ética Profissional (CFP, 2005). Questiona-se, porém, como os espaços formativos da graduação e da pós-graduação dão conta dessas discussões, estariam estimulando-as ou suprimindo-as? Ainda que não se tenha uma resposta objetiva, pontua-se que a constante inquietação é o que pode proporcionar transformações na Psicologia de agora e do futuro, sendo o caminho “ouvir-estudar-supervisionar-dialogar-repensar-construir” uma dica àqueles que não sabem por onde iniciar seu incômodo ao tradicional consultório fechado a quatro paredes.

Referências

- ACNUR. (2022). ACNUR: deslocamento global atinge novo recorde e reforça tendência de crescimento da última década. Disponível em:
<https://www.acnur.org/portugues/2022/06/15/acnur-deslocamento-global-atinge-novo-recorde-e-reforca-tendencia-de-crescimento-da-ultima-decada/#:~:text=Principais%20dados%20do%20relat%C3%B3rio%20E2%80%9CTend%C3%AAncias,que%20perturbaram%20a%20ordem%20p%C3%ABlica>
- Alvarez, P. E. S. de. (2019). Percepciones y expectativas que inciden en la vinculación de los usuarios a los Centros de Atención Psicosocial en Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 23. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/Interface.190117>
- Alvim, M. (2018). A cronologia da crise migratória em Pacaraima, na fronteira entre Brasil e Venezuela. BBC News Brasil. Disponível em:
<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-45242682>
- Brasil (1990). Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília,

Distrito Federal: 20 set. 1990; Seção 1. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

Brasil. (2009). Clínica ampliada e compartilhada. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS - Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2018). Lei nº. 13.684, de 21 de junho de 2018. Dispõe sobre medidas de assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária; e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, Distrito Federal: 21 jun, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13684.htm

Brasil (2019). Resolução de nº. 27, de 18 de abril de 2019. Dispõe sobre a oferta de estágio optativo no âmbito dos programas de residência médica. Diário Oficial da União. Brasília, Distrito Federal: 18 abr, 2019. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/docman/abril-2019-pdf/112461-27-resolucao-n-27-de-18-de-abril-de-2019-estagio-optativo-rm/file#:~:text=%C2%A7%201%C2%BA%20Admite%2Dse%20a,forma%C3%A7%C3%A3o%20do%20candidato%20ao%20est%C3%A1gio>

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2005). Código de Ética Profissional do Psicólogo. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>

Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRP-PR). (2019). Migrações e refúgio: a importância da Psicologia no acolhimento. Disponível em:
<https://crppr.org.br/migracoes-e-refugio/#:~:text=Nesse%20sentido%2C%20a%20Psicologia%20%C3%A9,%C3%A0%20emancipa%C3%A7%C3%A3o%20e%20%C3%A0%20liberdade.>

Delamuta, K. G., Mendonça, F. de F., Domingos, C. M., & Carvalho, M. N. de. (2020). Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, 36(8). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087019>

Garcez, G. D. & Oliveira, M. L. (2016). Multiculturalismo, interculturalidade e direitos humanos: a responsabilidade da mídia em informar para a educação intercultural. *Leopoldianum*, 40(113-5), p. 07-20. Disponível em:
<https://periodicos.unisantos.br/leopoldianum/article/view/641>

- Granada, D., Carreno, I., Ramos, N., & Ramos, M. da C. P.. (2017). Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(61). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0626>
- Gregoviski, V. R. ., Capra-Ramos, C., Lima , J. F. de ., & Oliveira , R. W. de . (2022). Psychosocial care in the process of Venezuelan Interiorization: Experience report. *Research, Society and Development*, 11(6), e15611629104. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.29104>
- Jarochinski-Silva, J. C., & Baeninger, R.. (2021). O êxodo venezuelano como fenômeno da migração Sul-Sul. *REMHU: Revista Interdisciplinar Da Mobilidade Humana*, 29(63). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006308>
- Ministério da Educação (2001). Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Psicologia. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1314.pdf>
- Moreno, M. B., & Klijn, T. P.. (2011). Atención en salud para migrantes: un desafío ético. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 64 (3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300025>
- Moya, J.. (2018). Migration and the historical formation of Latin America in a global perspective. *Sociologias*, 20(49). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/15174522-02004902>
- Oliveira, R. W., Yazdani, L., Gomes, C. M. (2019). Do Refúgio à Garantia à Saúde: Perspectivas (Des)coloniais. *Saúde em Redes*, 5(2). Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2019v5n2p315-323>
- Silva, L. B.. (2018). Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*, 21(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>

NO MOVIMENTO DO REBOJO: PROCESSOS PARA O ACESSO À ÁGUA E AO ESGOTAMENTO SANITÁRIO NO MÉDIO SOLIMÕES, AMAZÔNIA BRASILEIRA

Taína Martins Magalhães

Luiz Francisco Loureiro

João Paulo Borges Pedro

O movimento das águas

Sucede o que as águas do grego não são compostas de oxigênio e hidrogênio.

Têm moléculas abstratas, de invisível filosofia.

Thiago de Mello

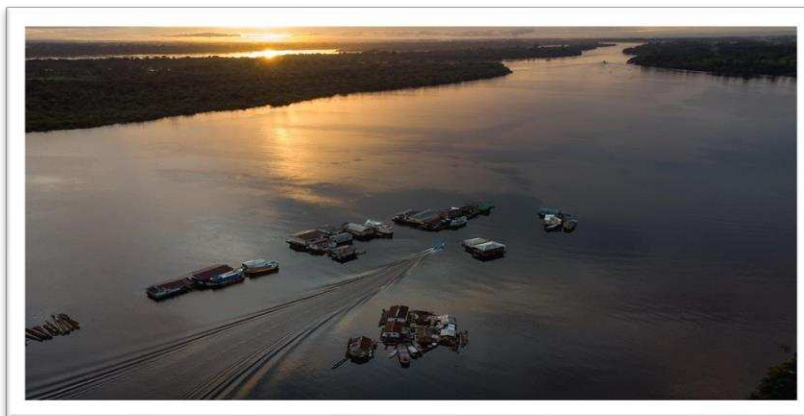
Água. Sendo química, é uma substância formada por átomos de hidrogênio e oxigênio, líquida à temperatura ambiente, solvente para diversas outras substâncias e adquire a forma do que a contorna. Sendo hidrologia, forma mares, lagos e rios que compõem aproximadamente 70% da superfície terrestre. Sendo chuva, materializa o ciclo de transformação em um fenômeno capaz de irrigar solos, retroalimentar reservas e permitir o consumo em locais onde outras possibilidades são escassas ou pouco estruturadas. Sob essa visão, a água pode ser considerada algo a ser usado para determinados fins. Navegar, produzir, transportar, banhar-se, pescar, matar a sede e cumprir seu papel de dar a vida. Visão essa, porém, muito pragmática e dominadora, que quase impõe a ela uma obrigatoriedade de suprir as necessidades de quem dela precisa utilizar.

Buscando por novas perspectivas que complementam a visão do que a água significa no processo deste trabalho e na escrita deste capítulo, convidamos o leitor a lançar-se no imaginário dos rios do estado do Amazonas junto à poesia de Thiago de Mello (Mello, 2002), poeta amazonense cujos escritos traduzem uma visão de quem vive o rio, que é diferente daquela de quem vive do rio. Nessa perspectiva, a água deixa de ser apenas uma utilidade e se transforma em um modo de vida para a população ribeirinha, onde a própria existência se entrelaça com a presença desse elemento (Figura 1); as relações se constroem por meio

da água, no fluir de um movimento em ritmo e tempo não rígidos ou fixos, mas maleáveis, transitórios, dinâmicos e cíclicos.

Figura 1

No movimento do viver a água nos rios do Amazonas



Autor: João Paulo Borges Pedro

A forma, portanto, que contorna esse trabalho é o movimento entre a “invisível filosofia” dissolvida nas moléculas da água que inspira o devir, o fluir, o transcorrer, o avançar e a observação concreta, dura, árdua e severa de uma realidade em que cerca de 82% de famílias que vivem na área rural da região Amazônica não possui conexão com sistemas de abastecimento de água (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2014). Além disso, cerca de 3,8 milhões de pessoas residem em domicílios sem ligação à rede de esgotamento sanitário ou fossa séptica (IBGE, 2011), as quais em sua maioria ainda pratica a defecação a céu aberto.

A maioria dessa população vive em áreas alagáveis ao longo dos rios principais, somando uma área de aproximadamente 840.000 km², conhecida como área de várzea cuja dimensão assemelha-se ao território de todo o estado do Mato Grosso. Para essas pessoas, apesar de viverem a água diariamente nos diversos momentos do ciclo de enchente, cheia, vazante e seca, as atividades essenciais do dia a dia, como lavar roupas, tomar banho, beber água potável ou fazer as necessidades fisiológicas, não são tarefas simples.

As fontes de água comuns advêm da captação do próprio rio ou do armazenamento de águas pluviais; no caso da captação do rio, o transporte da água é comumente realizado em baldes ou garrafas plásticas, do rio até as casas. A distância percorrida nessa tarefa varia conforme o período do ano, podendo alcançar até 1.000 metros. Assim, a “filosofia

invisível” da água dá lugar ao peso e à amargura que acompanha principalmente mulheres e crianças por extensas praias sob um sol imponente, na atividade laboriosa e árdua de carregar os recipientes (Gomes et al., 2019).

No que diz respeito ao movimento da água de volta para o rio, as características ambientais locais se configuram como limitantes para a implementação de tecnologias de saneamento (Borges Pedro et al., 2018). Soluções tradicionais encontram barreiras relacionadas ao pulso de inundação que submerge o solo ao redor das residências, mesclando rio, solo, plantas e dejetos em um único corpo. Aos que não possuem sanitário, a defecação a céu aberto é uma prática comum realizada em local regionalmente conhecido como “pau-da-gata” durante a seca (Gomes et al., 2015) e nos igapós em época de cheia, se equilibrando em cima de canoas.

Viver a água, para os ribeirinhos, não se trata de algo planejado ou pensado, trata-se de existir; ainda assim, suas vidas continuam clamando veementemente por existirem para além de registros literários e poéticos, insistindo na justa reivindicação pela garantia de direitos básicos. A Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2010, por meio da Resolução A/RES/64/292¹ reconheceu o direito à água limpa e segura e o saneamento como um direito humano essencial para gozar plenamente a vida e todos os outros direitos humanos. No mesmo ano, o Conselho de Direitos Humanos reafirmou na Resolução A/HRC/RES/15/9² o direito à água potável e ao saneamento como direito à vida e à dignidade humana.

Garantir, portanto, o acesso à água limpa, segura e ao saneamento é assegurar o viver ribeirinho em sua integralidade. Viver “as tantas almas da água”, conforme escrito por Mello (2002), alma essa que leva, que traz, que sobe, que seca, que volta em repiquete, que alimenta e que deve também matar a sede com segurança e qualidade.

Num fluir como o do Rio Solimões, que inspira e materializa as ações desse trabalho, este capítulo busca apresentar o processo das experiências do Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá (IDSM) relacionadas aos Sistemas de Abastecimento de Água com Energia Solar (SAA) instalados em comunidades das Reservas de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá (RDSM), Amanã (RDSA) e à Fossa Alta Comunitária (FAC) como solução em saneamento para área de várzea implementada na Comunidade de Santa Maria, município de Tefé/AM e na comunidade Jarauá (RDSM); processo que, como um curso de rio, foi e continua sendo alimentado por diferentes afluentes de aprendizados.

¹ UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. Human right to water and sanitation. Geneva: United Nations General Assembly; 2010. (UN Document A/RES/64/292).

² UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS COUNCIL (UNHRC). Resolution on the human right to safe drinking water and sanitation. Geneva: UNHRC; 2010. Resolution A/HRC/RES/15/9

Relacionando os ciclos naturais do rio com os ciclos institucionais, apresentamos as características conferidas aos sistemas pelos movimentos de aprendizado até 2022, bem como suas relações com os conceitos relacionados aos princípios dos Direitos Humanos à água e ao saneamento (Albuquerque, 2014). Nessa perspectiva, junto à poesia de Mello (2002), que inspira a escrita do texto e ilustra o caráter interdisciplinar das ações deste trabalho, propomos um mergulho nas águas do passado, trazendo-as para a superfície do presente como nos redemoinhos dos rebojos, capazes de misturar os saberes tradicionais com o conhecimento científico e de extensão, permitindo viver o rio e reinventar a existência e as experiências nesse processo contínuo de realizar-aprender-realizar.

O ir e vir institucional

*O rio fala com o homem.
O rio diz o que o homem deve fazer.*

Thiago de Mello

A nascente do desenvolvimento de ações para acesso à água e ao esgotamento sanitário começa a fluir em 1995, com a construção de um poço artesiano com bomba manual e fossas na comunidade Vila Alencar (RDSM), pelo grupo Projeto Mamirauá, com posterior aprimoramento por uma bomba elétrica no ano seguinte. Apesar das barreiras encontradas com a qualidade da água e energia para suprir a demanda da bomba, foi o fio d'água inicial que alimentou a formação do rio de experiências e conhecimentos acumulados até o momento (Nascimento, 2016; Gomes et al., 2019).

Já constituído como IDSM e com o contrato de gestão estabelecido com o Ministério de Ciência e Tecnologia, a partir de 1999, o primeiro sistema de bombeamento de água superficial do rio com energia fotovoltaica foi instalado na comunidade Boca do Mamirauá (RDSM), com recursos do Departamento de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (DFID). Como o ciclo natural dos rios da região, que passam pelo período da enchente com a elevação do nível das águas, até 2004 foram conquistados recursos para instalação de sistemas com captação superficial em 17 comunidades, sendo três financiados com recursos do Programa do Trópico Úmido do Ministério da Ciência e Tecnologia (PTU/MCT) e 14 com recursos do Programa de Desenvolvimento Energético dos Estados e Municípios (PRODEEM). Durante esse período, houve também ações relacionadas à construção de fossas secas na RDSA, como iniciativas incipientes em termos de esgotamento sanitário (Nascimento, 2016).

No processo da vazante, o descer do rio revela aos poucos lugares antes inundados, novas paisagens e expõe objetos que se acumulam nas margens cada dia mais descobertas. Nesse movimento de exposição, o rio revela informações antes ocultas, “o rio diz o que o homem deve fazer”. Como em um processo de vazante, de 2005 a 2009 não houve a instalação de novos sistemas, mas o acompanhamento das experiências previamente instaladas possibilitou aprendizados relacionados à melhor posição entre bomba, gerador e reservatório, consolidando o uso da energia fotovoltaica como possibilidade para alimentação das bombas. Além disso, as informações reveladas incentivaram a busca por novos modelos de bombas, pois, apesar de ter suportado as características da água e ter tido uma vida útil média de quase seis anos e possibilidade de manutenção local, o modelo importado AY McDonald não apresentou o desempenho desejado em termos de vazão e recalque (Nascimento, 2016).

No transcorrer dos aprendizados, o rio ganhou volume com as experiências realizadas, sendo seu contorno modelado pelo objetivo de construir e implementar tecnologias sociais. Além da solução técnica para um problema social específico, o processo de desenvolvimento prevê a interação e a participação direta da população envolvida como meio de promover soluções mais adequadas à realidade local, de modo essencialmente democrático (Dagnino et al., 2004); tal participação valoriza também a incorporação dos saberes tradicionais para a construção do conhecimento. Sob essa ótica, foram consolidados os projetos relacionados ao acesso à água e, apesar de ações ainda incipientes, os projetos relacionados ao esgotamento sanitário.

No novo ciclo de cheia entre 2010 e 2014, os recursos provenientes da Fundação Amazonas Sustentável (FAS), da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e, principalmente, do Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) permitiram a revitalização de 13 sistemas, modificação de dois sistemas de poço para captação superficial e instalação em uma nova comunidade, todos com o uso da nova bomba importada da marca Grundfos. No processo de realizar-aprender-realizar, a nova bomba apresentou melhor performance em vazão e altura manométrica, porém o material mostrou-se sensível à oxidação provocada pela característica da água e a manutenção poderia ser realizada somente por serviços autorizados, o que se mostrou como uma dificuldade, considerando que as áreas onde essas instalações eram feitas costumavam ser remotas (Gomes et al., 2019).

Entre os anos de 2015 e 2016, crises econômicas marcaram um novo período de vazantes dos processos relacionados à ampliação do acesso à água; o IDSM ficou temporariamente impossibilitado de realizar novas instalações e, novamente, com os aprendizados oriundos do acompanhamento das experiências acumuladas, passou a

investir esforços na aproximação entre lideranças comunitárias e prefeituras. Entre 2017 e início de 2020, como num repiquete, antes que a pandemia suspendesse as atividades relacionadas ao abastecimento de água nas comunidades, o surgimento de uma nova fonte de recursos possibilitou três revitalizações e a experimentação de novos modelos de bombas e painéis elétricos.

Essas adaptações foram importantes para a retomada das atividades em 2022 quando recursos oriundos da Fundação Banco do Brasil (FBB) vieram possibilitar uma nova instalação do SAA e ampliação de atuação com ações relacionadas ao tratamento de água de chuva com Filtro Ecológico Alternativo e desinfecção solar da água (SODIS), sob perspectiva mais focada na atração dos poderes municipais para a correnteza que deve levar ao direito humano à água.

O rio do esgotamento sanitário ganhou volume e seu curso foi orientado pela pesquisa em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais a partir de 2017, que resultou no desenvolvimento da Fossa Alta Comunitária (Borges Pedro, 2022). As experiências incipientes com fossas secas, ainda no início dos anos 2000, fluíram num percurso cheio de meandros que passaram por experiências de tratamento de esgoto para residências flutuantes e instalações de sanitários secos nas comunidades Vila Alencar (RDSM) e São João do Ipecaçu (RDSA), cujos aprendizados indicaram a preferência dos moradores da região por sanitários que utilizassem água (Gomes et al., 2015). Outras curvas foram agregadas com a implementação de tratamento de esgoto por raízes, as quais apresentaram problemas de operação e manutenção e também se mostraram inviáveis para a realidade e interesses locais.

Os meandros de um rio desenham na paisagem um fluir sinuoso, mas harmônico, que conferem àquelas águas um traço único. Nos ciclos de cheia e seca, os meandros podem ocupar novos espaços, mas os lugares antes ocupados fazem parte do seu processo de formação que dá continuidade em seu transcorrer. Nesse ir e vir institucional, como nos meandros e nos ciclos do rio, o barco é guiado pelos remos da experiência. Experiência no sentido científico do método objetivo de realizar uma ação, observar seus resultados e propor aprendizados e soluções, mas também no sentido de ser aquilo que “nos passa, ou que nos toca, ou que nos acontece, e ao nos passar nos forma e nos transforma” (Bondía, 2002, p. 26), como um rio que fala ao homem o que ele deve fazer.

Do rio para as casas

*Água de doenças: água de ameba, água de febre negra.
Mas também água de cacimba: no ardor o úmido da selva,
o olho d'água se acertando frio, nunca para de minar.*

Thiago de Mello

O fluir constante e natural das águas pelos rios da região contrasta com a acessibilidade laboriosa a essas águas pelos moradores ribeirinhos. O processo de construção de possibilidades para oportunizar o acesso à água resultou em um sistema de abastecimento com captação superficial do rio por meio de uma bomba solar submersa que opera com energia fotovoltaica. Do rio, a água é destinada para um reservatório central, onde é realizado um pré-tratamento de remoção de sólidos grosseiros com filtro de areia e, após, ocorre a distribuição por gravidade para cada domicílio da comunidade (Figura 2).

Dentre as tantas “almas da água”, o intuito é afastar da população ribeirinha a “água de doenças”, sendo a diarreia provocada por helmintos e protozoários a mais comum na região. Entretanto, é importante considerar que os sistemas de abastecimento de água com energia solar não apresentam capacidade técnica para tornar a água potável segundo padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Pacífico et al., 2021). Nesse movimento, ações de melhoria relacionadas à prática já realizada pelas comunidades de uso de água de chuva estão sendo fomentadas com o projeto do Filtro Ecológico Alternativo e Desinfecção Solar da Água (SODIS) buscando melhorar a qualidade da água para consumo, cujos resultados estão em fase de monitoramento (Gomes et al., 2014; Capeleto, 2022).

Figura 2

Placas solares que alimentam a bomba e reservatório elevado do SAA na comunidade São Raimundo do Jarauá



Autor: João Paulo Borges Pedro

Na correnteza dos impactos conquistados pelos SAAs, melhorias foram apresentadas relacionadas à redução de acidentes no trajeto dos moradores, principalmente mulheres e crianças, até a margem dos rios para realizarem tarefas diárias como lavar roupas, tomar banho e buscar água. O conforto na realização das tarefas domésticas com a promoção de privacidade e economia de tempo, que pôde ser

empregado na realização de outras atividades, também foi relatado pelos moradores, indicando o movimento rumo à qualidade de vida e dignidade (Pacífico et al., 2021).

Enquanto Tecnologia Social, o processo de sua implementação buscou aplicar os princípios dos direitos humanos da não discriminação e igualdade, participação e acesso à informação e transparência. Nesse sentido, nas 17 comunidades em que o SAA foi instalado entre 2010 e 2022, após os aprendizados com as experiências anteriores, os moradores beneficiados foram sempre envolvidos nos processos de tomada de decisões e acesso às informações relacionadas às etapas do projeto. A participação é estimulada em reuniões para apresentação do sistema, oficinas de capacitações, contrapartida da comunidade com o fornecimento de madeira, envolvimento no processo construtivo e acompanhamento do funcionamento do sistema (Nascimento, 2016).

Além disso, foi por meio da participação e do conhecimento tradicional que uma melhoria na captação da radiação solar foi implementada junto da construção de uma balsa de apoio para a bomba usando madeira tradicionalmente utilizada na base de casas flutuantes. Outro aspecto da atuação da comunidade flui com os ciclos do rio, ou seja, no período da enchente, os tubos e mangueiras devem ser desconectados de modo a aproximar a balsa do reservatório, movimento contrário ao período da vazante em que o rio se afasta da comunidade e as conexões devem ser refeitas (Gomes et al., 2019).

Esse processo participativo busca construir o envolvimento, o empoderamento e a apropriação da tecnologia, num mergulho rumo à garantia do princípio da sustentabilidade, enquanto permanência ao longo do tempo. Nas águas da sustentabilidade, porém, o mergulho é coletivo; sendo coletivo, desarranja e desagrega como canais de um rio que capturam parte do fluxo para um escoamento paralelo. Nesse processo, atualmente 11 sistemas instalados após 2010 estão inativos, sendo que Gomes et al. (2019) indicaram que os moradores contemplados têm potencial de se organizarem em uma gestão comunitária com o propósito de realizar a manutenção do sistema, porém encontram barreiras relacionadas a questões financeiras quando há necessidade de substituição de peças e equipamentos.

Como os furos e paranás de um rio, o realizar-aprender-realizar flui na união de diferentes movimentos na garantia do direito à água, cujos desafios perpassam os aspectos relacionados ao estabelecimento de políticas públicas e processos definidos para financiamento e gestão das ações em curso. Enquanto tecnologia social, o SAA apresenta-se como uma oportunidade para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar da população ribeirinha, com potencial de promoção do direito à água limpa e saudável, unindo seu movimento com as ações para tratamento e desinfecção da água.

Das casas para o rio

Sinto muito, leitor querido. Muito mesmo. É com pena, com indignação de permeio, que lhe digo que as águas amazônicas já não são as mesmas. [...] acontece que estão ficando sujas. Tanto as barrentas (como as do Ramos, que é braço do Amazonas, as do Solimões, as do Madeira, do Juruá), as pretas (como as do Andirá, que certos dias amanhecem cor de cobre e até esverdeadas, as do Negro, do Preto da Eva, do Uaicurapá, do Purus, do lago do Marcelo, no paraná-mirim da Eva) e as azuis (como as do Tapajoz, do Piraí) estão ficando cada dia mais sujas.

Thiago de Mello

Dentre as pedras que trazem obstáculos para o fluir do movimento de realizar-aprender-realizar ações voltadas a colaborar com o acesso à água nas comunidades ribeirinhas, o esgotamento sanitário tornou-se uma linha de atuação visando avançar nas soluções para acesso à água limpa e segura. Como afluentes que se unem para formar o rio principal do saneamento, oportunizar o acesso a sanitários e formas de tratamento de esgoto nas comunidades de várzea une-se com a continuidade do trabalho em melhorar o acesso à água, seguindo no fluir de viabilizar maior qualidade de vida aos moradores e minimizar processos que deixam “as águas amazônicas [...] cada dia mais sujas”.

Como uma nascente que aflora, os primeiros passos foram pensar numa tecnologia específica para o contexto da área de várzea. Além dos ciclos de inundação anual que submergem os solos por um período do ano, os deslizamentos de encostas e o acesso às áreas por meios exclusivamente fluviais são desafios ao esgotamento sanitário na região que impedem a aplicação de soluções tradicionais de redes coletoras de esgoto (Borges Pedro et al., 2018), representando resistências que dificultam o fluir da nascente .

A água, entretanto, almejando aflorar-se para a superfície, encontra caminhos que podem não ser os convencionais. Levando em consideração a existência de 21 possibilidades de tratamento de esgoto em área de várzea (Borges Pedro et al., 2020), a preferência dos moradores da região por sanitários que utilizam água (Gomes et al., 2015), a possibilidade dimensionamento conforme normas vigentes no Brasil, a presença de pós-tratamento, a simplicidade de operação, manutenção, baixo custo, a concepção, planejamento, implantação conjunta com saberes tradicionais e processos participativos, características de uma tecnologia social (Dagnino et al., 2004), a Fossa Alta Comunitária aflorou como uma nascente capaz de fluir rumo à melhoria do esgotamento sanitário na região.

Tecnicamente, trata-se de um arranjo de fossa séptica – elemento que inspira o primeiro nome “Fossa” da Tecnologia Social – com pós-tratamento em filtro anaeróbio e sumidouro, dimensionados conforme NBR 7229 (Associação Brasileira de Normas Técnicas [ABNT], 1993) e NBR 13.969 (ABNT, 1997), projetado para receber águas fecais de até quatro residências, melhorar o isolamento sanitário de microrganismos patogênicos e minimizar o risco à saúde dos ribeirinhos (Figura 3).

Figura 3

Fossa Alta Comunitária instalada para as três casas centrais, na Comunidade Santa Maria



Autor: João Paulo Borges Pedro

Sendo somente técnica, porém, “as tantas almas da água” se esvaem e a nascente que começou a ganhar volume corre o risco de secar. Nesse movimento, portanto, é necessário incorporar ao processo a participação direta da população de modo integrado à tecnologia em si – como princípio fundamental para a constituição da Tecnologia Social.

“Alta”, portanto, reflete um dos elementos da integração da participação comunitária, cujo saber tradicional dos níveis de alcance histórico das cheias permitem o dimensionamento da base que eleva o sistema adaptado às condições das enchentes nas áreas de várzea. Além disso, “Comunitária” também remete ao processo participativo de planejamento e construção do sistema, levando em conta os desejos dos moradores relacionados às características das “casinhas” onde foram instalados os sanitários, sua participação no fornecimento da madeira necessária e envolvimento ativo durante a construção dos sistemas, além do aspecto semicoletivo da tecnologia (Borges Pedro et al., no prelo).

No volume teórico que encorpa a nascente e dá movimento ao rio rumo ao trabalho com o esgotamento sanitário, a prática traz novos elementos que se misturam e guiam o realizar-aprender-realizar. A instalação do sistema foi efetuada na comunidade de Santa Maria (Tefé/AM) no contexto de uma investigação científica (Borges Pedro, 2022) em parceria com o IDSM, sendo 24 moradores contemplados, definidos por meio de decisões coletivas e participativas. Outra iniciativa também foi realizada na escola da comunidade São Raimundo do Jarauá, na RDS Mamirauá, município de Uarini. Considerando o princípio da universalidade dos direitos humanos, há um importante caminho a navegar rumo à elaboração de políticas públicas que ofereçam soluções em saneamento de forma universal, baseado no princípio da não discriminação e igualdade. Navegar que envolve diversos atores dispostos a se molhar nas águas do saneamento, como instituições de pesquisa, universidades, poder público em suas diferentes esferas, empresas prestadoras de serviço de saneamento públicas ou privadas, comunidade, entre outras. Águas que já começaram a fluir por meio das iniciativas implementadas para uma população carente de visibilidade na garantia dos direitos básicos.

Outros aspectos relacionados aos princípios dos direitos humanos à água e saneamento fortalecidos com as ações em esgotamento sanitário da FAC dizem respeito à participação, enquanto pilar fundamental de envolvimento da população beneficiada nos processos de tomada de decisões. Para além de ser uma característica intrínseca de uma tecnologia social, a participação é um direito humano realizado de forma “ativa, livre e significativa” (Organização das Nações Unidas [ONU], 1986). Em entrevista com um dos moradores, fica evidenciado esse aspecto ao dizer que “[...] o sistema foi uma parceria ali né, tanto do instituto quanto a comunidade, houve participação, interação então acho que os dois têm”.

O princípio de acesso à informação e transparência foi igualmente incorporado no fluir do movimento da FAC que, em muitos momentos, se confunde com a própria participação; exercendo um, alcança-se também o outro. Diferentes ferramentas como observação participante, entrevistas, reuniões e tomadas de decisão em conjunto foram elementos que se uniram para que o acesso às informações fosse realizado de forma transparente e integral.

“Tentar resolver sim porque pra ficar parado ai não ia dá certo de jeito nenhum”, disse um morador. Com a fala, o desejo de manter o funcionamento contínuo é expresso, indicando uma apropriação do sistema pelo morador. Isso alimenta o princípio da sustentabilidade do direito humano ao saneamento, dando evidências da disponibilidade da tecnologia no futuro.

Nas águas do realizar-aprender-realizar ações em esgotamento sanitário, juntamente com os princípios dos direitos humanos, encontram-se elementos do conforto, privacidade e segurança, ao possibilitar aos moradores os sanitários exclusivos, dentro de casa, longe dos perigos de animais como cobras, onças e jacarés. Como disse um morador, “ficou melhor né, a gente não sai daqui de dentro de casa pra ir lá pras bandas do mato, tudo aqui dentro de casa, por isso que eu acho que facilitou muito”. Dignidade, bem-estar e qualidade de vida, são águas que todos deveriam ter a possibilidade de mergulhar.

Água que roda no rebojo

*Vem ver comigo o rio e suas leis.
Vem aprender a ciência dos rebojos*

Thiago de Mello

No transcorrer do movimento que compõe esse trabalho, podemos destacar os afluentes dos princípios dos direitos humanos que alimentam o realizar-aprender-realizar do rio das ações voltadas ao acesso à água e do rio das ações em esgotamento sanitário que, por fim, se unem nas águas do saneamento. Essas águas carregam elementos da dignidade que buscam regar a vida dos ribeirinhos com uma maior qualidade de vida e bem-estar.

Além disso, tais águas estão alinhadas com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em especial o ODS 6, que visa garantir disponibilidade e manejo sustentável da água e saneamento para todos. Como meta até 2030, o rio das ações com os SAAs implementados e as ações em curso de tratamento e desinfecção buscam alcançar o acesso universal e equitativo à água para consumo humano de forma segura e acessível para todas e todos (meta 6.1). Na mesma direção, o rio das ações em esgotamento sanitário com o desenvolvimento e implementação da FAC orienta-se a alcançar o acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos para todos e acabar com a defecação a céu aberto, com especial atenção para as necessidades das mulheres e meninas e daqueles em situação de vulnerabilidade (meta 6.2), com sanitários familiares individuais que atendem às necessidades de privacidade, conforto e segurança.

No fluir das águas, aparecem os rebojos, redemoinhos temidos por navegantes dos rios amazônicos capazes de desestabilizar embarcações e levar o que está na superfície para o fundo. Causado por uma diferença de densidade das águas em níveis distintos do rio e pela formação geomorfológica do assoalho, os rebojos podem ser observados como uma turbulência do encontro de diferentes intensidades dos diversos elementos que navegam

no rio. No navegar rumo ao acesso à água e ao esgotamento sanitário, instituição, comunidade, empresas prestadoras de serviço, poder público nas esferas municipais, estaduais e federais e outros atores envolvidos nem sempre se alinham na densidade de atuação para implementação das ações.

No que diz respeito à garantia do direito à água limpa e segura e ao esgotamento sanitário, o poder público deve assumir um papel de comandante da embarcação que navega por essas águas, comprometendo-se em criar, implementar e manter políticas que ofereçam soluções em saneamento de forma universal, com participação, transparência, informação e sustentabilidade. Restrições financeiras, limitações técnicas, falta de vontade política entre outros fatores sociais, políticos ou econômicos estão relacionados à ausência de políticas públicas que ofereçam soluções em saneamento (Meier et al., 2014). Como “água que roda no rebojo” (Mello, 2002, p. 24), o IDSM é incorporado nas águas e, dentro desse movimento, segue o processo de continuidade com o planejamento de próximas ações para fomentar o diálogo com prefeituras dos municípios das comunidades, cujas experiências continuam em processo de construção.

Os desafios técnicos dos sistemas encontrados ao longo das experiências também podem ser compreendidos como rebojos do rio. No aspecto técnico, problemas relacionados aos modelos das bombas utilizadas continuam em processo de soluções no realizar-aprender-realizar (Gomes et al., 2019), permitindo-se lançar no redemoinho das dificuldades apresentadas para buscar por soluções mais adequadas.

Apesar de muitas vezes temidos, os rebojos não são em sua essência um aspecto negativo. As águas da superfície vão para o fundo e o rio devolve à superfície aquilo que ficou escondido e invisibilizado. Nesse processo, o conhecimento científico, técnico, institucional mescla-se com o saber tradicional ribeirinho, do seu modo de vida e do seu lugar, numa Ecologia de Saberes “a partir da qual é possível começar a pensar a descolonização da ciência e, portanto, a criação de um novo tipo de relacionamento entre o saber científico e outros saberes” (Santos et al., 2006, p. 79).

Para não se afogar em um rebojo, não é recomendado tentar realizar um movimento instintivo de voltar à superfície pelo redemoinho. É necessário observar e sentir para onde a força puxa, tentar sair lateralmente e continuar o movimento nas águas em outro lugar. Com as experiências do IDSM relacionadas ao acesso à água e ao esgotamento sanitário da mesma forma: buscar por experiências não convencionais por meio de tecnologias sociais, observar os resultados, influenciar políticas públicas e permitir-se ser guiado pelas demandas que as experiências traduzem para, sobretudo, continuar. “A única obrigação de quem navega esses rios é a de continuar” (Silva, 2020, p. 115).

Referências

- ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. (1993). NBR 7229: projeto, construção e operação de sistemas de tanques sépticos.
- Associação Brasileira de Normas Técnicas [ABNT]. (1997) NBR 13969: Tanques sépticos-unidades de tratamento complementar e disposição final dos efluentes líquidos-projeto, construção e operação.
- Albuquerque, C. D. (2014). Manual prático para a realização dos direitos humanos à água e ao saneamento pela relatora especial da ONU, Catarina de Albuquerque. Portugal.
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista brasileira de educação*, (19), 20-28. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2023.
- Borges Pedro, J. P. et al. (2018). Desafios da Gestão de Sistemas de Tratamento de Esgoto em Áreas Rurais Alagáveis da Amazônia. In 1o Seminário Nacional sobre Estações Sustentáveis de Tratamento de Esgoto. Curitiba: ISAE/FGV.
- Borges Pedro, J. P., Oliveira, C. A. D. S., de Lima, S. C. R. B., & von Sperling, M. (2020). A review of sanitation technologies for flood-prone areas. *Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development*, 10(3), 397-412. Disponível em: <https://iwaponline.com/washdev/article/10/3/397/75339/A-review-of-sanitation-technologies-for-flood>. Acesso em: 12 set. 2023.
- Borges Pedro, J. P. (2022). Solução semicoletiva de tratamento de águas fecais e seu processo de apropriação em comunidade de área alagável da Amazônia. (Tese de doutorado). Programa de Pós-graduação em Saneamento, Meio Ambiente e Recursos Hídricos, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.
- Borges Pedro, J. P.; Figueiredo, I. C. S; Gomes, M. C. R. L; Von Sperling, M. (no prelo). Fossa alta comunitária: tecnologia social para tratamento de esgoto em comunidades de várzea na Amazônia. *Revista Terceira Margem Amazônica*.
- Capelato, L. (2022). Começa a ser implementado o projeto Arranjo de Tecnologias Sociais de abastecimento de água para comunidades ribeirinhas da Amazônia. Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá. Disponível em: <https://www.mamiraua.org.br/noticias/come%C3%A7a-a-ser-implementado-o-projeto-arranjo-de-tecnologias-sociais>. Acesso em: 12 set. 2023.

- Dagnino, R., Brandão, F. C., & Novaes, H. T. (2004). Sobre o marco analítico-conceitual da tecnologia social. *Tecnologia social: uma estratégia para o desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Fundação Banco do Brasil, 65-81. Disponível em: http://www.mom.arq.ufmg.br/mom/18_ref_capas/arquivos/arquivo_110.pdf. Acesso em: 12 set. 2023.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2014). Perfil dos Estados Brasileiros. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Perfil_Estados/2013/estadic2013.pdf. Acesso em: 12 set. 2023.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011). Censo Demográfico 2010: Características da população e dos domicílios - Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE.
- Gomes, M. C. R. L., do Nascimento, A. C. S., Souza, D. S., & Corrêa, H. C. D. C. (2014). Uso de água de chuva para consumo em localidades ribeirinhas da Amazônia, Brasil. 9^o Simpósio Brasileiro de Captação e Manejo de Água de Chuva. Feira de Santana-BA: ABCMAC- Associação Brasileira de Captação e Manejo de Água de Chuva.
- Gomes, M. C. R. L., Moura, E. A. F., Borges Pedro, J. P., Bezerra, M. M., & Brito, O. S. (2015). Sustainability of a sanitation program in flooded areas of the Brazilian Amazon. *Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development*, 5(2), 261-270. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/279180639_Sustainability_of_a_sanitation_program_in_flooded_areas_of_the_Brazilian_Amazon. Acesso em: 12 set. 2023.
- Gomes, M. C. R. L., do Nascimento, A. C. S., Corrêa, D. S. S., Brito, O. S., & Moura, E. A. F. (2019). Surrounded by sun and water: development of a water supply system for riverine peoples in Amazonia. *Revista Tecnologia e Sociedade*, 15(35). Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rts/article/view/7912>. Acesso em: 12 set. 2023.
- Meier, B. M., Kayser, G. L., Kestenbaum, J. G., Amjad, U. Q., Dalcanale, F., & Bartram, J. (2014). Translating the human right to water and sanitation into public policy reform. *Science and Engineering Ethics*, 20(4), 833-848. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11948-013-9504-x>. Acesso em: 12 set. 2023.
- Mello, T. D. (2002). Amazonas, pátria da água. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Nascimento, A. C. S. D. (2016). Tecnologia social para qualidade de vida em territórios de conservação: reservas de desenvolvimento sustentável Mamirauá e Amanã Amazonas. Disponível em: <https://mamiraua.org.br/index.php>. Acesso em: 12 set. 2023.

ONU. Declaração de Direito ao Desenvolvimento. (1986). Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/bmestar/dec86.htm>. Acesso em: 12 set. 2023.

Pacífico, A. C. N., Nascimento, A. C. S. D., Corrêa, D. S. S., Penteado, I. M., Pedro, J. P. B., Gomes, M. C. R. L., & Gomes, U. A. F. (2021). Tecnologia para acesso à água na várzea amazônica: impactos positivos na vida de comunidades ribeirinhas do Médio Solimões, Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 37, e00084520. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cR7mQS9RTnScVMR4VVg5zCr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2023.

Santos, B. D. S., Meneses, M. P. G., & Nunes, J. A. (2006). Conhecimento e transformação social: por uma ecologia de saberes. *Hiléia: revista de direito ambiental da Amazônia*, 4(6), 9- 103. Disponível em: <https://pos.uea.edu.br/data/direitoambiental/hileia/2006/6.pdf>. Acesso em: 12 set. 2023.

Silva, F. S. (2020). *A escrita submersa: o fazer literário das águas de rio*. (Tese de doutorado). Programa de Pós-graduação em Letras, Instituto de Letras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

EDUCAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS: CONSTRUINDO PONTES PARA A HUMANIZAÇÃO DA PRÁTICA MÉDICA

Maria Elisa Gonzalez Manso

Maria Fernanda Terra

Ana Carolina Toguchi

Introdução

Direitos humanos podem ser considerados enquanto normas que reconhecem e protegem a dignidade de qualquer pessoa, independentemente de gênero, etnia, renda, condição de saúde, entre outros atributos. São um norte para a vida em sociedade, sendo que sua fruição pode se dar de forma individual, nas relações das pessoas entre si e na vinculação a um Estado. Para este último, regulam tanto o deixar de fazer algo que prejudique a efetivação destes direitos quanto o cumprir prestações devidas para sua realização (Ramacciotti & Calgaro, 2021; Comparato, 2008; Sarlet, 2007).

Positivados na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, impõem limites e diretrizes ao exercício da profissão médica. Seu conhecimento pelo(a) futuro(a) profissional é fundamental para que este(a) não apenas conheça as questões éticas a serem observadas, mas, e principalmente, que respeite os direitos humanos na relação com as pessoas que o(a) procuram em um momento de necessidade (Rego, 2010).

O exercício da medicina está diretamente relacionado com a proteção e promoção dos direitos humanos, pois, em inúmeros casos, são os médicos(as) as primeiras testemunhas de práticas violadoras de direitos. Estes(as) profissionais podem promover os direitos de cada indivíduo de diversas maneiras, tanto através da atenção clínica quanto por meio de pesquisas, relatórios ou monitoramento de normas ratificadas pelo Estado (Albuquerque, 2015).

Embora a classe médica possua a profissão teórica e eticamente pautada nos direitos humanos, estes valores parecem cada vez mais alheios ao exercício desta. Muito se comenta e critica a graduação médica no sentido de formar profissionais alheios à realidade social em que estão inseridos(as) e que demonstram pouca preocupação com as necessidades da população que irão atender.

Inúmeros autores ressaltam que a graduação médica, desde o século XVIII e com ênfase após o Relatório Flexner de 1910, passa a ter como foco principal o estudo das doenças, decorrente do modelo adotado pela medicina ocidental moderna: biomédico e pautado na anatomia, fisiologia, patologia, epidemiologia, bacteriologia. As questões sociais são relegadas a segundo plano e a desresponsabilização para com quem adoecer passa a preponderar. A medicina dirige-se para o estudo majoritário dos corpos das crianças, mulheres e adultos jovens, resultado da medicalização crescente, da necessidade de docilização dos corpos e da exigência de manutenção da saúde dos(as) trabalhadores(as) (Manso, Pagotto, & Torres, 2021; Czeresnia, Macila, & Oviedo, 2013; Le Breton, 2012; Tesser, 2007; Caprara, & Rodrigues, 2004; Camargo-Junior, 2003; Foucault, 2001).

A literatura evidencia o quanto a medicina voltada para o adoecimento trouxe de benefícios, porém ressalta a ausência de empatia, a falta de escuta, a desresponsabilização dos(as) profissionais, a ausência de integralidade e continuidade no cuidado, o desrespeito às vontades do(a) adoecido(a) e a iatrogenia cultural, todos causados pelo olhar voltado somente para a enfermidade. A atenção à doença é uma visão simplificada, já que foca apenas em um problema e tenta resolvê-lo. É um tipo de abordagem que funcionou muito bem quando as doenças agudas imperavam, porém não é suficiente para o cuidado contínuo e integrado, que engloba as esferas da prevenção e da promoção da saúde (Manso, Pagotto & Torres, 2021; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2020; Stewart et al., 2010; Camargo Junior, 2003; Good, 1994; Ilich, 1975). Apesar de tais objeções, este ainda é modelo que prevalece durante a graduação médica, ressaltando as ciências biológicas de maneira expressiva e que se mostra distante das ciências humanas.

Os grupos minoritários são os que mais sofrem com este modelo. Apesar das políticas públicas de saúde voltadas para minorias buscarem, mediante discriminação positiva, atingir a equidade na atenção à saúde, elas demonstram o quanto os(as) médicos(as) têm dificuldades no atendimento das minorias, podendo ferir direitos e levar à desatenção e negligência (Machado, 2022; Coimbra Junior, & Santos, 2000).

Por grupos minoritários entende-se não apenas grupos de pessoas em desvantagem numérica, mas sim grupos excluídos do direito à cidadania plena. Desta forma, a definição de grupos minoritários, apesar dos inúmeros sentidos dados por diferentes autores, aproxima-se do conceito de grupos vulneráveis. Esta aproximação permite incluir, além dos critérios de etnia, religião, língua e cultura – explicitados pela Declaração sobre os Direitos das Pessoas pertencentes a Minorias Nacionais ou Étnicas, Religiosas e Linguísticas da Organização das Nações Unidas (ONU, 1992) –, outros grupos em situação de subjugação, tais como: mulheres, crianças, pessoas idosas, população LGBTQIA+, população em situação de rua, entre outros (Ramacciotti & Calgaro, 2021; Comparato, 2008).

No contexto da graduação médica, a visão biomédica da medicina ocidental hegemônica tende a tratar a doença como universalidade, ignorando singularidades e os saberes das pessoas sobre seus próprios corpos. Além deste fato, ao colocar o social em segundo plano, perde de vista o conceito ampliado de saúde, desvalorizando os determinantes e condicionantes expressos no art. 3º da Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8080/1990), entendendo a saúde apenas como ausência de doença.

Isto prejudica os grupos minoritários, despindo-os de suas especificidades e vulnerabilidades, e permite trazer à tona estereótipos negativos e preconceitos que são incorporados pelos(as) profissionais e afetam o cuidado. As próprias políticas públicas voltadas para estes grupos trazem exemplos que reforçam estas afirmativas, vide Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Ministério da Saúde, 2017); Saúde da População em Situação de Rua (Ministério da Saúde, 2014); e a Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (Ministério da Saúde, 2013), dentre outras. Destarte, a violência institucional e o desrespeito aos direitos humanos dos grupos minoritários têm um espaço fértil para prosperar.

Estudos apontam que os direitos humanos são de grande relevância no desenvolvimento da equidade e integralidade, princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), explicitados nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de medicina. Na revisão de 2014, as diretrizes defendem que o aprender não é apenas uma compreensão de um conceito técnico-científico, mas também um processo de transformação e reconstrução teóricas (Conselho Nacional Educação Superior [CNES], 2014). Este novo modelo incentiva os(as) médicos(as) a terem um olhar diferente daquele advindo do modelo biomédico.

Sob este contexto, propôs-se a um grupo de estudantes de um curso de medicina, localizado na cidade de São Paulo, reflexões sobre estas questões, com ênfase na compreensão sobre direitos humanos e grupos minoritários. Esta pesquisa tem como objetivo relatar esta experiência e apresentar a visão deste grupo de graduandos(as).

A experiência

Em um curso de medicina vinculado a um Centro Universitário privado da cidade de São Paulo, Brasil, era, até o ano de 2022, oferecida a disciplina Introdução à Medicina. Esta matéria era parte da grade curricular do curso desde sua fundação em 2010, oferecida no primeiro semestre, tendo sido excluída por alteração da matriz e absorvida pelo eixo transversal de doze semestres voltado à Saúde Coletiva.

Os conteúdos curriculares voltavam-se para a história crítica da medicina; os atributos derivados da Atenção Primária em Saúde (APS); a competência cultural e orientação comunitária; o estudo dos determinantes sociais da saúde (DSS) e as diversas interpretações sobre o adoecer e o cuidado, com destaque à atenção a grupos minoritários e aos direitos humanos. Conceitos como o que são estereótipos, preconceito, discriminação, além de equidade, integralidade, autonomia, alteridade e empatia eram abordados.

Durante a disciplina, os(as) educandos(as) eram convidados(as) a refletir sobre estes temas, tanto através de aulas dialogadas quanto por pesquisas em grupo e seminários. Ao final, os(as) graduandos(as) entregavam reflexões grupais sobre os conceitos abordados e sua aplicabilidade à prática médica.

Quando da abordagem sobre a atenção a grupos minoritários, a discussão sobre os direitos humanos e sua interrelação com o cuidado era destacada. Neste aspecto, a discussão do direito à saúde em sua visão ampliada, conforme trata a Constituição Federal do Brasil e a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8080/1990), em seu Artigo 3º, permitia a compreensão dos DSS. Mas outros direitos também apareciam no debate, tanto relacionados à dimensão dos direitos individuais, quanto sociais, culturais, econômicos, políticos, coletivos e difusos, direito à paz, meio ambiente saudável, dentre outros.

A disciplina foi muito afetada pela pandemia de COVID-19, já que o formato on-line dificultava o debate. Assim, a fim de poder compreender melhor o aproveitamento dos(as) educandos(as) sobre os temas, pensou-se em um breve instrumento, quali-quantitativo, que pudesse apreender as impressões e inquietações de um grupo de educandos(as) que cursaram, durante o ano de 2021, a matéria. O instrumento foi projetado como uma pesquisa de opinião, pois seus resultados também buscavam elucidar a melhor forma de ministrar esses conteúdos de forma remota.

O instrumento foi realizado no software Mentimeter®, escolhido por sua praticidade e por permitir a resposta anônima. Os(As) educandos(as) puderam escolher por participar ou não, tendo sido avisados(as) que sua não-cooperação não interferiria em seu desempenho, já que a pesquisa não se prestava para avaliação. Dos 120 alunos(as) matriculados(as), 77 responderam.

Este trabalho se enquadra na Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 510 de 2016, que trata da pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, inserindo-se em seu Artigo 1º, por objetivar o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito. Desta forma, está isenta de aprovação pelo sistema CEP/CONEP, porém os(as) participantes tomaram ciência da mesma, de seus objetivos, da publicação dos

dados, tendo consentido em Termo de Assentimento como preconizado pela normatização ética.

Os Resultados

Responderam ao instrumento, no segundo semestre de 2021, 77 alunos(as) regularmente matriculados(as) no primeiro semestre do curso de medicina. A faixa etária predominante encontrava-se entre 18 e 20 anos, variando de 18 a 31 anos. A maioria destes(as) educandos(as) declararam-se do gênero feminino (n= 51; 66,23%).

Inquiridos(as) sobre o que eram direitos humanos, boa parte sugeriu serem direitos ligados à dignidade, porém quantidade significativa (n=20; 25,90%) trouxe visões de que os direitos humanos se referem apenas a determinados grupos de pessoas, relacionando-os, principalmente, às minorias e à população privada de liberdade. Sobre estes últimos, os(as) educandos(as) que assim interpretavam o construto traziam informações originadas da mídia sensacionalista.

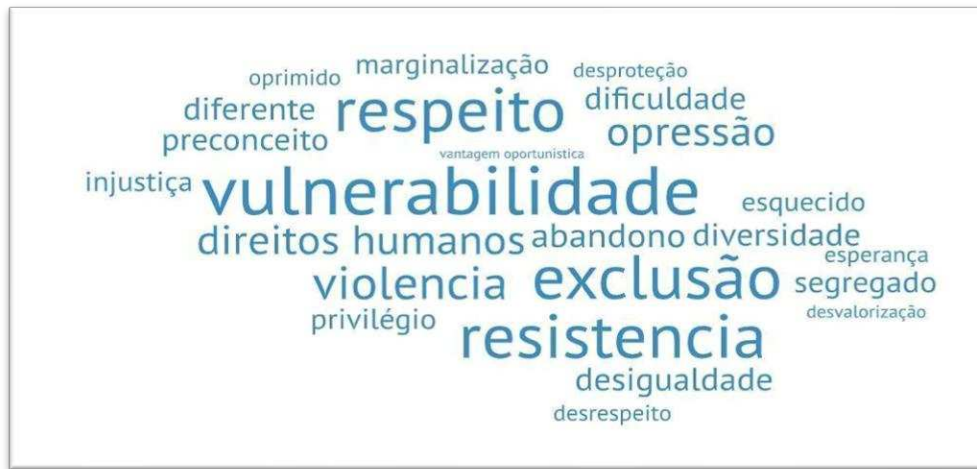
Dos graduandos(as), 49,35% (n=38) concordaram fortemente sobre o quanto o conhecimento do tema direitos humanos é importante para a prática do(a) futuro(a) médico(a). Convidados(as) a atribuir, em uma escala de zero a dez, uma nota à importância do tema para sua prática, as notas atribuídas por este grupo de 38 alunos(as) encontravam-se no intervalo entre oito e dez. 21 graduandos(as) (27,27%), por sua vez, consideraram o tema medianamente importante para sua prática clínica, atribuindo notas entre cinco e sete. Os restantes 18 alunos(as) (23,37%) atribuíram pouca importância ao tema, atribuindo notas entre zero e quatro.

Perguntados(as) sobre se haviam modificado seu conceito sobre os direitos humanos, compreendendo melhor o tema, após as aulas e reflexões, 34 educandos(as) (44,15%) responderam que sim e 35 (45,45%) destacaram sobre o quanto tema é importante para o exercício de sua cidadania.

Quanto ao estudo das minorias, todos os 77 educandos(as) se imaginaram atendendo grupos minoritários quando formados(as). Instados(as) a associar uma palavra às minorias, as palavras mais citadas foram vulnerabilidade, resistência, direitos humanos, respeito, desigualdade, exclusão, como se observa na Nuvem de Palavras (Gráfico 1), onde se apresentam os termos empregados por estes educandos(as).

Gráfico 1

Nuvem de Palavras com os termos associados às minorias, grupo de educandos(as), 2021



Fonte: Manso, Terra & Toguchi, 2021.

Como se observa no Gráfico 1, houve também palavras como privilégio e o uso da expressão “vantagem oportunística”, repetidas quando os(as) alunos(as) foram perguntados(as) sobre sua opinião quanto às políticas de discriminação positiva. Estas opiniões mostram o parecer de 12 educandos(as) (15,58%) sobre o tema. Já os restantes 84,41% (totalizando 65) associaram estas políticas à equidade. Todos os 77 alunos(as), entretanto, concordam que o médico(a) deve conhecer, acolher e respeitar as minorias.

Quando convidados(as) a se imaginarem pertencendo a um grupo minoritário e tendo que ser atendido(as) pelo serviço de saúde, as palavras que surgiram foram: decepção, injustiça, impotência, medo e abandono.

Para este grupo de educandos(as) como um todo, o estudo dos temas direitos humanos e minorias reforçou a compreensão dos DSS, conceito que associam à equidade e integralidade, princípios do SUS. Ainda, ressaltam a importância da competência cultural, atributo derivado da APS, como importante fator para atenção não só às minorias, mas como respeito e proteção aos direitos humanos das pessoas que atenderão no futuro, atribuindo majoritariamente (n=66; 85,71%) notas entre oito e dez a este construto. Mas, para 11 destes graduandos(as) (14,28%), a competência cultural não é importante para sua prática futura, atribuindo notas entre zero e três. No Gráfico 2, apresenta-se a Nuvem de Palavras relacionadas à competência cultural e à proteção dos direitos humanos advinda das respostas desses grupos de alunos(as).

Gráfico 2

Nuvem de Palavras com os termos associados à competência cultural e à proteção dos direitos humanos, grupo de educandos(as), 2021



Fonte: Manso, Terra & Toguchi, 2021.

Considerações sobre os resultados

A educação médica voltada para os direitos humanos é hoje considerada uma necessidade. Desde 1993, como ressaltado pelo General Medical Council (2009), menciona-se que os (as) estudantes de medicina devem ter conhecimento e compreensão não só das questões éticas e legais relevantes para o seu ofício, mas adquirir consciência da responsabilidade moral e ética do cuidado individual, desenvolvendo uma atitude que reconheça os direitos das pessoas atendidas em todos os aspectos a fim de prover o melhor cuidado.

No Brasil, a legislação e as DCN destacam que os(as) médicos(as) devem conhecer as Políticas, Diretrizes e Protocolos assumidos pelo sistema de saúde local, o funcionamento deste, a legislação sanitária e ética, bem como compreender e coordenar o cuidado em rede. Estas competências são internacionalmente traduzidas no vocábulo *advocacy*. Além destes pontos, experiências demonstram que o ensino dos direitos humanos pode colaborar com o desenvolvimento da empatia e humanização da atenção (Neves, Bôas, & Neves, 2021; CNES, 2014).

Em revisão realizada em 2021, Neves, Bôas e Neves apresentam um vasto arcabouço legal que sustenta o ensino dos direitos humanos nos cursos de graduação de medicina, ressaltando o Plano Mundial para a Educação em Direitos Humanos e o Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos. Destacam ainda o papel da APS na atenção às vítimas de

violência, principalmente intradomiciliar, e a importância do(a) profissional de saúde reconhecer os DSS, intimamente relacionados aos direitos humanos.

Experiências nacionais trazem a importância da inclusão do tema nos currículos de medicina, porém a literatura ressalta a dificuldade e a resistência que a comunidade acadêmica tem em relação ao tópico (Sacardo et al., 2019; Wickbold & Siqueira, 2018).

O currículo não é estanque nem neutro e em sua composição há, além dos elementos pedagógicos, componentes políticos, sociais, econômicos e culturais, que produzem reflexos para a sociedade. Dessa forma, o currículo é produtor e reproduzidor da cultura e racionalidade entendida como sendo representativa daquela formação profissional, podendo, se predominantemente tecnicista e biologizante, consolidar um perfil de egresso(a) que pode não ser o socialmente desejado ou o apregoado pelas DCN.

Mas, além do currículo formal, há outro velado, oculto, que traduz a cultura médica e que, mesmo em um currículo mais humanístico, pode prevalecer. Desta forma, apesar da inclusão das humanidades e de temas como direitos humanos, a racionalidade técnica pode preponderar, já que os(as) estudantes passam a maior parte do curso em contato com professores(as)-médicos(as), os(as) quais estão imersos(as) desde sua formação na cultura biomédica. Daí a importância da transversalidade do tema ao longo de toda a graduação médica (Manso, Pagotto & Torres, 2021; Araújo, 2018; Ayres et al., 2013).

O grupo de graduandos(as) aqui descrito, em sua maioria, reconhece que direitos humanos são relacionados à dignidade e que têm importância para sua futura prática profissional e para o exercício de sua cidadania, sendo que alguns(mas) alegam ter modificado o conceito que tinham após as reflexões propostas pela disciplina. Todos estes(as) estudantes se imaginam atendendo grupos minoritários, os quais associam, majoritariamente, à vulnerabilidade, desigualdade e exclusão, mas também com resistência. Porém, evidencia-se a importância da mídia sensacionalista na resposta de alguns destes alunos(as), influenciando tanto o que entendem por direitos humanos quanto a visão que trazem dos grupos minoritários, tidos como possuidores de privilégios e de uma “vantagem oportunística”.

Em trabalho que buscou apresentar as representações sociais mediante análise de palavras de um grupo de universitários(as) sobre minorias no contexto do trabalho, observou-se que estes(as) alunos(as) apontam, quando se referem aos(as) homossexuais, negros(as) e mulheres, contradições entre preconceitos e os valores sociais da modernidade, as quais inibem manifestações expressas de preconceitos. Já quanto aos portadores de doença mental e egressos do sistema prisional, as imagens são sempre negativas (Maia et al., 2017).

Não foi encontrado outro artigo que trouxesse a voz de educandos(as) sobre o tema grupos minoritários, o que dificulta comparação com os dados obtidos junto aos(as) alunos(as) aqui pesquisados(as), mas, pode-se notar que a maioria destes(as) reconhece a situação de vulnerabilidade a que estes grupos estão expostos. Palavras como resistência destacam uma visão não passiva das minorias, constatando suas lutas e conquistas, mas ainda com muito a ser conseguido.

Importante ressaltar o papel da mídia sensacionalista na simplificação do que sejam direitos humanos e muito se discute sobre a associação feita entre direitos humanos e os(as) denominados(as) “bandidos(as)”. Em pesquisa realizada para o Fórum Brasileiro de Segurança Pública de 2016, mostra-se que há a visão de que os direitos humanos protegeriam a impunidade dos(as) criminosos(as) (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023). Pesquisas destacam que a defesa dos direitos humanos dos grupos minoritários é tida como algo que afeta a hierarquia social, portanto nem sempre é desejada ou bem quista (Cruz, 2011).

Wickbold e Siqueira (2018) realçam como as políticas e ações afirmativas interferem nas relações sociais de poder. Apresentando o caso de um curso de medicina de uma instituição de ensino superior pública brasileira, mostram o quanto este curso de graduação ainda é tido como elitizado, tradicionalmente cursado por estudantes brancos(as) e de classe média alta, daí ter sido, de início, contrário às cotas apresentadas pelas políticas.

O próprio relatório Flexner, já citado e que norteou desde 1910 a graduação médica, ressalta que as mulheres somente poderiam ser médicas se trabalhassem em especialidades voltadas para crianças e mulheres, enquanto às pessoas pretas seria destinada uma formação mais simplista para atender exclusivamente a sua comunidade (Pagliosa & Da Ros, 2008).

Este é panorama que ainda se observa, mesmo com as políticas públicas e as ações afirmativas, nos cursos de medicina. Algumas especialidades médicas apresentam barreiras culturais de acesso às mulheres e o número de pardos(as) e pretos(as) ainda é pequeno comparativamente aos que se declaram brancos(as) (Souza et al., 2020; Souza et al., 2018). Assim, não se estranha encontrar alguns(mas) estudantes que entendam as ações afirmativas como sendo uma vantagem, já que interferem no que entendem por status quo profissional e nos seus próprios privilégios. Ressalta-se que a instituição onde ocorreu esta experiência é particular e que grande parte dos graduandos(as) são filhos de médicos(as) ou têm parentes próximos que exercem a medicina, o que pode reforçar a cultura elitista em relação ao curso.

Para Albuquerque (2015), os(as) médicos(as) devem considerar os contextos social, econômico, cultural e familiar em que se encontram aqueles(as) vítimas das violações de

direitos, os quais são importantes para garantir que toda pessoa seja tratada com consideração e tenha sua dignidade respeitada.

Para este grupo de graduandos(as), as reflexões sobre direitos humanos e minorias reforçou a compreensão dos DSS, mesmo para aqueles(as) que não mudaram seu conceito sobre o tema, o que parece demonstrar que alguns(mas) podem vir, futuramente, a modificar visões distorcidas sobre o tema. Mas, apesar de compreenderem os DSS, um pequeno grupo de estudantes não acredita que a competência cultural seja importante para sua prática médica e para a proteção dos direitos humanos.

Competência cultural, atributo derivado da APS, é construto que surge como resposta às diversidades étnicas e culturais das sociedades atuais, buscando a minimização de barreiras de acesso e valorizando os saberes, crenças e práticas de tratamento e prevenção das diferentes comunidades. Um sistema de saúde é considerado culturalmente competente quando está atento às diferenças e à adaptação dos serviços para atender necessidades culturalmente singulares (Damasceno & Silva, 2018; Starfield, 2002).

Como atributo da APS, a competência cultural implica não só em melhor comunicação, mas em empatia, cuidado e compreensão dos DSS e de como estes afetam grupos minoritários. Implica também em autoconhecimento, já que todos(as) trazem estereótipos e representações moldadas na cultura e que devem ser reconhecidos para que não interfiram na atenção à saúde. Para este grupo de educandos(as), as palavras associadas a este construto seguem nesta direção, porém há uma parcela de alunos(as) que não consideram estes atributos importantes para a prática médica junto às minorias, reforçando estereótipos e preconceitos anteriormente expressos.

Quando instados(as) a se imaginarem pertencendo a grupos minoritários, estes(as) estudantes trouxeram palavras como injustiça, decepção, medo e abandono, o que mostra que alguns(mas) se sentiram impactados(as) pelo tema, reconhecendo a violência institucional que hoje se constitui em importante desafio para o setor da saúde e que traz consequências físicas e psíquicas importantes para os grupos minoritários, ferindo sua dignidade e fruição de direitos (Ladeia, Mourão, & Melo, 2023).

Considerações finais

Pensar em direitos humanos implica em reconhecer as desigualdades sócio-históricas que permeiam a realidade brasileira. Dentre os direitos humanos, o direito à saúde, entendida em seu conceito ampliado, apresenta barreiras de acesso trazidas pela própria cultura e racionalidade médica que fazem com que determinados grupos sofram

violência institucional e/ou que tenham seus problemas de saúde minimizados e/ou não considerados e/ou erroneamente interpretados.

Os determinantes e condicionantes da saúde interagem e se interseccionam de forma diversa de acordo com as desigualdades estruturais impostas pelo gênero, cor da pele, etnia, orientação e identidade sexual, idade, entre outros atributos, levando estes grupos a sofrerem com maior morbi-mortalidade.

Estas são questões importantes a serem consideradas quando da formação do futuro médico(a). Entender as barreiras socioculturais que se interpõem entre o(a) profissional e a pessoa a ser cuidada é de suma importância. Desta forma, a inclusão nos currículos médicos de reflexões sobre direitos humanos e grupos minoritários pode auxiliar na construção de um sistema de saúde equitativo e de uma atenção integral. A discussão destes conceitos pode favorecer um perfil do(a) egresso(a) mais humanístico e crítico, como apregoam as DCN.

Para este grupo de educandos(as) participantes da atividade aqui descrita, o conceito de direitos humanos e grupos minoritários, assim como a compreensão dos DSS e da competência cultural, ficou claro e estes(as) puderam ver a importância destas temáticas para sua prática clínica futura. A importância de um espaço para o estudo destes temas na graduação médica é fundamental não só para formar profissionais mais respeitosos(as) e comprometidos(as) com a realidade social na qual irão trabalhar, mas também cidadãos.

Porém, notou-se que as interpretações das ações afirmativas e o porquê da necessidade de políticas equitativas ainda esbarram em questões estruturais que alguns(mas) destes(as) educandos(as) reproduzem.

Como limites, esta pesquisa parte de um problema educacional concreto e específico, daí sua metodologia e o grupo participante não permitem generalizações. Como contribuições, trazer as percepções de um grupo de educandos(as) sobre os temas propostos em sala de aula ainda não é usual na literatura, não tendo sido encontrado pelos autores nenhum estudo com esta perspectiva de abordagem, dificultando comparações.

Referências

- Albuquerque, A. (2015). Os direitos humanos na formação do profissional de medicina. *Revista de Medicina*, 94(3), 169-178. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v94i3p169-178>
- Araújo, V.P.C. (2018). O conceito de currículo oculto e a formação docente. *Revista de Estudos Aplicados em Educação*, 3 (6), 29-39. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/rea-e.vol3n6.5341>
- Ayres, J.R.C.M.; Rios, I.C.; Schraiber, L.B.; Falcão, M.T.C.; Mota, A. (2013). Humanidades como Disciplina da graduação em Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37: 455-463. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000300019>
- Camargo Jr., K. R. (2003). *Biomedicina, Saber e Ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec.
- Caprara, A., & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 139-146. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rXYfSjZY6H3cz7WMghp89dk/?lang=pt>
- Coimbra Jr, C.E.A., & Santos, R.V. (2000). Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 125-132. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bQ5j56fyrtBvsN5Hv43PQhz/>
- Comparato, F.K. (2008). *Afirmção histórica dos direitos humanos*. São Paulo: Saraiva.
- Cueva, M. D. L. (1972). *El nuevo derecho mexicano del trabajo*. (No Title).
- Conselho Nacional De Educação Superior. CNES. (2014). *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Parecer CNE/CES Nº 116/2014. Brasília, DF: CNES.
- Cruz, F.S. (2011). Mídia e direitos humanos: tensionamentos e problematizações em tempos de globalização neoliberal. *Revista Katálysis*, 14(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802011000200005>
- Czeresnia, D.; Macila, E. M. G. S.; & Oviedo, R. A. (2013). *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Damasceno, R. F.; & Silva, P. L. N. (2018). Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. *Journal of Management and Primary Health Care*, (9), e11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.435>.

- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2023). Disponível em:
<https://forumseguranca.org.br/>
- Foucault, M. (2001). *A História da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Council, G. M. (2009). *Tomorrow's doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education*. Manchester, UK: General Medical Council. Disponível em:
http://www.gmc-uk.org/meducation/meducationdocuments/TomorrowsDoctors_2009.pdf.
- Good, B.J. (1994). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. New York: Cambridge Press.
- Illich, I. (1975). *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Ladeia, P.S.S.; Mourão, T.T.; & Melo, E.M. (2023). O silêncio da violência institucional no Brasil. *Revista Médica de Minas Gerais*, 26 (supl. 8). Disponível em:
<https://rmmg.org/artigo/detalhes/2186#:~:text=A%20viol%C3%Aancia%20institucional%20constitui%20grave,cuidado%20e%20respeitar%20direitos%20constitucionais>
- Le Breton, D. (2012). *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Lei n.º 8080 de 1990. (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
- Machado, V.C. (2022). Direitos humanos e políticas públicas de saúde para populações específicas. *Revista Interdisciplinar de Saúde e Educação*, 3(1), 47-71. Disponível em: <https://doi.org/10.56344/2675-4827.v3n1a2022.3>
- Maia, L.M. et al. (2017). Minorias no contexto do trabalho: uma análise das representações sociais de estudantes universitários. *Psicologia e saber social*, 6 (12), 223-242. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2017.33627>
- Manso, M.E.G.; Pagotto, M.U.N.; & Torres, R.L. (2021). Percepções de alunos de Medicina sobre as potencialidades e limitações para o cuidado humanizado. *Interface (Botucatu)*, 25, e200394. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200394>
- Ministério da Saúde. (2013). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, DF: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa.

- Ministério da Saúde. (2014). Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa.
- Ministério da Saúde. (2017). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social.
- Neves, F.S.S.; Bôas, R.V.V.; & Neves, N.S.S. (2021). Educação em direitos humanos na formação médica e metodologias ativas. *Revista Tem@*, 22: 35. Disponível em: <http://revistatema.facisa.edu.br/index.php/revistatema/article/view/1596/pdf>.
- Organização das Nações Unidas. ONU. (1992). Declaração sobre os direitos das pessoas pertencentes a minorias nacionais ou étnicas, religiosas e linguísticas. Genebra, Suíça: United Nations.
- Organização Mundial de Saúde. OMS. (2020). Decade of healthy ageing: baseline report. Genebra, Suíça: World Health Organization.
- Pagliosa, F. L.; & Da Ros, M. A. (2008). O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 492-499. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/QDYhmRx5LgVNSwKDKqRyBTy/>
- Ramacciotti, B.L.; & Calgaro, G.A. (2021). Construção do conceito de minorias e o debate teórico no campo do Direito. *Sequência (Florianópolis)*, 42 (89). Disponível em: <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2021.e72871>
- Rego, S. (2010). A Educação Médica e o Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 24 (4), 479-480. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/4gS8FNPKNrJhVc5rVyCzxRk/>
- Sacardo, D.P. et al. (2019). Direitos Humanos na formação profissional em medicina: processo de institucionalização de um eixo transversal. *Revista Brasileira de Bioética*, 14, 106-107. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/26289>
- Sarlet, I.W. (2007). Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988. Porto Alegre: Livraria do Advogado.
- Souza, J.V.G. (2018). O perfil dos estudantes de graduação em medicina: uma revisão sistemática. *Anais do VIII Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFFS*, 8(1). Disponível em: <https://portaleventos.uffrs.edu.br/index.php/SEPE-UFFS/article/view/9879>

- Souza, P.G.A. et al. (2020). Perfil Socioeconômico e Racial de Estudantes de Medicina em uma Universidade Pública do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 44 (03). <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190111>
- Starfield B. (2006). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-LISBR1.1-19860>.
- Stewart, M. et al. (2010). *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre, Brasil: Artmed. Disponível em: <https://ria.ufrn.br/handle/123456789/1319>
- Tesser, C.D. (2007). A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, 465-484. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/v17n3/v17n3a04.pdf>
- Wickbold, C.C.; & Siqueira, V. (2018). Política de cotas, currículo e a construção identitária de alunos de Medicina de uma universidade pública. *Pro-Posições*, 29(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2016-0153>

EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO REMOTA DE LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS NO SUS, A PARTIR DA EDUCAÇÃO POPULAR, DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Yasmin Maria Sátiro Cruz Tavares

Ruth Maria Mendonça Anacleto

Daniella de Souza Barbosa

Introdução

Os aspectos políticos-organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) dizem respeito à descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular, sendo esta última formatada com a Lei n.º 8.142/90, a qual afirma que o princípio de participação popular, por meio da atuação dos conselhos de saúde – locais, municipais, regionais, estaduais e nacional – e da realização de conferências de saúde, visa à formulação de estratégias e à avaliação da execução da política de saúde nas esferas do governo pela união do Poder Público com a sociedade (Brasil, 1990).

Ademais, a participação popular se faz importante por contribuir para o melhor funcionamento da saúde, à medida que possibilita a otimização do planejamento das ações, promoção do autocuidado, além do fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS (Bonetti; Chagas; Siqueiral, 2014). Um exemplo desse papel se deu na oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual foi colocada em discussão a insatisfação popular, a qual somou tantas forças com a participação popular que foi capaz de criar as bases para a saúde ser garantida constitucionalmente em 1988.

Neste sentido, este artigo constitui um relato de experiência do II Curso de Formação de Lideranças Comunitárias, que foi uma iniciativa desenvolvida a partir do projeto “Processos Formativos de Lideranças Comunitárias no Âmbito da Atenção Primária à Saúde”, desenvolvido no ano de 2020, pelo motivo de instruir as pessoas na busca de seus direitos quanto usuárias do SUS e com o objetivo de formar possíveis lideranças comunitárias capazes de ansiar por melhorias em suas realidades sociais. Outrossim, tal projeto integra o escopo de atividades do programa de extensão popular Práticas Integradas de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica (PINAB), criado no ano de 2007 e

vinculado ao Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas e ao Departamento de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde, ambos no Campus I da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

As pessoas integrantes do projeto têm atuado, desde a sua origem, nas comunidades Jardim Itabaiana I e II e Pedra Branca I e II, os quais são territórios adscritos pela Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Saúde, que está situada no bairro do Cristo Redentor, na zona sul da cidade de João Pessoa (PB), que compõe parte do Distrito Sanitário II.

As ações do projeto são orientadas pela perspectiva da Educação Popular em Saúde (EPS) que, conforme a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) (Brasil, 2013), configura-se como a práxis político-pedagógica construtora de processos educativos e trabalhos sociais emancipatórios, com a intencionalidade de promover a autonomia das pessoas, a horizontalidade dos saberes populares e técnicos-científicos, a formação crítica, a cidadania participativa, o respeito às diversas formas de vida, e a suplantação das desigualdades de ordem social, do preconceito e da discriminação aos grupos em situação de vulnerabilidade.

Nestes termos, a Educação Popular significa um:

Processo formativo, protagonizado pela classe trabalhadora e seus aliados, continuamente alimentado pela utopia, em permanente construção de uma sociedade economicamente justa, socialmente solidária, politicamente igualitária, culturalmente diversa, dentro de um processo coerentemente marcado por práticas, procedimentos, dinâmicas, posturas correspondentes ao mesmo horizonte (CALADO, 2014, p. 230-231).

Em outras palavras, tal prática consiste em estabelecer um elo entre a realidade vivenciada pelos grupos populares e o projeto almejado da sociedade que se deseja edificar. Sendo, portanto, uma ação cultural onde o povo constitui uma expressão política, favorecendo sua luta e resistência, instigando a leitura do mundo com os olhos de sua própria cultura e dialogando uns com os outros como sujeitos conscientes.

Nesse contexto, vemos a importância de espaços de diálogos problematizadores que tomem a Educação Popular como um processo permanente de refletir o agir dos movimentos sociais e o compartilhar de saberes voltados à emancipação e ao aprimoramento da atuação cidadã. Destarte, este projeto se fundamentou pela premente necessidade de se construírem iniciativas de formação de usuários do SUS voltadas à proposta de reflexão acerca das relações sociais e suas potencialidades de libertação política, social e cultural, à medida que as experiências sociais passassem a ser produzidas

e vividas de um modo mais consciente. Portanto, visa-se fortalecer espaços de formação de atores sociais na perspectiva da EPS e de sua inserção transformadora nas ações de saúde, bem como nos espaços da Atenção Primária à Saúde (APS).

Pensando nisso, a partir do presente projeto, atuou-se na promoção e produção de atividades formativas de lideranças comunitárias, sob a dimensão político-pedagógica da EPS, cujo público envolveu usuários do SUS, em ambiente virtual de aprendizagem, devido ao contexto pandêmico da covid-19. Visando, por conseguinte, o exercício pleno e equitativo dos princípios da participação popular e do controle social nos espaços que compõem a APS da rede SUS de João Pessoa.

Em virtude do exposto, o objetivo deste artigo é relatar a experiência desenvolvida a partir do “II Curso de Formação de Lideranças Comunitárias”, com ênfase para o papel da Educação Popular como fomentadora e potencializadora do processo de transformação de homens e mulheres, de modo que estes se convertam de sujeitos passivos a sujeitos ativos frente à suas realidade sociais e no processo de contribuição para o aprimoramento do SUS, fundamentando-se com base em uma efetiva participação popular.

Detalhamento da experiência

O presente curso foi pensado considerando a situação sanitária de pandemia ocasionada pelo vírus da covid-19, que direcionou a proposta metodológica para o modelo de ensino e aprendizagem em ambiente remoto. Contemplando, assim, duas frentes de ação: a) a primeira envolveu a promoção de processos formativos em Educação Popular voltados ao aprimoramento do saber-fazer das lideranças comunitárias envolvidas com movimentos populares em defesa do SUS; b) a segunda parte envolveu atividades de apoio ao registro, sistematização e à difusão das trajetórias desses atores, suas experiências, reflexões e saberes, especialmente pelas redes sociais do PINAB.

A dinâmica de execução da primeira ação, ou seja, do curso de formação de lideranças comunitárias, em sua segunda edição, foi feita por meio da realização de rodas de conversa, durante três meses, as quais ocorriam de maneira virtual/remota, via plataforma Google Meet, com duração de uma hora e meia por encontro. Esses encontros foram realizados semanalmente, no período noturno, das 18h às 19h30min, contando com um total de 11 aulas, e, por ter sido ofertado em plataforma exclusivamente virtual, o projeto fez uso intenso de material audiovisual, como slides, vídeos e músicas.

Essas rodas de conversa corriam entre facilitadores externos (convidados de acordo com sua experiência teórico-prática em EPS e/ou militância política em defesa do SUS e de

uma APS forte e resolutiva), internos (docentes da UFPB vinculados à temática e extensionistas do PINAB, em uma proposta de educação permanente de seus integrantes) e cursistas, que podiam ser qualquer pessoa vinculada à área da Saúde ou da Educação, seja graduado ou discente, desde que interessado na área de Educação Popular em Saúde. Ademais, a inscrição se deu por formulário, via Google Forms, sem a necessidade de processo seletivo.

Com isso, 49 pessoas se inscreveram, no entanto, apenas 30 participaram efetivamente. O perfil dos cursistas consistia, majoritariamente, em profissionais da educação do ensino fundamental dos municípios da região metropolitana de João Pessoa. A equipe organizadora era composta por dois estudantes da graduação de Nutrição e dois de Medicina, todos graduandos pela UFPB. Diante da exposição de seus saberes (populares e/ou técnico-científicos), os participantes puderam aprofundar suas reflexões, a partir de suas experiências de vida, a fim de ampliar o debate entre todos os envolvidos no processo formativo.

Esse debate foi mobilizado tanto no momento dos encontros quanto no grupo de WhatsApp, criado com o objetivo de funcionar como um espaço pedagógico que permitisse a ampliação do diálogo e possibilitasse a troca de materiais bibliográficos das temáticas abordadas no curso, as quais foram escolhidas exclusivamente pela equipe organizadora, a partir do acervo, sobre Educação Popular, da docente responsável, descritas no Quadro 1.

Sobre o processo de execução da segunda etapa, que consiste no registro e na divulgação das atividades do curso e das habilidades dos participantes, foram realizadas reuniões de planejamento para a deliberação sobre as temáticas a serem abordadas na série audiovisual do PINAB, denominada “Caminhos do Saber: por entre Práticas de Saúde Popular”.

Para a produção das temporadas de vídeos informativos, os extensionistas elaboraram roteiros sobre as temáticas, mediante consulta a bibliografia sugerida e de referência, gravaram os conteúdos que, posteriormente, foram editados e publicados no Instagram do programa (@pinab.ufpb), configurando-se como 4ª temporada da série de vídeos “Caminhos do Saber”. É importante salientar que os roteiros foram elaborados almejando alcançar um público de amplo espectro, tendo em vista o poder de alcance da rede social utilizada como veículo de publicação. Para atingir tal objetivo, o uso de uma linguagem simples e direta foi primordial, de forma a auxiliar a compreensão dos usuários que visualizaram os vídeos.

Quadro 1

Cronograma do II Curso de Formação de Lideranças Comunitárias

Data do encontro/aula	Temática do encontro	Convidado
1º encontro: 14/09	Abertura do curso.	Daniella Barbosa
2º encontro: 21/09	Direitos e deveres dos usuários do SUS.	André Luis Bonifácio
3º encontro: 28/09	A criação do SUS e o Controle Social.	Daniela Costa
4º encontro: 05/10	Movimentos sociais em defesa do SUS.	Renan Soares
5º encontro: 19/10	Conselhos e Conferências de Saúde enquanto espaços de lutas pelos direitos dos usuários do SUS.	Diácono Josinaldo Dantas
6º encontro: 26/10	A participação popular como princípio organizativo do SUS.	Claudete Ribeiro
7º encontro 09/11	Educação Popular em Saúde (EPS) e os movimentos sociais em defesa do SUS.	Volmir José Brutscher
8º encontro: 16/11	Política Nacional de Educação Popular em Saúde.	Eymard Mourão
9º encontro: 23/11	Política Nacional de Atenção Básica e o princípio da participação da comunidade.	Janine Azevedo
10º encontro: 30/11	Educação Popular em Saúde e o direito à saúde no SUS	Pedro Cruz
11º encontro: 07/12	Encerramento e avaliação do curso.	Daniella Barbosa

Fonte: Os autores (2022).

Sobre o processo de execução da segunda etapa, que consiste no registro e na divulgação das atividades do curso e das habilidades dos participantes, foram realizadas reuniões de planejamento para a deliberação sobre as temáticas a serem abordadas na série audiovisual do PINAB, denominada “Caminhos do Saber: por entre Práticas de Saúde Popular”. Para a produção das temporadas de vídeos informativos, os extensionistas elaboraram roteiros sobre as temáticas, mediante consulta a bibliografia sugerida e de referência, gravaram os conteúdos que, posteriormente, foram editados e publicados no Instagram do programa (@pinab.ufpb), configurando-se como 4ª temporada da série de vídeos “Caminhos do Saber”. É importante salientar que os roteiros foram elaborados almejando alcançar um público de amplo espectro, tendo em vista o poder de alcance da rede social utilizada como veículo de publicação. Para atingir tal objetivo, o uso de uma linguagem simples e direta foi primordial, de forma a auxiliar a compreensão dos usuários que visualizaram os vídeos.

Tal linguagem é essencial, já que a comunicação em saúde é dialógica, a partir de uma perspectiva popular, permite aos cursistas compartilharem suas inquietações, favorecendo o aprendizado pela prática cotidiana e a transformando pela reflexão e saberes

problematizados (Previato; Baldissera, 2018). A partir disso, decidiu-se que a proposta seria poder utilizar essas produções como material didático para o curso de formação. Pensando nisso, os temas abordados nos vídeos da citada série, veiculada pelas redes sociais do PINAB, foram descritas no Quadro 2.

Quadro 2

Cronograma das postagens dos vídeos no Instagram @pinab.ufpb

Ordem da postagem e data de publicação	Tema da publicação
1° postagem: 13/08/2021	Direitos e deveres dos usuários do SUS.
2° postagem: 20/08/2021	A criação do SUS e o controle social.
3° postagem: 27/08/2021	Participação popular como princípio organizativo do SUS.
4° postagem: 04/09/2021	Movimentos sociais em defesa do SUS.
5° postagem: 10/09/2021	Conselhos e Conferências em Saúde como espaço de luta pelos direitos dos usuários do SUS.

Fonte: Os autores (2022).

Além disso, para o enriquecimento intelectual dos cursistas, as atividades assíncronas, como a leitura de documentos e artigos, foram incentivadas por meio da disponibilização de material bibliográfico no grupo online dos cursistas.

Destarte, cabe destacar que o presente trabalho foi realizado conforme o estipulado pela Resolução n.º 510/2016, de modo que em seu processo de elaboração não foram utilizados dados diretamente obtidos com os participantes do “II Curso de Formação de Lideranças Comunitárias” e nem informações que pudessem identificá-los ou mesmo acarretar riscos aos mesmos, uma vez que se trata de um relato baseado na experiência da equipe executora.

Resultados

O curso, mediante sua proposta educativa, criou um ambiente acolhedor e propício para a troca de experiências, saberes e reflexões. Nesse ambiente, os extensionistas-pesquisadores, por meio da Educação Popular, buscaram promover e suscitar o processo formativo dos participantes do curso enquanto potenciais sujeitos de referência e lideranças nos contextos socioculturais em que estão inseridos e vivem, o que é uma colaboração para apoiar, incrementar e fortalecer o desenvolvimento da capacidade de análise crítica acerca da realidade social da qual fazem parte (Rolim, Cruz & Sampaio, 2013).

Dessa forma, para os cursistas, o curso os tornou não só mais conscientes e fundamentados para reivindicar seus direitos de usuários do SUS, mas também cômicos acerca das responsabilidades e deveres como partícipes desse sistema. Ademais, para a equipe organizadora, o curso os proporcionou a experiência de articulação dos encontros, a qual permitiu que os extensionistas aprendessem, na prática, como é realizada a coordenação de uma reunião, além da aproximação com o contexto social no qual a extensão está imersa, por meio da expressão, por partes dos cursistas, de suas vivências como usuários do SUS.

Além disso, a Educação Popular garante “a renovação das políticas sociais passa a exigir um novo tipo de profissional mais habilitado para a relação com as comunidades e mais compreensivo em relação aos interesses e à lógica popular” (Vasconcelos & Cruz, 2013, p. 19). O curso também contribuiu para a formação dos organizadores envolvidos por meio do exercício da mediação horizontalizada e protagonismo na articulação de encontros, mas também, a Educação Popular proporciona uma melhor preparação dos profissionais em formação para o mercado de trabalho criado pelas novas políticas sociais (Vasconcelos & Cruz, 2013, p. 19). Com a experiência do curso, verificou-se a potencialidade da EPS como prática político-pedagógica fomentadora do compartilhamento de experiências e propiciador da ampliação de horizontes do saber-fazer dentro do campo da Saúde Coletiva, a partir da oportunização da interação horizontal e dialógica entre o saber técnico-científico e o saber popular.

Outrossim, para a comunidade interna, acadêmica, foram importantes os resultados obtidos durante a vigência do curso, pois embasaram a produção de resumos, de trabalhos apresentados em eventos técnico-científicos e a elaboração de artigo em revista científica.

Além disso, tem-se como resultado das reuniões semanais virtuais com a equipe de estudantes-extensionistas o planejamento das adaptações necessárias à manutenção do projeto do campo presencial para o virtual. Por meio dessas reuniões, foi possível a construção de uma proposta de projeto científico voltada para a análise descritiva de como a APS e, por meio da participação comunitária, está enfrentando a covid-19 na cidade de João Pessoa. Inclusive, o projeto em questão foi contemplado com duas bolsas de pesquisa e duas alunas pesquisadoras voluntárias. Nessa perspectiva, cabe destacar que a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão foi primeiramente evidenciada neste curso por meio da organização pedagógica de suas ações.

O desenvolvimento do 'II Curso de Formação de Lideranças Comunitárias' permitiu que os extensionistas populares se envolvessem em três aspectos fundamentais da universidade: pesquisa, aprendizado de planejamento e criação de cursos de formação. Também houve envolvimento com a extensão, incluindo a organização logística e a preparação de materiais para serem usados nos encontros remotos. Ademais, propiciou o

contato com o ensino, por meio da ministração das exposições. A caracterização do tripé universitário como fundamental na Universidade brasileira é ratificada pelo Artigo 207 da Constituição Brasileira de 1988, o qual afirma que “as universidades obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão” (Brasil, 1998).

A partir das aulas produzidas no curso remoto, dos vídeos, das produções acadêmicas (resumos e artigos) e dos diálogos instigados nas rodas de conversa, foi possível realizar trocas de saberes e construções de conhecimentos entre os participantes que traziam suas dúvidas e suas vivências, demonstrando interesse em aprender mais. Tal realidade fortalece a importância da EPS e comprova a efetividade do curso para a formação de lideranças comunitárias no âmbito da APS. Favorecendo, conseqüentemente, a formação de lideranças comunitárias, mesmo a partir do ensino remoto e do contexto de isolamento social produzido pela covid-19.

A interação entre diversos grupos sociais em um ambiente que promove soluções criativas possibilitou a criação de uma visão de futuro por meio de um processo de ensino-aprendizagem que envolve a discussão de problemas, direcionado para a realidade na qual esses atores estão inseridos, buscando despertar em todos os envolvidos um sentimento de “esperançar”, que “é ir atrás, é se juntar, é não desistir” (FREIRE, 1997). A assiduidade dos cursistas nos encontros e a interação com os convidados externos foi reflexo de um espaço acolhedor e gerador de experiências que contribuem para o SUS público e de qualidade.

Considerações finais

O curso teve relevância na formação dos extensionistas, no que tange ao exercício de habilidades de mediação horizontalizada, de diálogo e de contato com relatos de diferentes contextos sociais para a promoção da EPS. A atuação nas atividades formativas em EPS é fundamental na graduação para a formação de profissionais de saúde que entendam, reconheçam e promovam um sistema de saúde que acolha o indivíduo na sua totalidade de saberes, potências e necessidades básicas, incluindo as de saúde.

No tocante à produção de vídeos, à consulta bibliográfica com a literatura sugerida em grupo e à tradução para uma linguagem acessível para a rede social Instagram, juntamente com as entrevistas com os convidados e cursistas, geraram materiais importantes para a promoção do conhecimento em saúde. Além disso, destaca-se grandemente a produção científica incentivada pela extensão, como a produção de resumo para congresso, produto fundamental para o amadurecimento do estudante universitário em formação. Ademais, para os cursistas, o curso os proporcionou um maior contato com

a Educação Popular e os auxiliou na luta pela busca de seus direitos enquanto usuários do SUS.

Devido à impossibilidade de realizar o curso presencialmente, não foi possível visitar os equipamentos sociais no território, como a Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Saúde, ou identificar os líderes comunitários da região. Isso se tornou uma limitação ao convidar participantes para o curso. No entanto, tentamos mitigar esse problema usando plataformas de videochamadas, como o Google Meet. Isso permitiu que líderes comunitários de João Pessoa e outras regiões participassem, promovendo maior integração e compartilhamento de experiências entre diferentes territórios.

A troca de saberes sobre práticas populares proporcionada, sobretudo pelo curso, comprovou a eficácia da EPS como potente prática político-pedagógica de fortalecimento e de efetivação da participação popular em saúde no SUS, colaborando com a formação de possíveis lideranças comunitárias, mesmo a partir do ensino remoto. Partindo desse contexto, pode-se observar que o uso das tecnologias potencializou a EPS, pois aproxima os indivíduos em prol de um objetivo comum.

Ademais, como perspectiva futura, tem-se o desejo de realizar uma nova edição do curso, de forma presencial, na USF Vila Saúde, localizada no bairro Cristo Redentor, em João Pessoa (PB), tendo como público-alvo os moradores dessa localidade.

Referências

- Bonetti, O. P., Chagas, R. A. D., & Siqueira, T. C. (2014). A educação popular em saúde na gestão participativa do SUS: construindo uma política. In II Caderno de educação popular em saúde (pp. 16-24).
- Calado, A., Cruz, P., Vasconcelos, A., Souza, P., Tófoli, A., Carneiro, D., & Alencar, C. (2014). Educação popular como processo humanizador: quais protagonistas. Educação popular e nutrição social: reflexões e vivências com base em uma experiência, 355-375. Disponível em: <http://www.ccm.ufpb.br/vepopsus/wp-content/uploads/2018/02/Educa%C3%A7%C3%A3o-Popular-e-Nutri%C3%A7%C3%A3o-Social-Editora-da-UFPB-2014.pdf#page=356>
- Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.html

Machado, C. V., LIMA, L. D., & BAPTISTA, T. W. D. F. (2011). Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. *Qualificação dos Gestores do SUS*, 2(1), 47-72.

Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6798211/mod_resource/content/4/Texto%20concep%C3%A7%C3%B5es%20sobre%20sa%C3%BAde%20e%20doen%C3%A7a.pdf#page=49

Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html.

Previato, G. F., & Baldissera, V. D. A. (2018). A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde.

Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 22, 1535-1547. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/L9VS9vQGQtzPTpyZztf4cJc/?format=html&lang=pt>

Rolim, L. B., Cruz, R. D. S. B. L. C., & Sampaio, K. J. A. D. J. (2013). Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em debate*, 37, 139-147. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dNgCW9WdJJx7VHV7xWkhSHq/>

Sátiro Cruz Tavares, Y. M., Mendonça Anacleto, R. M., Paiva Gomes, D., & Souza Barbosa, D. (2022). Experiência de formação remota de lideranças comunitárias no SUS durante a pandemia de Covid-19. *Revista de Educação Popular*. Disponível em: https://web.p.ebscohost.com/plink?key=100.65.183.103_8000_1177717993&site=ehost&scope=site&jrnl=16785622&AN=160272318&h=Efh00LLhROUW1W%2fj6qO%2fWr8fyyZa9YAV85ElB%2bM2o1INKVR8UI5T%2bgDRRGiN3%2fixUWnjtEtc4KzgVjQpLJ%2fEXA%3d%3d&crl=c

Vasconcelos, E. M., & Cruz, P. J. S. C. (2011). Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência. In *Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência*. (pp. 420-420). São Paulo: Hucitec/João Pessoa: Editora Universitária UFPB.

FORMAÇÃO EM SAÚDE NO RIO TAPAJÓS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO ABARÉ

Bruno Gonçalves Gavião

Introdução

O presente artigo retrata a experiência de estágio optativo de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Navio Hospital Escola Abaré I. O Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), conta em seu quadro de residentes diferentes áreas profissionais, como: Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Serviço Social, Farmácia e Educação Física. O curso tem a duração de dois anos e adota uma abordagem de aprendizado prático, enfatizando o serviço como forma de educação. Durante o primeiro ano, os estudantes se concentram principalmente na Atenção Primária em Saúde, trabalhando em uma Unidade Básica de Saúde na cidade de Florianópolis.

No segundo ano, o objetivo é proporcionar aos residentes experiências em atividades de assistência à saúde. Durante esse período, eles buscam entender e melhorar a coordenação entre a Atenção Primária à Saúde e os outros níveis de atendimento em saúde. Essas experiências contribuem para a construção do conhecimento e aprimoramento das habilidades profissionais dos residentes na área da Estratégia Saúde da Família. Portanto, durante o segundo ano os residentes passam a desenvolver atividades denominadas estágios. Estes podem ser desenvolvidos junto à rede de saúde de Florianópolis, ou em outros espaços, incluindo outras regiões do país, selecionados pelos mesmos, em conjunto com seus preceptores e tutores, que irão conceder ao profissional uma qualificação em sua formação em saúde.

A partir do interesse em conhecer o funcionamento e desafios de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), bem como as principais demandas em saúde da população ribeirinha e indígena, surge esta proposta de estágio. Estabelecido em parceria com o Navio Hospital Escola Abaré, gerido pelo Rede Integrada de Desenvolvimento Humano (RIDH) da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), que atua em conjunto com a Secretária Municipal de Saúde de Santarém (SEMSA) e a Secretária Estadual de Saúde do Pará (SESP).

Compreendendo o cenário da conjuntura de intensificação do desmonte de políticas públicas ambientais, da saúde, assistência social a toda população brasileira, especialmente àquelas que vivem, sobrevivem e resistem no território da floresta amazônica, foi buscado durante o período de estágio, atingir aos seguintes objetivos: Conhecer os fluxos de atendimento do Navio Hospital Escola Abaré; conhecer o processo de trabalho da equipe multiprofissional do Navio Hospital Escola Abaré; vivenciar e exercer atividades específicas e multiprofissionais enquanto assistente social no Navio Hospital Escola Abaré; por fim, identificar as principais demandas em saúde da população ribeirinha e indígenas dos municípios de Santarém.

No artigo, nossa primeira abordagem é apresentar o Abaré e sua evolução ao longo do tempo como um projeto. Em seguida, exploramos a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), que atualmente é conhecida como o "Navio Hospital Escola. Posteriormente, utilizando partes do diário de campo, a fim de relatar as principais experiências diárias, ações e reflexões pessoais do processo de ensino-prático do estágio. Por fim, buscamos levantar algumas demandas de melhorias na saúde da população daquele território emergidas ao longo desta experiência de formação profissional.

O Abaré I, o amigo cuidador: do projeto ao SUS

Abaré, nome tupí-guaraní que significa “amigo, cuidador” (PSA, 2020) surge com o Projeto Saúde e Alegria (PSA) em 2006, como um modelo de atendimento itinerante em saúde aos ribeirinhos e indígenas nas áreas remotas do Tapajós com um modelo de navio-hospital. A iniciativa das Unidades Básicas de Saúde Fluvial no Brasil foi reconhecida a partir de 2012 pela Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece as diretrizes e normas para a habilitação das equipes de saúde que atuam nas unidades fluviais. Segundo o PSA (2020) no ano de 2010 o Abaré I foi integrado no SUS.

Em 2017 o navio-hospital Abaré I, que opera como UBSF, tornou-se um hospital-escola, com atividades de ensino, pesquisa e extensão do Instituto de Saúde Coletiva (ISCO) da UFOPA. Hoje o Abaré I é mantido pela instituição de ensino e pela RIDH, que atua em acordo com a prefeitura de Santarém, por meio da SEMSA; sendo a UFOPA responsável pela manutenção e guarda da embarcação, e a SEMSA pelas ações assistenciais de saúde.

Imagem 1
O Navio Hospital Escola Abaré I



Fonte: autoria do autor, 2017

Quanto ao recurso financeiro, segundo relatos, o Abaré recebe diretamente do Ministério da Saúde cerca de R\$100.000,00 para cada expedição, sendo considerada uma ação cara de saúde, pois representa custos significativos em equipamentos e combustível. Quanto ao recurso clínico para a oferta de serviços de saúde, a estrutura do Abaré I, possui, segundo o InfoSaúde a partir do ID CNES 5926653:

Tabela 1
Equipamentos

Equipamentos de diagnóstico por imagem	<ul style="list-style-type: none"> ● Raios-X dentário
Equipamentos de infraestrutura	<ul style="list-style-type: none"> ● Controle ambiental/ar-condicionado central ● Grupo Gerador
Equipamentos por Métodos Gráficos	<ul style="list-style-type: none"> ● Eletrocardiógrafo
Equipamentos para manutenção da vida	<ul style="list-style-type: none"> ● Bomba de infusão ● Berço aquecido ● Bilirrubinômetro ● Desfibrilador ● Equipamento de fototerapia ● Monitor de ECG ● Reanimador pulmonar/ambu

	<ul style="list-style-type: none"> ● Respirador/ventilador
Outros equipamentos	<ul style="list-style-type: none"> ● Bomba de infusão de hemoderivados
Equipamentos de Odontologia	<ul style="list-style-type: none"> ● Equipo odontológico ● Compressor odontológico ● Fotopolimerizador ● Caneta de alta rotação ● Caneta de baixa rotação ● Amalgamador ● Aparelho de profilaxia c/ jato de bicarbonato
Serviços	<ul style="list-style-type: none"> ● Saúde bucal ● Farmácia ● Central de esterilização de materiais

Fonte: Infosaúde

Com base em sua estrutura, história e financiamento, o Abaré I presta serviços à população da região oeste do Pará, que inclui os municípios de Santarém, Aveiro e Belterra, localizados às margens do Rio Tapajós. A região está localizada dentro de uma Reserva Extrativista Tapajós-Arapiuns (RESEX) e da Floresta Nacional dos Tapajós (FLONA). Esta área enfrenta desafios significativos, incluindo acesso limitado e disputas territoriais intensas, decorrentes da atividade de garimpo e caça ilegal. De acordo com relatos, essas atividades prejudicam a subsistência das comunidades ribeirinhas e indígenas que dependem desse ambiente. Vale destacar que o único meio de transporte viável para acessar essa região é por meio de barcos.

Diante do pouco acesso ao transporte, no período da Pandemia de covid-19, a embarcação Abaré I foi o principal meio de cuidado, diagnóstico e de educação em saúde à essa população, distribuindo kits de higiene para prevenção e contenção do vírus desde fevereiro de 2020, contendo máscara de pano, álcool em gel e sabão produzido pela UFOPA.

Diário: a expedição de outubro de 2021

Chegamos a Santarém (PA) e fomos direto para a Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), onde fomos bem recebidos pelo comandante do Navio Hospital Escola Abaré. Ocorreu uma cerimônia de acolhida pelos representantes da RIDH/UFOPA e da SEMSA, com apresentação de todos/as que participavam desta expedição, ao todo 37 profissionais de saúde. Dos profissionais escalados para a expedição de outubro de 2021, estavam: um médico – do Programa Mais Médico; três enfermeiros – sendo uma residente; um

farmacêutico; um cirurgião-dentista; quatro técnicos de enfermagem, uma técnica em saúde bucal, uma técnica em análises clínicas, cinco estagiárias da área de farmácia, três médicas residentes (visitantes), sendo duas em saúde da família e comunidade (uma de Campinas e outra de Florianópolis) e uma infectologista (do Rio de Janeiro), um farmacêutico residente e um assistente social residente em saúde da família (de Florianópolis) e três professores pesquisadores da UFOPA. Além de contar com uma cozinheira, um auxiliar em serviços gerais e quatro marinheiros. Esta expedição agregou uma assistente social, uma nutricionista e uma psicóloga que eram da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), a capacidade máxima do barco era de 40 pessoas.

No quadro a seguir, que apresenta o número de famílias e de pessoas em cada comunidade, notamos que, apesar de ter sido elaborado com a colaboração de alguns Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o censo estava desatualizado. Fator que é determinante para um planejamento de Vigilância em Saúde.

No primeiro dia, em 12 de outubro, o barco saiu às 4h da UFOPA, navegamos pelo Rio Tapajós, quando, aproximadamente às 7h, chegamos em Vila Franca. Em conjunto com a assistente social, nutricionista e psicóloga da SESAI, que me receberam muito bem na equipe e me proporcionaram uma supervisão especializada na área de Serviço Social, deixei o barco por meio de uma lancha (conhecida como lancha voadora). Neste momento, o nível do rio estava bastante baixo. Chegamos na comunidade indígena, fomos recebidos na escola, discutimos com as lideranças sobre algumas demandas de saúde e, a partir do exposto, realizamos a Visita Domiciliar para dois casais de idosos. Além disso, também prestamos atendimento a uma adolescente que estava em situação de risco de violação de direitos, juntamente com sua mãe, que era vítima de violência doméstica. Percebi bastante resistência da comunidade indígena em buscar atendimento no Abaré: “pra quê vou ao Abaré? não vou ser atendido lá!”

Houve demandas e relatos de dificuldades de acesso aos serviços de saúde do Abaré, com críticas em relação aos critérios de seleção para acesso, estabelecidos em conjunto com ACS, devido a poucas vagas de consulta, bem como o curto período de estadia no local de atendimento, ocorrendo atendimentos em uma comunidade no período da manhã e em outra no período da tarde, ou até mesmo, mais de uma comunidade ou aldeia no mesmo período, sendo necessário dividir as equipes de saúde.

Imagem 2
Escala de viagem Abaré I

ESCALA DE VIAGEM ABARE I/ RIO – TAPAJÓS/ MES DE OUTUBRO 2021/ EMBARQUE 11/10/2021

ENFª MARLINI TAPAJÓS

ORDE M	DATA	Dia da Semana	Turno	COMUNIDADES	NAVIO	Nº de família	Nº de pessoas
1	12/10/2021	TERÇA	M	VILA FRANCA	NAVIO	78	288
2	12/10/2021	TERÇA	T	Maripá	VOADEIRA	70	295
03/04	12/10/2021	TERÇA	T	Santi/Curipatá	NAVIO	36/14	160
5	13/10/2021	QUARTA	M	ANUMA	NAVIO	58	184
6	13/10/2021	QUARTA	M	Carão	MOTO	23	89
7	13/10/2021	QUARTA	T	Pedra Branca	NAVIO	56	216
8	13/10/2021	QUARTA	T	Solimões (Aldeia)	VOADEIRA	49	191
09/10	14/10/2021	QUINTA	M	Vista Alegre / Araçazal	VOADEIRA	27/06	101/18
11/12	14/10/2021	QUINTA	M	Capixauã /Novo Progresso	NAVIO	26/11	75/51
13	14/10/2021	QUINTA	T	SURUACÁ	NAVIO	121	362
14	15/10/2021	SEXTA	M	MAPIRI	MOTO	20	97
15	15/10/2021	SEXTA	M	UKENA	NAVIO	32	136
16	15/10/2021	SEXTA	T	VILA AMORIM	NAVIO	136	513
17	16/10/2021	SÁBADO	M	Ens.do Amorim	NAVIO	89	465
18	16/10/2021	SÁBADO	T	Cabeceira do Amorim	NAVIO	54	226
19	16/10/2021	SÁBADO	T	Pajura	VOADEIRA	33	183
20/21	16/10/2021	SÁBADO	T	Limão Tuba / Brinco das Moças	MOTO	29	126
22	17/10/2021	DOMINGO	M	PARAUÁ	NAVIO	675	2.935
23	17/10/2021	DOMINGO	T	SURUCUÁ	NAVIO	53	198
24	17/10/2021	DOMINGO	T	Paricatuba	VOADEIRA	55	204
25	18/10/2021	SEGUNDA	M	Muratuba	NAVIO	79	313
26	18/10/2021	SEGUNDA	M	Vista Alegre do Muratuba	VOADEIRA	4	12
27	18/10/2021	SEGUNDA	T	MIRIXITUBA (Aldeia)	VOADEIRA	20	80
28	18/10/2021	SEGUNDA	T	Santo Amaro (Aldeia)	NAVIO	25	86
29	19/10/2021	TERÇA	M	JAUARITUBA(M)	VOADEIRA	54	192
30	19/10/2021	TERÇA	M	JATEQUARA (M)	NAVIO	16	60
31	19/10/2021	TERÇA	M	PARANÁ PIXUNA	VOADEIRA	12	44
32/33	19/10/2021	TERÇA	T	JACA / JACARÉ	NAVIO	13/	48
34	19/10/2021	TERÇA	T	SÃO TOME	VOADEIRA	51	159
35/36	20/10/2021	QUARTA	M	BOIM/ ROSÁRIO	NAVIO	132	410
37	20/10/2021	QUARTA	M	Pau da Letra	VOADEIRA	17	58
38	20/10/2021	QUARTA	T	TUCUMATUBA	NAVIO	73	233
39	20/10/2021	QUARTA	T	NUQUINI	VOADEIRA	34	122
40	21/10/2021	QUINTA	M	NOVA VISTA	NAVIO	38	144
41	21/10/2021	QUINTA	M	SUMAÚMA	VOADEIRA	19	76

Fonte: arquivo disponibilizado pela tripulação.

Após as visitas e atendimentos, realizamos uma ação de educação em saúde, tratando da temática do Outubro Rosa, na prevenção do câncer de mama, bem como na prevenção do câncer de próstata, antecipando o Novembro Azul. Foi demandada mais ação de educação em saúde com a comunidade, principalmente a respeito da saúde mental, a qual se intensificou devido a pandemia. Percebi a necessidade urgente de ações de prevenção contra violência, educação sexual, direito da mulher, da criança e adolescente.

Somente pelo turno da manhã de atuação do Abaré, já podemos observar grandes desafios no processo de oferta à saúde, entre eles o acesso aos direitos à saúde e assistência social, no fortalecimento de vínculos entre as famílias, processo que demanda tempo e diálogo. Esse processo é resultado do tempo limitado disponível para realizar intervenções em cada comunidade e da alta demanda, além de ser influenciado pela falta de recursos adequados no SUS, insuficiência de financiamento e condições de trabalho inadequadas. Isso destaca a necessidade de uma responsabilidade governamental para promover a eficiência e a resolutividade na área da saúde. Após o almoço, partimos em sentido à Santi, na qual participei na ação de vacinação das segunda dose de covid-19 e demais vacinas de rotina, na comunidade ribeirinha. Apesar de não atuar no meu conhecimento específico, esta experiência oportunizou realizar uma breve territorialização, conhecendo os serviços de acesso ao cotidiano da vida.

Segundo dia de viagem, 13 de outubro, durante o período da manhã, participei da triagem na recepção do barco, acolhendo as demandas e direcionando o atendimento para cada tipo de consulta, bem como entregando um kit com sabonete líquido, álcool em gel e máscara, realizado pela UFOPA, a todos os ribeirinhos e indígenas que vinham para atendimento ou para se vacinar com a Pfizer. Realizei apenas um atendimento, observando a necessidade de uma escuta e acolhimento inicial, de uma garota de 22 anos, que estava em uma gestação indesejada. Conversamos sobre planejamento familiar e educação sexual.

Já no período da tarde, em conjunto com a assistente social, nutricionista e psicóloga da SESAI, realizamos ação na comunidade indígena Solimões, do povo Kumaruara, fomos recebidos pelo cacique e em seguida pela professora e a diretora da escola, a diretora apresentou seu projeto de mala viajante que levava literatura às crianças de bicicleta no período de covid-19.

Imagem 3

Vista do Abaré à Vila Franca



Fonte: autoria do autor (s.f.)

A comunidade é muito bem organizada, possui duas escolas, de ensino fundamental (a partir de 4 anos) e médio, utilizando como línguas o português, Nheengatu e Notório. A partir das demandas familiares apresentadas pelas lideranças, buscamos a família para realizar orientações de benefícios e acompanhamento de crianças e adultos com demandas de saúde mental. Planejamos toda logística de transporte, alimentação e alojamento de algumas famílias até Santarém, para que pudessem realizar seus acompanhamentos com especialistas. Por fim, realizamos ações de educação em saúde, na prevenção do câncer de mama e de próstata. Neste momento, tive a oportunidade de conhecer a Pajé da aldeia, a qual conversamos brevemente e ganhamos um cupuaçu, que foi servido como suco no retorno ao barco.

Imagem 4

Entrada do Abaré I



te: autoria do autor (s.f.)

Terceiro dia de viagem, 14 de outubro, realizamos ações na comunidade Capixauã, comunidade mista de brancos e indígenas, na qual foi realizado vacinação de rotina e segunda dose da AstraZeneca. Começo a perceber os vários desafios de se autodeclarar indígena e os preconceitos por trás, ouço vários julgamentos que me estranham muito a respeito do acesso às políticas públicas, justificadas como se tivessem "vantagens de se autodeclarar indígena", como para "tirar proveito" dos poucos direitos que o ser indígena tem. Penso que se autodeclarar e nomear a comunidade como aldeia, tem uma resistência e uma força muito significativa na reparação histórica brasileira. Mas ao olhar do senso comum, não é compreendida a importância de políticas públicas. Outra questão que me causou muito desconforto desde o primeiro dia é a expressão "Bolsa preguiça", que é utilizada inclusive por profissionais da saúde. Para a realidade das pessoas que vivem naquela região, onde o cultivo agrícola é limitado devido ao fato de a maioria dos trabalhadores ser lavradores e a área ser uma combinação de Floresta Nacional (FLONA) e Reserva Extrativista (RESEX), fica evidente que as políticas públicas desempenham um papel crucial como fonte principal de renda para a maioria da população. Isso ocorre devido às disparidades de renda naquela região.

No período da tarde, acompanhei a triagem do barco Abaré, na comunidade Suruacá, onde o trabalho era separar a demanda ao tipo de atendimento requerido, sendo que a oferta de atendimento médico e odontológico era muito limitada em comparação com a alta demanda. Nesse momento, podemos verificar a falta e ausência de muitos medicamentos, em diálogo com a equipe da farmácia. Diante de uma demanda de um usuário por preservativos, percebi que, considerando a duração de toda a viagem, que incluiria a passagem por várias comunidades com um total de 9.081 pessoas (conforme indicado no quadro da Imagem 2), havia apenas 144 camisinhas disponíveis para toda a viagem. Isso representava uma quantidade muito limitada em relação à necessidade da população atendida.

Comecei a me questionar que tipo de saúde e a quem estamos ofertando, pois os ACS necessitam estabelecer prioridades de atendimento, diversificando as famílias, devido ao pouco número de vagas. Analisei o quanto o Abaré é o único acesso à saúde dessa população, de forma extremamente precária e rápida, pois permanecia apenas um turno do dia em cada comunidade, ainda é médica centrada, isto é, realiza apenas cuidados paliativos e sem promoção à saúde. Após o expediente, realizamos uma breve territorialização na comunidade, que contém uma estrutura de Unidade Básica de Saúde, a qual recebe apenas uma técnica de enfermagem esporadicamente, porém com poucos recursos e ausência de medicamentos.

Imagem 5
Sala de aula da escola em Capixauã



Fonte: autoria do autor (s.f.)

Quarto dia, 15 de outubro, amanheceu no Abaré e com o passar dos dias, passei a compreender melhor o processo de trabalho e a admirar cada vez mais o empenho dos profissionais que, diariamente, convivem no barco e levam o SUS para regiões de difícil acesso no Brasil, ao mesmo tempo que percebi a importância de uma gestão de qualidade para manutenção das relações pessoais. Particpei na triagem do Abaré, auxiliando na organização dos fluxos de atendimento e dialogando com usuários da comunidade Ukênia e da aldeia Maperi. A partir da triagem, pude observar algumas demandas que pude intervir enquanto assistente social, orientando sobre o acesso ao Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada (BPC), direitos da criança e adolescente e educação sexual.

No período da tarde, chegamos a Vila do Amorim. Na escala de trabalho, fui designado para acompanhar a equipe responsável pela vacinação de rotina. Embora minha atuação não estivesse diretamente relacionada à minha área de especialização, isso nos levou a visitar a comunidade, o que proporcionou uma oportunidade de conhecer melhor o território. Dialogando com as lideranças comunitárias, possibilitou compreender melhor o processo organizativo da comunidade mediante as demandas de saúde.

Quinto dia, 16 de outubro, amanheceu e o Abaré navegava em algum lugar no meio do Rio Tapajós se deslocando para outra comunidade. Fui escalado, no período da manhã, para acompanhar a equipe da SESAI na Aldeia Enseada do Amorim, da etnia tupinambá. Em seguida, em uma lancha, fizemos uma curta viagem ao longo de um dos afluentes do Rio Tapajós.

Chegando, conheci o cacique, dialogamos sobre as principais demandas e organizamos uma roda de conversa com as mulheres sobre prevenção do câncer de mama

e no colo do útero. Foi um momento rico de troca e aprendizado, aprendi algumas receitas de chá com Cumaru e alho enquanto fitoterápico. Quando retornamos ao Abaré, nos deparamos com uma emergência envolvendo um homem indígena que tinha sido picado por uma Surucucu cabeça de fogo. Infelizmente, não tínhamos nenhum antiofídico disponível. Nesse momento, foi organizado o envio de um helicóptero da SESAI para resgatá-lo. Felizmente, os profissionais da SESAI que estavam a bordo do Abaré conseguiram agilizar a chegada da aeronave de resgate.

Logo depois, chegou uma usuária com herpes zoster, a qual necessitava de atendimento de alta complexidade. Apesar dos esforços para tentar coordenar seu transporte juntamente com o indígena no helicóptero da SESAI, não havia espaço disponível na aeronave. Além disso, não havia uma ambulância disponível naquele momento. Como resultado, a usuária teve que se deslocar por conta própria, utilizando um pequeno barco de um pescador da comunidade. Esta demanda demonstrou o limite institucional e a limitação do direito à saúde, intensificado pelo desafio geográfico.

No período da tarde, eu estava escalado na triagem, quando atendemos a comunidade Parauá e a aldeia Parajurá. Junto à comunidade, a UFOPA vinha desenvolvendo um projeto de fitoterápicos maravilhoso. Tive a oportunidade de ouvir um breve relato sobre esse projeto por meio do ACS Olavo, líder comunitário, que vinha trabalhando em prol da comunidade e do projeto, como forma de aumentar a adesão das/os usuáries aos tratamentos em saúde. Nesse mesmo dia, chegou outra emergência, um bebê convulsionando, logo foi acionado a “ambulancha” que é uma ambulância em forma de barco, para que pudesse levá-lo ao hospital mais próximo (aproximadamente 6h de viagem), com o quadro estabilizado, aguardamos a ambulancha e houve o encaminhado à alta complexidade; nesse caso, enquanto assistente social, podemos intervir realizando acolhimento e orientações para a mãe sobre direitos que a criança possuía, pois se enquadra nos critérios para acesso ao BPC.

Imagem 6

Pôr do sol visto do Abaré



Fonte: autoria do autor (s.f.)

Sexto dia, 17 de outubro, amanheceu no Abaré, atendemos a comunidade Parauá, conversamos com as lideranças comunitárias e tivemos a oportunidade de realizar uma breve territorialização. Caminhando, conhecemos uma senhora que vendia tacacá, vatapá, banana chips e vários comes e bebes. Conversando com a vendedora, sobre ervas medicinais e as condições de saúde da comunidade, surgiu uma preocupação em relação a uma possível violação dos direitos de uma idosa que era vizinha da vendedora. Relatou-se que a idosa não tinha apoio familiar disponível e acabava ficando sob os cuidados dos vizinhos, mas com algumas limitações. Diante dessa situação, a equipe da SESAI acolheu o caso e decidiu matriciá-lo, o que envolveu uma análise detalhada da situação e uma possível intervenção para garantir o bem-estar da senhora.

Anoiteceu e fomos assistir jogo na comunidade, onde a energia elétrica era toda movida por gerador. Assistimos o jogo de futebol, jogamos sinuca, socializamos e foi muito divertido, fortalecendo espaços de promoção da saúde do trabalhador.

Imagem 7

Retorno da lancha ao Abaré



Fonte: autoria do autor (s.f.)

Dia 18 de outubro, amanheceu no Abaré e logo partimos com a equipe da SESAI para a aldeia Muratuba, a qual apresentou demandas sobre a educação sexual e sobre o uso de drogas. Conhecemos a escola MBUESAWA RUKA, que possui como idiomas o nheengatú, o português e o inglês. Realizamos uma ação de prevenção ao abuso e violência sexual, como também na prevenção do câncer. Conversamos com a conselheira de saúde, a qual apresentou as demandas da comunidade e realizamos algumas visitas domiciliares.

Já no período da tarde, conhecemos a aldeia Santo Amaro, que produz mandioca. Realizamos algumas visitas domiciliares, abordando casos de violência familiar e dos direitos das pessoas com deficiência, bem como, conhecemos o território, onde possui uma

gigante samaumeira e um igarapé, o lugar possuía um chão preto, que na cosmogonia indígina, segundo relatos dos moradores, significa que é uma terra com proteção e presença dos encantados.

Dia 19 de outubro, amanheceu no rio Tapajós, tomamos café da manhã e logo iniciamos os preparativos para iniciar os trabalhos. Naquela manhã, fui escalado para acompanhar a vacinação da segunda dose da covid e vacinas de rotina. Acompanhei a técnica de enfermagem na comunidade Jatequara, que tem aproximadamente 50 habitantes, a população é muito assídua na vacinação, portanto foi um processo rápido. Durante o período da tarde, realizamos uma visita à aldeia Jaca com a equipe da SESAI, onde pudemos conversar com uma liderança local que relatou sobre a paralisação das atividades da escola durante a pandemia; essa liderança participou da fundação da escola, em 1994, e desde então vinha educando as crianças daquela aldeia.

Contudo, naquele ano, suas atividades foram suspensas, devido ao repúdio dos pais com as tarefas de casa, que os sobrecarregam, embora tenha sido a alternativa encontrada pela professora para manter minimamente os estudos diante o afastamento social, dada a pandemia. A partir desta demanda colocada pela liderança, foi orientado realizar uma reunião de pais, como uma forma de buscar alternativas para melhorar a comunicação entre a escola e as famílias. O objetivo era encontrar soluções que permitissem retomar as atividades da escola.

Realizamos outra visita domiciliar, para fins de BPC, a qual orientamos do processo a ser traçado para a conquista do direito à renda, implementado na política de assistência social. No fim deste dia, descobri que a SEMSA não repôs profissionais ACS nas comunidades de São Tomé, Jaca, Paraná Pixuna e Tucumatuba, deixando o território descoberto deste profissional, o que muito nos preocupa pela importância do ACS como responsável em orientar e encaminhar os casos para acesso a saúde. Percebi muito trabalho e demandas complexas, as quais somente o Abaré não dá conta, principalmente pelo curto período presente nas comunidades. Fiquei com o sentimento de ter prestado medidas paliativas e não exercendo a promoção e prevenção de doenças de fato.

Dia 20 de outubro, amanheceu no Abaré, e logo nos preparamos para atender a população da comunidade Goim. Naquela manhã, estive na triagem do barco, realizando o acolhimento das demandas e direcionando ao serviço, bem como sondando alguma demanda para que pudesse utilizar meu conhecimento específico, como assistente social. Já no período da tarde, fui com a equipe de vacina, de lancha, até a comunidade Nuquiní. Chegando lá, fomos demandados por um caso, no qual pudemos realizar a Visita Domiciliar. Com o olhar do serviço social, dialogamos sobre os serviços de saúde mental, BPC, aposentadoria, e rede de apoio à família.

No último dia, 21 de outubro, realizamos atendimento e ações de rotina na comunidade Nova Vista, na qual acompanhei a equipe da vacina de rotina, em conjunto com a enfermeira e técnica, realizando registro de lote, matrícula das vacinas, nos demais dias também ocupei essa função. Tão logo, retornamos ao Abaré, finalizando todo o atendimento, o capitão deu meia volta no navio a caminho da UFOPA no campus Tapajós.

Em síntese, ao longo de toda esta trajetória de atendimentos, foram realizadas as seguintes atividades:

- Visita domiciliar
- Territorialização
- Entrevista semiestruturada
- Ação de educação em saúde sobre a temática do câncer de mama, câncer no colon do utero, cancer de próstata e educação sexual (abuso e violência sexual)
- Entrevistas com lideranças comunitárias, caciques, professores, pajé e Agente Comunitário de Saúde (ACS)
- Orientações socioassistencial, acerca do PBF, BPC e demais direitos da assistência social e previdência social
- Triagem de atendimento
- Vacinas de covid e de rotina, auxílio no preenchimento de fichas e organização da população
- Leitura de materiais e produção acerca da saúde ribeirinha, indígena, Unidade Básica de Saúde Fluvial - UBSF e o Abaré I
- Relatório de estágio

Concluída a expedição após dias intensos, os trabalhadores estavam exaustos, com saudades dos familiares e aguardavam o retorno para irem para casa. Vale ressaltar, que o trabalho não terminou no Abaré, chegando em terra firme, todos os dados produzidos pelo SUS deveriam ser evoluídos no Sistema de informação DATASUS, além de realizar as devidas articulações intersetoriais e encaminhamento das demandas.

Desafios à saúde dos ribeirinhos e indígenas em Santarém: reflexões a partir da vivência

A conjuntura atual das políticas públicas vem sofrendo vários ataques desde 2016, intensificado pelo congelamento dos recursos, como o caso da Emenda Constitucional n.º 95 (Brasil, 2016), que congela os recursos para saúde e outras políticas públicas por 20 anos. No entanto, quando se trata do direito básico à vida, o SUS vem demonstrando, com destaque no enfrentamento à Pandemia de covid-19 no Brasil, sua importância; mesmo em um momento de desfinanciamento e desmonte do SUS sob a gestão presidencial de Jair Messias Bolsonaro. Mediante este cenário, é importante ressaltar a importância da articulação intersetorial, como exemplificado pelo trabalho conjunto do Abaré I envolvendo parcerias entre UFOPA, SEMSA, Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SESPA), Ministério da Saúde, SESAI e demais entidades que levam o SUS às margens do Rio Tapajós.

O Abaré, amigo cuidador, carrega em seu nome um peso histórico, ligado ao serviço da igreja de caridade e voluntarismo. Pela falta de acesso à saúde dos usuários da margem do rio Tapajós, o Abaré, que possui pouco recurso e tempo, necessita restringir os números de atendimento com um número fixo e limitado de atendimento por profissional. Tal restrição, relembra seu nome histórico, fazendo alusão à Igreja cristã, engendrando um sentimento inconsciente de caridade no momento da assistência, o qual descaracteriza o direito à saúde.

Esta condição implica na promoção e prevenção em saúde, enquanto UBSF, não possibilitando realizar a longitudinalidade do cuidado. O acesso à saúde, tal como está dado em suas limitações, tem sido o principal determinante que influencia na oferta de promoção e prevenção à saúde para a população, principalmente durante a estação seca do rio, as condições de acesso e os recursos disponíveis permitem apenas a prestação de cuidados paliativos.

Vale salientar que a lista de medicamentos expostos na viagem não foi compatível com o número e tipos de medicamentos disponíveis nas caixas desta expedição. Ainda sobre os medicamentos, vi um vídeo sobre o recebimento de doações de remédios pelo Programa Saúde e Alegria, enquanto ONG, e não compreendia o cunho desta doação quando o SUS poderia ter disponibilizado.

A partir da experiência, em diálogo com profissionais e usuários, é possível observar como principais demandas ao Abaré I:

- Disponibilização de atendimento psicossocial à população via Rede de Atenção Psicossocial - RAPS
- Disponibilidade de profissionais do serviço social e psicologia em todas expedições do Abaré, bem como nas escolas das comunidades
- Disponibilidade de profissionais de nutricionista e profissional de educação física
- Formação e distribuição de métodos contraceptivos
- Ampliar a oferta de medicamentos farmacológicos disponibilizados pelo SUS
- Ações de educação em saúde sobre: violência e abuso sexual, gestação na adolescência, saúde mental, exercícios físicos
- Teste rápido de sorologias
- Mais opções de exames de laboratórios
- Capacitação aos ACS de temas básicos de cuidados, fluxos de acesso e serviços de saúde do município, estado e em âmbito federal
- Estimular a participação democrática da população, colocando-os como protagonistas da saúde que desejam
- Contratação de ACS, via concurso público – com urgência para as comunidades de São Tomé, Jaca, Paraná Pixuna e Tucumatuba
- Ambulancha e demais transportes para emergências, como helicóptero
- Estabelecer articulação intersetorial permanente entre SESAI, Secretaria Municipal de Assistência Social, previdência social e demais entidades e órgãos públicos
- Financiamento e projeto público para tratamento da água às comunidades, prezando ao direito ao saneamento básico e a preservação da RESEX e FLONA
- Estimular o debate à população das comunidades, sobre manejo agroecológico de resíduos sólidos e orgânicos
- Promover projetos via assistência social de geração de renda às comunidades
- Aumentar a disponibilidade de ambulância para emergências
- Criação e aplicação de projetos e leis de disponibilização de telefone rural e internet - via satélite para todas as comunidades
- Fortalecimento e implementação de canais de telemedicina em todas as comunidades, salientando que tal processo não substitui totalmente o atendimento presencial

- Fortalecimento dos Centros de Saúde locais nas comunidades, com maior número de atendimentos e farmácia
- Capacitação de pessoas das comunidades para fortalecimento da autonomia, com profissionais capacitados as demandas locais

A partir das experiências e das reflexões adquiridas, percebemos que há muito para avançar em relação à cobertura de saúde, principalmente no que tange a prevenção e promoção da saúde para o Abaré I, para uma oferta de saúde consoante com os princípios do SUS. Contudo, é importante falar da distância geográfica e construção de alternativas para a superação da dificuldade ao acesso à saúde. Vale ressaltar a importância das Unidades Básicas de Saúde na comunidade serem equipadas, porque embora tenham a estrutura física, ainda enfrentam desafios relacionados à falta de materiais, medicamentos e profissionais devidamente capacitados.

Por fim, o Abaré I tem um relevante papel para oportunizar o direito à saúde à população ribeirinha e indígena, contudo possui seus limites, como o pouco tempo em cada comunidade, restrição ao número de atendimentos, bem como a falta de incentivo aos profissionais. Contudo, mesmo com os desafios, vem levando saúde pelo rio adentro, demonstrando a grandeza do alcance do SUS.

Considerações finais

A vivência no campo de estágio enquanto assistente social fortaleceu muito para a formação em saúde da família, possibilitando conhecer a realidade de acesso à saúde da população ribeirinha e indígena, atuando em conjunto com a equipe multiprofissional, assim como, conhecer o fluxo de atendimento de uma UBSF.

A partir da experiência na triagem, conforme a escala de profissionais, foi possível conhecer os fluxos de atendimento do Navio Hospital Escola Abaré, o processo de trabalho da equipe multiprofissional e de ação intersetorial, realizando ações multiprofissionais de matriciamento e atendimento multiprofissional. Pela primeira vez, realizei ações de plantão noturno, em casos de emergências, bem como a utilização de prontuários físicos para documentação de casos.

A ida ao território proporcionou trocas e diálogos, possibilitando conhecer mais sobre os recursos naturais de sobrevivência, como: alimentação, direito à terra, lazer, trabalho, entre outros determinantes do processo saúde-doença, bem como, os recursos disponíveis para oferta à saúde da população ribeirinha e indígena. A partir dessas

possibilidades, pode exercer as atividades específicas e multiprofissionais enquanto assistente social. Possibilitando intervir em demandas como: violência sexual, orientação de direito à pessoa com deficiência, orientação do Estatuto da Criança e Adolescente, orientação em saúde mental, fortalecimento de vínculos, conflitos comunitários, direito da mulher, além de utilizar de instrumentos técnicos como: entrevistas, visitas domiciliares, oficinas, reuniões, entre outros para ação.

Vale ressaltar que demandas são produtos da expressão da questão social brasileira, e que somente um atendimento pontual e tão esporádico não é capaz de ser resolutivo, estas demandas se tratam, em sua maioria, da escassez de acesso a direitos básicos como alimentação, assistência social, previdência social, moradia e educação. Por fim, foi possível identificar as principais demandas em saúde da população ribeirinha e indígena, a partir da experiência no município de Santarém que trouxe a concretude das principais questões que perpassam a vida daqueles que sobrevivem na floresta. Isto possibilitou atuar diante as demandas em saúde, de forma uni e multiprofissional.

Referências

- Brasil. Presidência da República. (2016). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 15 dez. 2016.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.
Acesso em: 22 out. 2022.
- Infosaúde. s/d. Unidade Saúde da Família Fluvial Abaré I - Unidade Móvel Fluvial.
<https://www.infosaude.com.br/ubs/183549-unidade-saude-da-familia-fluvial-abare-i>
- Morais, C.G., Gomes, I.S., Lima, J.G., y Costa, T.L.S. (2021). Abaré I: reflexões sobre formação multiprofissional e saúde ribeirinha na atenção primária à saúde. J Manag Prim Health Care. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v13.1043>
- Projeto Saúde e Alegria. (2020). Abaré - Saúde da Família Fluvial. Saúde e alegria.
<https://saudeealegria.org.br/saude-comunitaria/abare-saude-familia-fluvial/>

MEU PARTO, MINHAS REGRAS, MEUS DIREITOS E MEU ACOMPANHANTE COM OU SEM PANDEMIA

Luciane da Silva d'Avila

Stella Maris Brum Lopes

Laura Bernardina de Oliveira Correa

Introdução

Ao iniciar, faremos uma tentativa de narrar o que se passou desde o final do ano de 2019 e contextualizar o cenário desse estudo, que ocorreu em um Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), num período em que a vida parecia ter sido tirada de um romance que, apesar do caráter de ficção, era a descrição do que iríamos vivenciar em muitos aspectos.

Com a pandemia do vírus SARS-CoV-2, declarada pela OMS em 11 de março de 2020, o mundo passa a viver uma situação tensa em relação à disseminação e letalidade da doença COVID-19, uma vez que, até aquele momento, pouco ou quase nada se sabia sobre a moléstia que assolou o planeta e nos deixou sérias consequências. Os primeiros casos relatados em um hospital em Wuhan, na China, logo se alastraram e chegaram ao Brasil, tendo sido confirmado o primeiro caso em 26 de fevereiro de 2020, em São Paulo (Brasil, 2020).

O grande poder de disseminação e letalidade do SARS-CoV-2 fez com que fossemos impelidos a uma nova ordem que incluía distanciamento social, uso de máscaras, lockdown, uso de álcool gel na higiene das mãos e utensílios, novos hábitos e novas rotinas diárias. Nossa única chance, até a chegada da vacina, para a qual sabíamos que haveria um longo percurso, eram as imposições orientadas pela ciência, fundamentalmente o uso de máscara e o distanciamento social.

Concomitantemente a esse cenário de crise sanitária, o Brasil vivia uma instabilidade política, durante a qual, de março de 2020 a abril de 2021, o Ministério da Saúde foi ocupado por quatro ministros, mostrando-se frágil e alinhado por obediência a um discurso do Chefe de Estado sem base científica.

Muitos foram os conflitos na polarização dos discursos sobre as condutas frente à COVID-19. De um lado, os negacionistas que diziam se tratar só de uma “gripezinha”, recomendando o uso de medicamentos e protocolos comprovadamente ineficazes. De outro, a ciência que reiterou se tratar de uma calamidade e que, se não fossem tomadas as medidas necessárias, como isolamento social, uso da máscara e investimentos financeiros em áreas prioritárias, as consequências seriam catastróficas. Assim o foi, chegamos a mais de 650 mil mortos por COVID-19 (Brasil, 2021) e nenhuma campanha federal efetiva para as medidas comprovadamente eficazes.

A questão do governo propor e se comprometer com ações para o bem de todos, baseado na equidade, não fez parte da realidade. Para Bousquat et al. (2021), equidade trata-se de valor esquecido na agenda neoliberal, mas que dá sustento ao SUS - Sistema Único de Saúde -, órgão que ganhou destaque por ter se mostrado com bases fortes no enfrentamento da pandemia. Nossa única saída!

Foi nesse contexto, num cenário de perda de direitos, que, no espaço virtual possibilitado pela ferramenta tecnológica de comunicação WhatsApp, nasce o grupo Libera Marieta, um movimento que lutou pela garantia do direito ao acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto. A partir daí, o estudo pretendido teve como objetivos identificar, por meio de um processo de reflexão-ação, os desdobramentos da formação desse grupo, sua intencionalidade e motivação, bem como sua forma de reconhecimento pela sociedade.

A forma de pesquisa adotada foi de tipo participante, tendo como base uma abordagem social, com dados analisados à luz da hermenêutica. Participaram do estudo os integrantes do grupo de WhatsApp por meio de entrevistas semiestruturadas e da reconstituição da trajetória do grupo, a partir de material produzido pelo mesmo, tais como: mensagens de WhatsApp, publicações em jornais e em redes sociais, além de encontros presenciais e online com abordagens dialógicas, baseadas na teoria de Paulo Freire.

Depois de todos esses acontecimentos em relação à pandemia e dessa experiência que marca a vida de cada um de nós, sob vários aspectos, tentamos ressignificar nossas vidas, na medida do possível, diante da falta daqueles que não sobreviveram e das mazelas sociais que se agravam dia a dia, buscando sentido no que resta. Por certo não sairemos ilesos, tampouco iguais. E o que me pergunto é: sairemos melhores e mais atentos para a necessidade de um mundo mais solidário? Fica a provocação de Žižek (2020):

Então, quem sabe outro vírus ideológico, e muito mais benéfico, se propagará e com sorte nos infectará: o vírus de pensar uma sociedade alternativa, uma sociedade além

do Estado-nação, uma sociedade que se atualiza a si mesma nas formas de solidariedade e cooperação global [tradução nossa]. (p. 22)

O contexto da saúde das mulheres na pandemia

A saúde das mulheres é marcada pelas lutas por conquista de direitos, principalmente em relação à autonomia dos seus corpos e pela inclusão, visibilidade e respeito das peculiaridades das minorias (mulheres indígenas, das comunidades pesqueiras, negras e outras) (Scavone, 2001; Mattar & Diniz, 2012). Desta forma, não há possibilidade de prescindir de um ou de outro, saúde das mulheres e direitos das mulheres.

A situação mobilizadora desta escrita serviu de pano de fundo para uma dissertação de mestrado na área da Saúde e Gestão do Trabalho, de um programa de pós-graduação profissional, que teve no seu curso um trabalho coletivo que contou com apoio de uma bolsista engajada no tema, do olhar atento de uma orientadora e do apoio empático de meu co-orientador (in memoria) Professor Doutor Marco Aurelio Da Ros, ao qual, com todo meu respeito, carinho, e amorosidade, as mesmas expressões de afeto com as quais fui acolhida por ele, dedico esse momento.

Nesse movimento, que, como já disse, é pela saúde das mulheres/direito das mulheres, fiz um recorte para estudar o ciclo gravídico puerperal sem pretender perder a noção do todo.

Desde o início da pandemia pelo coronavírus em março de 2020, uma instituição hospitalar filantrópica, referência para os 11 municípios da Região da Foz do Rio Itajaí/SC, descumprindo a legislação vigente, passou a proibir as gestantes de terem seus acompanhantes de livre escolha durante a internação, mais especificamente durante o trabalho de parto e pós-parto.

Sem embasamento nas evidências científicas, tal proibição possuía fragilidade, uma vez que, desde então, o Ministério da Saúde e entidades de categorias profissionais têm se manifestado a respeito, no sentido de orientar as instituições de saúde, respeitando o cumprimento da Lei do Acompanhante (Lei n. 11.108/2005) e solicitando que houvesse adequação dos serviços para o cumprimento da mesma no tocante ao atendimento das mulheres no momento do parto e nascimento de seus filhos, entendendo que tal proibição fere não só a legislação vigente como os princípios dos direitos humanos.

Neste cenário, de perda de direitos e de negação da participação das gestantes nas decisões em relação aos seus partos e nascimento de seus filhos, nasceu o Libera Marieta, em 24 de maio de 2020, por meio de uma ferramenta tecnológica de comunicação pelo

celular, o WhatsApp, da qual esta autora faz parte, com a intenção de reunir pessoas dispostas a denunciar o que vinha acontecendo e buscar apoio para reverter a situação.

Se você topa, eu topo

Conheço a pessoa que criou o grupo de WhatsApp, pois, como enfermeira obstetra, tive o privilégio de assistir ao parto da sua segunda filha. Um nascimento num Parto Domiciliar Planejado e por isso nossa proximidade, minha participação no grupo e aproximação com o tema. Ela, indignada com a situação, tinha a preocupação de que, apesar de ter planejado um parto domiciliar para a terceira gestação, numa situação de necessidade, iria utilizar o hospital e não queria estar sem o seu companheiro, além de ter recebido relatos tristes de mulheres que não puderam parir acompanhadas por uma pessoa de sua escolha.

Após a criação do grupo, cada uma de nós íamos adicionando pessoas conhecidas que pensamos poder contribuir para que, de fato, resolvêssemos a situação do descumprimento da Lei do Acompanhante.

Esse grupo de mulheres, heterogêneo em termos de atuação profissional (fotógrafas de parto, enfermeiras, psicólogas, advogadas, doulas, jornalistas, assistentes sociais) traz consigo duas características fundamentais que as une. Foram dois aspectos que se interligaram e serviram de catalisador para a causa: a maternidade e o direito das mulheres, revelando desta forma as suas motivações. Uma das motivações, a maternidade, traz duas possibilidades de se adentrar nas questões dos direitos das mulheres em relação a sua gestação e seus partos: ou por terem vivenciado partos extremamente respeitosos, ou por terem vivenciado partos traumáticos.

Mexeu com uma, mexeu com todas e a gente sabe como se organizar e lutar

Nos primeiros três dias de grupo de WhatsApp, éramos mais de quinze mulheres e várias foram as trocas de mensagens a respeito das possibilidades de se lutar pela garantia e o cumprimento desse direito previsto na Lei do Acompanhante, sendo uma delas a criação de um perfil na rede social Instagram. Em 27 de maio de 2020, o perfil, com o mesmo nome do grupo de WhatsApp, foi criado, o @liberamarieta.

Imagem 1

Imagem do Perfil do Instagram @liberamarieta



Fonte: Instagram @liberamarieta (2021)

Essa estratégia foi pensada como uma possibilidade de dar visibilidade ao movimento e ganhar apoiadores para a causa. Servir não só como canal de denúncia do que vinha ocorrendo, mas também como um canal de comunicação com a população.

Informalmente as tarefas começaram a ser distribuídas. A dinâmica era: quem pode? Por exemplo: quem pode fazer um post? Quem pode escrever um texto? Quem pode fazer contato com o jornal? Quem pode fazer contato com a rádio? E, assim, quem podia, se disponibilizava e fazia.

É fato que o *Instagram* propiciou uma grande interação com a sociedade e foi também a partir dele que apoios formais e informais foram surgindo, nos dando as pistas sobre que tipo de informação veiculada trazia mais engajamento para a nossa ação.

Para Deslandes (2018), as redes sociais digitais, nesse caso o Instagram, são ferramentas potentes, pois se constituem em espaços de movimentos sociais onde se ampliam interlocutores, há sinergias de pautas, maior disseminação de ideias, além de romper com as fronteiras geográficas e dar celeridade à circulação das informações.

A primeira postagem, que foi feita no mesmo dia de criação do Instagram, explicitava o objetivo do movimento e argumentava sobre defender o cumprimento da Lei e exigir a execução desse dispositivo legal pela instituição hospitalar em questão. Como estratégia de fortalecimento das ações e divulgação da campanha, nos comentários marcamos o hospital, o Ministério Público, a prefeitura de Itajaí, outras contas de Instagram de alcance nacional e de apoio à humanização do parto e do nascimento, bem como de apoio aos direitos das mulheres no ciclo gravídico puerperal, canais de comunicação (imprensa) e outros. Foi assim o início de um movimento para fora do grupo de WhatsApp.

Nessa primeira postagem tivemos 476 (quatrocentos e setenta e seis) curtidas e 213 (duzentos e treze) comentários de apoio à causa.

Villela (2012), em seu estudo, aponta que, ainda que haja uma organização digital de participação das pessoas, não podemos prescindir da mediação e participação das instituições e da sociedade civil organizada.

Esse engajamento na causa, por parte de entidades representativas e legítimas da sociedade, nos fortaleceu na luta pelo direito ao acompanhante, formando essa trama de apoios institucionais, da população, por meio do Instagram e dos veículos de comunicação. Tudo isso foi intuitivamente se dando e revelando ao grupo outro modus operandi na busca do nosso objetivo. Nos demos conta de que era necessário articular outras instâncias, buscar apoio formal, além de expor os fatos na rede social e nas mídias jornalísticas.

Nossa primeira entidade parceira oficial, o COMDIM - Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, em 29 de maio de 2020, entregou um ofício ao hospital e ao Ministério Público, solicitando que revissem suas posições em relação à proibição do acompanhante de parto. Além disso, outro documento emitido pelo Defensor Público, por mensagem privada do Instagram, foi encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde para que fosse mantido o direito das gestantes de terem acompanhante no parto, mesmo durante a pandemia de COVID-19. Esses documentos foram utilizados para uma de nossas postagens como forma de demonstrar o apoio que recebemos de entidades importantes nessa jornada.

Depois de quase uma semana de mobilização na rede social e contato com entidades solicitando apoio, tivemos a notícia de uma reunião aberta, agendada com a direção do hospital, solicitada pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) de Itajaí, com participação da Defensoria Pública de Itajaí; COMDIM; Presidente das comissões de Direitos Humanos, Saúde e Mulher; Advogada da OAB/Itajaí; Advogada da Associação Nacional Nascido Direito; ReHuNa – Rede de Humanização do Parto e Nascimento –; e representantes do movimento Libera Marieta.

Independentemente do resultado da reunião, já era uma enorme vitória que essa acontecesse. Mobilizamos todas essas instituições e, com todo o respaldo jurídico e científico, estávamos lutando pelo direito das mulheres. Também nos mobilizamos rapidamente no grupo de WhatsApp em relação à participação na reunião e, como era uma reunião aberta – online –, outras pessoas e profissionais da saúde que se solidarizaram com a causa participaram e argumentaram a nosso favor. Como resultado, houve a liberação parcial do acompanhante, somente no momento do parto e pós-parto. Nossa primeira vitória. Comemoramos!

Não era o que queríamos, foi parcial, mas, enquanto movimento e mobilização, sem dúvida se tratava de uma vitória, pois ganhamos força. Comemoramos e também nos motivamos a seguir adiante. De alguma forma, tínhamos descoberto o caminho: mobilização nas redes sociais, articulação com instituições que representam a sociedade, mídias (jornais, rádio e televisão) e a nossa união e disposição.

Em sete dias de Instagram, já tínhamos 550 (quinhentos e cinquenta) seguidores e realizado 16 (dezesesseis) postagens, ampliando o nosso alcance, e, depois de matéria publicada em jornal local, embasada em nota da Defensoria Pública de Itajaí, com a decisão de liberação do acompanhante no momento do nascimento, vários foram os contatos de rádios e jornais para que falássemos sobre o assunto. Dividimo-nos e demos entrevistas falando sobre a conquista parcial e sobre a luta para a garantia total do direito ao acompanhante.

Os dias se passavam, seguiam postagens, relatos, discussões, mídias, cobrança para que o hospital cumprisse com o acordado em reunião, mas ainda parecia pouco. Não nos faltava disposição, mas às vezes alguém cansava. Cansava não só pela luta, mas também porque dividia seu tempo entre tantas outras coisas. Éramos e somos todas mulheres voluntárias, trabalhadoras, muitas mães com filhos pequenos ou bebês, outras gestantes ainda.

Retomamos uma ideia que já tínhamos tido, a de um *outdoor* na cidade com a nossa *hashtag* #LiberaMarieta, além de informação sobre a lei do acompanhante e o descumprimento dela. Conseguimos veicular nossa campanha num telão em frente à UNIVALI - Universidade do Vale do Itajaí. Foi um momento muito emblemático para o nosso grupo, pois expandimos o nosso espaço para além do virtual e literalmente ganhamos as ruas por quatorze dias.

Imagem 2

Imagem veiculada em outdoor e postada no Instagram @liberamarieta



Fonte: Instagram @liberamarieta (2021)

Imagem 3

Sequência de Imagem veiculada em *outdoor* e postada no Instagram @liberamarieta



Fonte: Instagram @liberamarieta (2021)

Nesse momento, já estávamos há quase cinco meses lutando para reverter a situação. Empenhamo-nos, noite e dia, nas redes sociais, na elaboração de textos, de materiais para mídia, de contatos para fora do grupo, buscando apoio enquanto todas estavam exauridas. Foi então que, quando oscilávamos entre desânimo e força para seguir, em 19 de agosto de 2020, o hospital emitiu um documento à OAB/Itajaí informando sobre a liberação e cumprimento integral da Lei do Acompanhante. Comemoramos!

Foram inúmeras as mensagens de comemoração pelo WhatsApp, de felicidade e de contentamento por uma conquista pela qual lutamos tanto. Lembramos e reforçamos a importância da nossa união e tudo o que fizemos. Mas também lamentamos as mais de mil mulheres que, nesse período de proibição, tiveram seus filhos e filhas sozinhas, desacompanhadas, tendo sido alijadas de seu direito. Muitas histórias que serão contadas sob o olhar da insegurança e do abandono, quando na verdade poderiam ter sido de outra forma, inclusive, para alguns integrantes do grupo. Solidarizamos-nos sem conseguir mensurar a dor de participar de um grupo, lutando para que as mulheres tivessem seu direito garantido e sem o ter.

Imagem 4

Imagem da publicação no Instagram @liberamarieta comemorando a liberação na íntegra do acompanhante com a foto de capa de um jornal local



Fonte: Instagram @liberamarieta (2021)

Tivemos a certeza de que tínhamos cumprido um papel e discutimos no grupo que esse era um papel político, de enfrentamento dos poderes da sociedade e pela luta dos direitos das mulheres. Com certeza descobrimos que juntas somos mais fortes!

Olhares sobre o caminho

O norte deste texto é seguir o caminho das reflexões de um grupo e também provocar novas reflexões. O meu olhar reflexivo sobre as construções que fizemos e os caminhos que tomamos sempre buscou, como pano de fundo, uma questão que para nós mulheres é tão cara, ser mulher numa cultura que tem o patriarcado como imperativo das relações e das ações. O campo de prática da enfermagem obstétrica é constituído por uma maioria de homens, pensado por homens, num contexto onde se nega a violência obstétrica como violência de gênero. Para Katz, Amorim, Giordano, Bastos e Brilhante (2020), nomear violência obstétrica e entendê-la no contexto da violência de gênero é o que fará o avanço nessa área, transcendendo-a e entendendo-a como uma violação em relação aos direitos das mulheres.

Como agravante, nesse cenário de relações patriarcais com relação ao exercício da obstetrícia durante a pandemia, ainda em seu início, pesquisadoras, em sua maioria enfermeiras obstétricas, já apontavam para as dificuldades que mulheres encontrariam para que suas necessidades fossem ouvidas, acolhidas e respeitadas (Souza, Schnek, Pena,

Duarte, & Alves, 2020). Destaco a importância de pautar esta questão das relações patriarcais, das dificuldades que as mulheres enfrentam e que enfrentamos enquanto grupo. Elas, em diferentes e vários momentos, fizeram-se presentes nas conversas de WhatsApp e expuseram essa questão, como é possível verificar neste trecho de diálogo onde LM7 fala, logo após a notícia da revogação da proibição do acompanhante:

LM7 (19/08/2020 - 18:34:03) – “Quando vejo fotos de parto com acompanhante me dá um aperto no coração... me dói emocionalmente lembrar disso... é uma coisa q tiraram da minha família... uma lembrança q não posso ter...”

LM7 (19/08/2020 - 18:34:24) – “Fico muito feliz q as próximas serão diferentes”

LM7 (19/08/2020 - 18:35:23) – “Se fosse com homens, isso não teria acontecido... até os jogos de futebol voltaram a ocorrer”

Mesmo que o movimento feminista tenha transitado por diferentes momentos em relação à maternidade, indo de uma recusa total a essa possibilidade de não se submeter à dominação masculina; ou ainda, considerando a maternidade como um poder que só as mulheres possuem, resgatando um saber que a ela está associado; ou mesmo quando a maternidade é vista dentro das relações sociais e dos significados a ela atribuídos (Scavone, 2001; Jeremiah, 2006); ou pensada sob a lógica do capitalismo, no qual a função reprodutiva, a criação dos filhos e a permanência no espaço privado do lar reforçam a produção do capital (Federici, 2017); de qualquer forma, em todos esses momentos, é a reivindicação da autonomia de seus corpos e de suas vidas que está colocada em pauta.

Na nossa luta, reivindicamos o direito das mulheres gestantes ao acompanhante de parto. Lutar pelo cumprimento desse direito para as mulheres que iriam parir está inserido numa questão cultural que diz respeito à construção de gênero. A luta pelo direito ao acompanhante de parto foi um desvelador de um contexto maior no qual nos inserimos.

A esfera doméstica é o espaço da maternidade, do espaço reprodutivo e também do espaço do trabalho doméstico que, na lógica de uma sociedade patriarcal capitalista, é visto como um trabalho improdutivo. Esse espaço determinado pelo biologicismo é quase uma ordem natural das coisas, que mantém as mulheres nessa condição de multitarefas. Um mito conveniente sobre uma capacidade cerebral de que só as mulheres possuem para a realização de várias tarefas ao mesmo tempo, combinadas muitas vezes com uma dupla jornada de trabalho (Dias, 2021).

No enredo da nossa construção grupal, nas nossas conexões de sentido e nas nossas articulações e amarras com o instituído do movimento que fizemos, constituímos-nos legítimas para o que pretendíamos e para nós mesmas. O grupo de WhatsApp foi o ponto

de partida das nossas reflexões, tomadas de decisão, articulações construídas em extensos e profícuos diálogos. Marcando o lugar que foi do grupo dentro de todo este processo, dando o sentido e o tom dos aspectos desenvolvidos, entendendo-o, também, como “espaços de cuidado e de potencialização da vida” (Pereira, & Sawaia, 2020, p. 19).

Esse é um dos aspectos positivos desse tipo de pesquisa que foi pretendida aqui, onde a construção de vínculos, afetos e novos aprendizados edificados ao longo do caminho são também a expressão da construção da cientificidade.

Dessa forma, chegamos até aqui. Construimos um caminho, fizemos interlocuções, para dentro e para fora do grupo, e agora é o momento de perceber e retomar o vivido, dizê-lo e ressignificá-lo, pensando na nossa legitimidade em prol dos direitos das mulheres, desta vez numa proposta de interação presencial. Para tanto, Paulo Freire (2019a) e suas contribuições deram a sustentação teórica necessária, pois este contou, como base, a dialogicidade crítica e libertadora.

Ele é como água, vai se acomodando nos espaços

No dia 01 de outubro de 2021, foi realizado um encontro presencial, onde compareceram duas mulheres, colaboradoras desta pesquisa, acompanhadas de seus filhos. Uma com um bebê iniciando seus primeiros passos e que explorou o local com muita curiosidade. A outra com um filho maior que estava dormindo e permaneceu assim por boa parte do encontro, acordando já quase no final. Ao colocá-lo deitado em um banco e acomodá-lo com almofadas, LM2 diz: “Ele é como água, vai se acomodando nos espaços”. Isto marca presencialmente uma característica importante do grupo, mulheres que dividem seus tempos entre o cuidado dos filhos e outras várias tarefas, como já apresentado em trecho de diálogo aqui.

Ao iniciarmos, solicitei que cada uma escrevesse em uma tarja uma palavra que significasse o que nos unia enquanto grupo. As tarjas foram sendo dispostas na mesa e elas mesmas deram a sequência para o enunciado, ficando da seguinte forma, como na imagem.

Imagem 5

Tarjas com as palavras escolhidas pelas colaboradoras da pesquisa no dia do encontro presencial para significar o que une o grupo



Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora (s.f.)

Indignação, sororidade, conectividade, feminismo e familiaridade, todas ligadas à questão do direito das mulheres, essas foram as palavras escolhidas. Sobre a enunciação dessas palavras, podemos pensar que, ao mesmo tempo que surgem do contexto do que foi vivenciado em termos do movimento que fizemos e das construções desse grupo, surgem também como parte de um repertório pessoal, que tem como base não só essa experiência, a do Libera Marieta, mas suas experiências anteriores de vida e que deram base para o entendimento do que se passou. Paulo Freire (2019a) vai nos dizer que a palavra pronunciada é pronunciamento do seu mundo e, ao fazê-lo, o transforma quando o caminho é o diálogo. Diálogo não no sentido de expor ideias, mas no de refletir sobre essas.

Ao dialogarmos sobre as palavras, “indignação” surge como um ponto de união e também de partida na constituição do grupo. Surge como um sentimento de revolta pelo não cumprimento da Lei do Acompanhante, que em última instância se constituiu em violência obstétrica e outros sofrimentos.

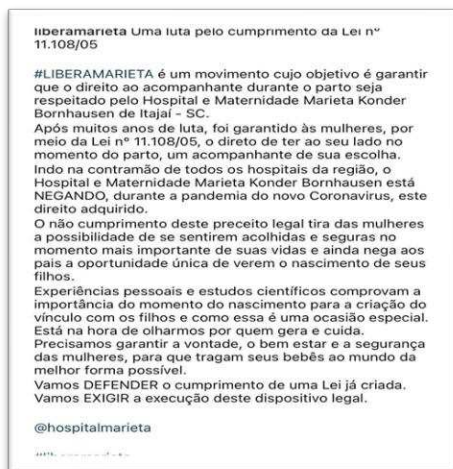
Para Castells (2017), a indignação tem um papel central nos movimentos sociais por ele analisados. Apesar de nosso movimento ter algumas características de um movimento social em rede, não podemos ser consideradas como tal, tomando como pressuposto o que esse autor apresenta. Porém, o sentimento de indignação é uma dessas características que se faz presente como pontapé inicial das lutas, e da nossa também.

No nosso grupo, nossas emoções estavam afloradas e conectá-las era de fato o que acontecia, alimentando nossa indignação e também promovendo o debate, superando o

medo e nos colocando em ação. Nos ligamos por meio de um fio condutor que iniciou com a indignação vivenciada coletivamente, num processo de empoderamento com grande potencial transformador. Se era de indignação que necessitávamos como mola propulsora da nossa luta, então estávamos no caminho certo, tanto que, marcar posição pelo que lutamos naquele momento e demonstrar nossa indignação, ficou explícito no texto da primeira postagem.

Imagem 6

Texto da primeira postagem realizada no Instagram @liberamarieta



Fonte: Instagram @liberamarieta (2021)

Foi a indignação o que nos uniu com potencial de luta por uma causa, ou seja, indignação em relação a algum fato, o qual consideramos uma injustiça e, portanto, capaz de, por sua potência, produzir mudanças. A sororidade é o que nos une enquanto uma luta de mulheres, por mulheres. E, para sororidade, é importante nos debruçarmos para explorar seu sentido, seu contexto e toda a sua potencialidade neste grupo.

A sequência proposta pelas mulheres que participaram do encontro é a de que após “sororidade” seguem as palavras “conectividade”, “feminismo” e “familiaridade”, as quais penso em explorar de forma entrelaçada ao feminismo e representativas das experiências do grupo, entendendo ser esse um contexto possível. Mais do que possível, na verdade, é impossível pensar em sororidade que não seja nessa perspectiva do feminismo e da conexão entre mulheres como uma, ou “a”, possibilidade de transcendência e enfrentamento do patriarcado.

Sororidade, deriva do latim soror, que significa irmã e pode ser entendido como uma espécie de sentimento de irmandade entre as mulheres. Sem definição no Dicionário da

Língua Portuguesa, quando em busca nas plataformas da *internet*, sua definição está ligada ao movimento feminista, designando amizade e afeto numa combinação ética, política e emocional (Leal, 2020).

Se empoderamento, na perspectiva feminista, tem como objetivo romper com o patriarcado, assumindo um maior controle sobre nossos corpos e nossas vidas (Sardenberg, 2006), será, então a sororidade um catalisador das possibilidades do empoderamento?

Tendo o feminismo como base, mesmo que, em momentos específicos, essa palavra tenha sido referida no grupo WhatsApp com certo receio, sororidade e conectividade se complementam e puderam ser vivenciadas e experienciadas no grupo e, por isso, aparecem nesse momento presencial como sendo aquilo que nos une, o que nos representa.

A conectividade e a familiaridade, palavras que surgiram neste encontro presencial, foram desenvolvidas entre nós, percebidas ao longo do percurso ao criarmos intimidade a ponto de novos laços de amizade se formarem. Assim, estas aparecem como sendo sustentação e reforço para os enfrentamentos necessários, inclusive o de lidar com as questões de gênero ou as que envolveram as discussões sobre feminismo.

Ao final desse encontro presencial, questiono sobre o que nos faz seguir no grupo de WhatsApp. LM18 responde: “Estou lá no grupo esperando algo que me motive, lá me sinto acolhida”. Quando questiono o que a motivaria, LM18 responde complementando: “Uma casa de parto”. Nesta resposta vejo uma síntese de como este grupo se organiza e qual o sentido para as pessoas que, sobre isso, acolhimento é a palavra que invoca este lugar. Já sobre a organização é possível perceber que essa se dá por pautas e que possivelmente a casa de parto seria uma luta pela qual valesse a pena lutar.

O segundo encontro que se organizou, ocorreu num espaço de reunião virtual pelo Google Meet em 13 de outubro de 2021 e o veremos a seguir. Neste estiveram presentes duas mulheres (somente uma participou do encontro presencial) e um homem, colaboradores da pesquisa. Ao iniciar, fiz uma breve retomada do que havíamos conversado no encontro presencial e, logo de início, LM18 reforçou: “Tudo o que falamos naquele dia tem a ver com os direitos das mulheres”.

Trago uma fala de LM9 sobre como nos vemos hoje ao dizer: “Nosso grupo não tem personalidade jurídica, mas existe enquanto organização civil, tem representatividade, mas não tem legitimidade. No mundo do direito a gente não existe, mas a gente existe no mundo. E ganhamos essa causa porque a gente existe”.

Existir pressupõe um lugar relacional, de diálogo e de reconhecimento, sem estes seria simplesmente estar. Existimos, pois, nos colocamos em relação e em diálogo conosco, com organizações legítimas e com a população por meio do nosso Instagram e das nossas

ações, como o outdoor e as várias entrevistas para os meios de comunicação, mas, principalmente, porque, a princípio, questionamos a realidade. Freire (2019b) nos diz que:

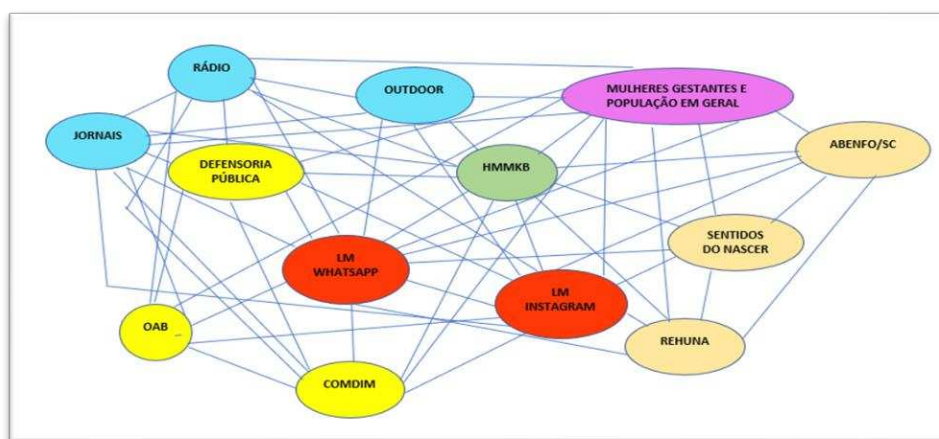
A partir das relações do homem com a realidade, resultantes de estar com ela e de estar nela, pelos atos de criação, recriação e decisão, vai se dinamizando o seu mundo. Vai dominando a realidade. Vai humanizando-a. Vai acrescentando a ela algo que ele mesmo é o fazedor. (p. 60)

Tratou-se de um enorme esforço de comunicação de toda a sorte. Comunicação dentro do movimento para as tomadas de decisão; comunicação com as entidades legítimas no sentido de que nos representassem; comunicação com a população para que entendesse a situação e para que demonstrasse seu apoio de forma que nos fortalecessemos; comunicações que fizemos por meio de uma característica importante dos movimentos sociais apontada por Castells (2017), a saber: a habilidade de comunicação autônoma com a sociedade e com os seus participantes, seja por intermédio de celulares ou quaisquer outras redes de comunicação.

Nesse esforço comunicacional, nesse se colocar em rede entre os participantes e com outras instâncias, estabeleceu-se o processo do movimento em si, sua base de funcionamento para dentro do movimento e para fora. Melucci (1989, p. 51) já apontava para um “paradigma cético” dos movimentos sociais, no qual: “[...] não se compreende a ação coletiva como uma “coisa” e não se valoriza inteiramente o que os movimentos dizem de si mesmos; tenta-se mais descobrir o sistema de relações internas e externas que constitui a ação”.

Na imagem que segue é possível verificar de que forma relacional existimos neste mundo no qual nos organizamos e alteramos a realidade, como foi nosso processo.

Imagem 7
Articulações do Movimento LM



Fonte: Autora (s.d.)

Legenda:

LM - Libera Marieta

OAB - Ordem dos Advogados do Brasil

COMDIM - Conselho Municipal dos Direitos da Mulher

HMMKB - Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen

REHUNA - Rede de Humanização do Parto e Nascimento

ABENFO/SC - Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetras, Neonatais e Obstetizas de Santa Catarina.

Quando nos colocamos a pensar onde queremos chegar, nossas falas interagem com o que somos, mais uma vez dando ideia de que ser e fazer estão lado a lado, processos e contexto dão identidade ao grupo. O seguinte trecho de diálogo, também extraído e transcrito da gravação feita da reunião online, explicita essa questão:

LM9: - 'Nosso papel é provocar discussões e levar a pauta para instituições que têm legitimidade, como a Defensoria Pública e OAB, que são as instituições que temos mais acesso e são instituições fortes'.

É possível perceber que somos um grupo que se organiza por pautas e que essas precisam motivar e mobilizar para a ação. Os quereres do grupo aparecem da perspectiva de se manter no WhatsApp, que é o interlocutor inicial das ações, ao mesmo tempo em que nos reconhecemos como uma espécie de articuladoras representativas das questões sociais em relação aos direitos das mulheres, junto às instâncias legítimas de poder e tomada de decisão.

O grupo vem há algum tempo sem nenhum tipo de articulação e sobre isso podemos pensar que nenhuma pauta é motivadora o suficiente ou ainda como LM8 fala: "As pessoas estão vivendo um momento onde elas não podem falar, forçadas a não ter a possibilidade de pensar em outras coisas, pois precisam pensar em sobreviver. Fora as ansiedades todas, depressivo".

Numa abordagem mais otimista, Castells (2017), sobre a constâncias dos movimentos sociais, diz:

Nessa longa jornada, os ritmos se alternam, às vezes aceleram, às vezes se acalmam. Mas o processo nunca para, mesmo que permaneça invisível por algum tempo. Há raízes da nova vida se espalhando por toda parte, sem um plano central, mas se movendo e estabelecendo redes, mantendo fluxo de energia, esperando a primavera. Porque esses núcleos estão sempre conectados. Há núcleos de redes da internet, em âmbito local e

global, e há redes pessoais, vibrando ao ritmo de um novo tipo de revolução cujo ato mais revolucionário é sua própria invenção. (p. 128)

Considerações finais

Este trabalho é fruto de um processo de despertar e apaixonamento pelas questões que envolvem a mulher no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos como uma forma de se posicionar frente ao mundo, a qual vem se consolidando ao longo dos anos. Reflete o diálogo constante entre minha vida profissional e pessoal. Foi vivida e transcrita num trânsito entre emoção e razão, na criação de laços e nas relações que essa vivência proporcionou. Laços e relações de amizade, confiança, companheirismo e vigor para lutar.

Hoje, penso que não teria tanto de mim e da realidade que foi apresentada, se não a tivesse escrito e desenvolvido dentro de um mestrado profissional e numa abordagem que não fosse qualitativa. O mestrado profissional, ao tensionar a aproximação do campo acadêmico com a práxis, possibilita novos olhares para o exercício da profissão. Cumpre ainda um papel de compromisso social de compartilhamento do saber em forma de ação, o que tenho uma grata satisfação em fazê-lo.

Também foi a pesquisa qualitativa de cunho participante que me proporcionou viver intensamente o Movimento Social Libera Marieta e interagir em todas as suas etapas, de forma que me incluo e me sinto honrada em referir ao Libera Marieta como “nosso grupo”.

Ao final, foi possível verificar que o grupo Libera Marieta busca sua motivação nas pautas dos direitos sexuais e reprodutivos. Tem ainda ligação principalmente com aquelas que dizem respeito ao ciclo gravídico puerperal e seus integrantes se reconhecem no discurso sobre a humanização do parto e do nascimento, entendendo-o como direitos das mulheres. Aponto aqui, talvez, uma das possibilidades de desenvolvimento de estudos a partir do que foi apresentado, que é o de se pensar se há neste coletivo um estilo de pensamento, marcado por uma epistemologia da humanização do parto e nascimento.

Um grupo heterogêneo na sua constituição, de mulheres que adentraram o mundo da humanização do parto e nascimento, seja pela via profissional ou pela via da experiência vivida, principalmente aquelas que puderam experienciar partos mais humanos e mais respeitosos. Ocupamos vários lugares, somos voluntárias por uma causa, participamos do grupo doando nosso tempo e nossa disposição, contribuindo solidariamente com outras mulheres.

Fomos além do que o grupo se propunha inicialmente e acolhemos de forma empática, por exemplo, a violência obstétrica, ampliando as ações do grupo. O grupo

utilizou os meios de comunicação como jornais, rádio e televisão, bem como a rede social Instagram, para dar visibilidade ao movimento e sensibilizar a população em prol da causa. Em especial, o Instagram, além de dar visibilidade ao movimento, serviu como canal de denúncia de violência obstétrica. A articulação com instituições e com a sociedade civil organizada se mostrou fundamental para o alcance do objetivo.

Toda essa movimentação se organiza fundamentalmente sobre dois pilares, a saber: uma horizontalidade radical e uma democracia direta nas ações de tomada de decisão que coincidem com os preceitos do anarquismo. Aponto esta, também, como uma possibilidade de novos olhares e estudos para este e outros movimentos sociais.

Ao refletirmos sobre a trajetória, identificamos que o grupo, ao realizar o que se propôs, o cumprimento da Lei do Acompanhante, ampliou suas ações e, sobre sua legitimidade, uma das colaboradoras, LM1, corrobora com o que foi possível identificar dizendo: “acho que somos um movimento social em defesa dos direitos das mulheres”.

Sim! Queremos ser reconhecidas como um movimento social contemporâneo que tem legitimidade para denunciar e provocar discussões sobre as pautas referentes aos direitos das mulheres, principalmente aqueles relacionados ao ciclo gravídico puerperal, além de articular e firmar parcerias com instâncias que possam nos representar legalmente.

Por isso, intencionamos permanecer em conexão pelo WhatsApp, e assim está. Porém, recolhidas à espera da nova centelha de indignação para o levante.

Bem como o patriarcado é uma desconstrução necessária para todas e todos para que novas relações igualitárias em relação a direitos entre as pessoas e na sociedade se estabeleçam, assim temos empreendido nesta desconstrução, tendo sido necessário desconstruir e reconstruir um novo olhar para a organização de movimentos sociais de forma a entendê-los na modernidade, vislumbrando novas possibilidades de resistência e de luta.

Referências

- Bousquat, A., Akerman, M., Mendes, A., Louvison, M., Frazão, P., & Narvai, P. C. (2021). Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. *Revista USP*, 1(128), 13-26. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/185393>. doi: 10.11606/issn.2316-9036.i128p13-26
- Brasil. Coronavírus/Brasil. (2021). COVID19. Painel Coronavírus. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
- Brasil (2020, fevereiro 26). Brasil confirma primeiro caso do novo coronavírus. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/02/brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus#:~:text=O%20Brasil%20confirmou%2C%20nesta%20quarta,para%20it%C3%A1lia%2C%20regi%C3%A3o%20da%20Lombardia>
- Castells, M. (2017). *Redes de indignação e esperança: movimentos sociais na era da internet* (2a ed. rev. e atual.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Deslandes, S. F. (2018). O ativismo digital e suas contribuições para a descentralização política. *Ciênc. saúde coletiva*, 23(10), 3133-3136. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qmYg4yygsjgWwmQ8MvHVM5N/?lang=pt>
- Dias, B. (2021). Apropriação capitalista do trabalho doméstico e reprodutivo não remunerado da dona de casa sob a perspectiva de gênero. Disponível em: <https://www.observatoriodeseguranca.org/pesquisas-e-estudos/apropriacao-capitalista-do-trabalho-domestico-e-reprodutivo-nao-remunerado-da-dona-de-casa-sob-a-perspectiva-de-genero/>
- Federici, S. (2017). *Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Editora Elefante.
- Freire, P. (2019a). *Educação como Prática de Liberdade* (45. ed.). São Paulo: Paz & Terra.
- Freire, P. (2019b). *Pedagogia do Oprimido* (71. ed.). São Paulo: Paz & Terra.
- Jeremiah, E. (2006). Motherhood to Mothering and Beyond: Maternity in Recent Feminist Thought. *Journal of the Association for Research on Mothering*, 8(1/2), 21-33. Disponível em: https://sas-space.sas.ac.uk/5639/1/Jeremiah_-_MotherhoodtoMothering.pdf
- Katz, L., Amorim, M. M., Giordano, J. C., Bastos, M. H., & Brilhante, A. V. M. (2020). Who is afraid of obstetric violence?. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20(2), 623-626. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/RDwVm7ZV3DksbRBsKLBwXjw/citation/?lang=en>.
doi: 10.1590/1806-93042020000200017.

Leal, T. (2020). O sentimento que nos faz irmãs: construções discursivas da sororidade em mídias sociais. *Revista ECO-Pós*, 23(3), 139-164. Disponível em: https://revistaecopos.eco.ufrj.br/eco_pos/article/view/27601. doi: 10.29146/eco-pos.v23i3.27601.

Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm

Mattar, L. D., & Diniz, C. S. G. (2012). Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface (Botucatu)*, 16(40), 107-120. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100009&lng=en&nrm=isso

Melucci, A. (1989). Um objetivo para os movimentos sociais? *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, 17, 49-66. Disponível em: doi: 10.1590/S0102-64451989000200004

Pereira, E. R., & Sawaia, B. B. (2020). *Práticas grupais: espaço de diálogo e potência*. São Carlos: Pedro & João Editores.

Sardenberg, C. M. B. (2006). Conceituando “Empoderamento” na Perspectiva Feminista. In *Seminário Internacional: Trilhas do Empoderamento de Mulheres – Projeto TEMPO NEIM/UFBA*, Salvador, Bahia, Brasil, I. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6848/1/Conceituando%20Empoderamento%20na%20Perspectiva%20Feminista.pdf>

Scavone, L. (2001). A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. *Cadernos pagu*, 16, 137-150. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010483332001000100008&lng=en&nrm=isso

Souza, K. V., Schneck, S., Pena, E. D., Duarte, E. D., & Alves, V. H. (2020). Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de Covid-19: o que fazer da enfermagem obstétrica. *Cogitare enferm*, 25, e73148. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/73148>. doi: 10.5380/ce.v25i0.73148.

Villela, M. C. V. (2012). *Ativismo digital: um estudo sobre blogs ativistas*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciência Política, Universidade de Brasília, Brasília.

Disponível em:

https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11658/1/2012_MarinaCruzVieiraVillega.pdf

Žižek, S. (2020). Coronavirus es un golpe al capitalismo al estilo de “Kill Bill” y podría conducir a la reinención del comunismo. In G. Agamben, S. Žižek, J. L. Nancy, F. B. Berardi, S. L. Petit, J. Butler, ... P. B. Preciado. *Sopa de Wuhan: pensamiento contemporáneo em tempos de pandemias*. (pp. 21-28). ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio). Disponível em: <https://www3.unicentro.br/defil/wp-content/uploads/sites/67/2020/05/Sopa-de-Wuhan-ASPO.pdf>

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE LGBTQIA+: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA COM ENFOQUE NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Robson Aparecido da Costa Silva

Marciana Feliciano

Introdução

Desde as mudanças paradigmáticas no modelo brasileiro de saúde, iniciadas com a reforma sanitária, as discussões relativas ao aprimoramento das práticas de cuidado e de gestão já estavam presentes e geraram reflexões importantes para que o Sistema Único de Saúde (SUS) fosse criado no final da década de 1980 (Melo, 2017). Atualmente, as discussões sobre a qualificação das práticas de cuidado e de gestão permanecem, haja vista, que o SUS está em permanente construção e implementação.

Nesse sentido, foram empreendidos esforços na oferta de qualificação para os profissionais de saúde com o intuito de destacar o potencial formativo/educativo no processo de trabalho para sua transformação (Batista & Gonçalves, 2011). A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), instituída pelo Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003, foi um marco que revela a importância desse avanço, tomando como central a Educação Permanente em Saúde (EPS) no SUS.

As iniciativas de qualificação dos profissionais de saúde devem ser entendidas como meios para que sejam alcançados os avanços na direção dos princípios doutrinários do SUS. O acesso ao conhecimento ainda é um dos desafios atuais para a qualificação das práticas de atenção e gestão em saúde. Tendo em vista esse cenário, o Ministério da saúde em parceria com a Universidade Federal Fluminense lançou o Curso de Especialização em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde para formar especialistas em gestão do SUS e aperfeiçoar as habilidades organizativas dos gestores (Atalla, 2014).

O curso teve três edições. A primeira ocorreu em 2014, voltada para os secretários e gestores municipais de saúde (Universidade Federal Fluminense [UFF], 2014); a segunda ocorreu em 2016 com enfoque na gestão estadual (UFF, 2015); e a última foi realizada em 2018 e tinha como foco gestores estaduais e municipais de saúde (UFF, 2017). Em todas as edições, o público-alvo eram os profissionais de saúde de nível superior, que estivessem atuando em atividades de natureza gerencial no SUS. O arcabouço do Curso exigia que

alunos, provenientes de todas as regiões brasileiras, e apoiados por tutores estruturarem um plano de ação para intervir em problemas oriundos de sua prática.

Assim, o objetivo deste capítulo foi relatar o processo vivenciado por um aluno (aluno-autor) e sua tutora (tutora-autora) na construção do plano de intervenção, bem as perspectivas de aplicação do mesmo, considerando a temática da saúde LGBTQIA+.

De onde partimos

As afetações do aluno-autor e da tutora-autora se estruturaram através das movimentações dos dois autores, em 2018, na terceira edição do Curso de Especialização em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde.

O Curso semipresencial aconteceu entre março e dezembro de 2018 e foi estruturado em dois encontros presenciais e em atividades online, conforme previsto em edital (UFF, 2017). As atividades se desenvolveram tendo como referência seis Unidades de Aprendizagem, que eram trabalhadas nos fóruns de discussão e nas salas virtuais, em uma plataforma moodle¹. As Unidades de Aprendizagem tratavam sobre diferentes temas de relevância para a gestão em saúde no SUS, como políticas de saúde, planejamento e gestão, vigilância, financiamento do SUS, avaliação em saúde, entre outros; e, a cada Unidade, havia uma atividade a ser desenvolvida, as quais contribuíram com a elaboração do projeto de intervenção, que era o trabalho de conclusão de curso.

Mediante as afetações experienciadas ao longo do curso, elaborou-se esse relato de experiência, o qual leva em consideração seis elementos essenciais, propostos por Daltro e Faria (2019), a saber: a) a compreensão do relato de experiência como uma produção documental; b) implica, necessariamente, na participação ativa de pelo menos um dos seus autores no contexto real da experiência, uma vez que o relato de experiência é efeito de significação e, por isso a participação ativa do(s) autor(es) é um requisito; c) não cabe apenas descrever a experiência vivida, deve-se gerar novas noções teóricas com capacidade de provocar a emergência de outras problematizações e processos; d) presença de uma escrita político/analítica que situe o lugar de onde falam o (os) autor(es); capaz de garantir a presença dialógica entre saberes científicos e/ou não-científicos; e) construção do relato de maneira acessível para todas as pessoas interessadas no tema e não só para pesquisadores, contudo sem perder de vista o rigor teórico-científico; e f) deve-se evitar conclusões finais e sim sinalizar contribuições/aprendizados e apontar lacunas existentes sobre o tema da experiência relatada.

¹ Conferir: <http://mgs.cead.uff.br/moodle/login/index.php>

Conforme aponta Bondía (2002, p. 21): “A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca”. Relatar a experiência representa um momento significativo e imprescindível para os que a protagonizam, permitindo a articulação entre as experiências vivenciadas e os processos de aprendizagem (Ludke & Cruz, 2010). Assim sendo, o ato de narrar/relatar adquire substancialidade para evidenciar a potência contida naquilo que atravessa os envolvidos e ocasiona movimentações teóricas, práticas e coletivas que, além de éticas, também são políticas e capazes de nos situar no território da reflexão sobre o nosso agir e fazer em saúde.

Como salienta Simon (2007), é no compartilhar das experimentações vividas que se pode construir conhecimentos e possibilitar que a aprendizagem ocorra; dessa forma, tais vivências estão carregadas de elementos vitais, valores e crenças que, quando sistematizadas com rigor, produzem saberes científicos pertinentes. O relato de experiência “[...] está compreendido como um trabalho de linguagem, uma construção que não objetiva propor a última palavra, mas que tem caráter de síntese provisória, aberta à análise e à permanente produção de saberes novos e transversais” (Daltro & Faria, 2019, p. 235).

A implicação do aluno-autor com a temática se refere à sua atuação como Secretário-Executivo do Comitê Técnico Regional em Saúde LGBTQIA+ (CTRLGBTQIA+) da XI Gerência Regional de Saúde (XI GERES) do estado de Pernambuco². O CTRLGBTQIA+ está inserido no organograma da XI GERES, dando subsídios técnicos e políticos para a implementação da Política Nacional de Saúde LGBTQIA+, na XI GERES, visando garantir a atenção à saúde para esse grupo populacional (Silva, 2018a) Além do mais, o CTRLGBTQIA+ atua na fiscalização e monitoramento da implantação da política. O regimento interno do CTRLGBTQIA+ define que os cargos de Coordenação e Secretariado-Executivo do comitê são eleitos com mandato vigente por dois anos. No entanto, a gestão em que o aluno-autor atuou perdurou de 2018-2020, em decorrência da pandemia da Covid-19. Isso possibilitou certa autonomia e inserção do controle social na condução do processo de implantação da PNSI-LGBT, na XI GERES, pelas vias de uma articulação do movimento social com os gestores, trabalhadores e pesquisadores que integram o referido comitê.

Cabe salientar que o CTRLGBTQIA+ desempenha o papel de controle social na gestão, pois, a composição do comitê conta com membros das equipes de saúde multiprofissional; representantes do movimento LGBTQIA+ do Sertão de Pernambuco; representantes de Instituições de Ensino Superior locais; representantes das secretarias de saúde dos 10 municípios que compõem a XI GERES; representantes da Comissão de Direitos

² A XI GERES abrange 10 municípios do Sertão pernambucano, a saber: Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada (sede da GERES) e Triunfo (SES-PE, n.d.).

Humanos Vanete Almeida (UFRPE/UAST); e membros do Grupo de Pesquisa em Relações de Gênero, Sexualidade e Saúde - DADÁ da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE/UAST/CNPq) (Silva, 2018a).

O Grupo de Pesquisa DADÁ desenvolve estudos acerca das relações de sexualidade, saúde e gênero em contextos urbanos e rurais, bem como incentiva o intercâmbio e a interdisciplinaridade entre pesquisadores, profissionais e estudantes de diversas áreas e movimentos sociais ligados às áreas de educação e saúde (Moraes & Pontes, 2017). O nome dado ao grupo faz alusão a Sergia Ribeiro da Silva, popularmente conhecida como Dadá, mulher símbolo de luta, resistência e subversão aos papéis de gênero e sexualidade, entre as décadas de 1930 a 1940, impostos às mulheres do Sertão brasileiro pelo sistema patriarcal e coronelista; tendo ela se tornado uma das cangaceiras de maior representatividade do bando de Lampião.

O CTRLGBTQIA+ atua levantando dados e problemas, que são discutidos entre os membros citados para a busca de alternativas e respostas às necessidades de saúde da população LGBTQIA+ (Silva, 2018b; 2019). Dentre os problemas pautados pelo Comitê estava o fato de que os profissionais de saúde atuantes no SUS, em grande parte, não possuíam formação adequada para atuarem diante das questões que afetam a população LGBTQIA+, além de não compreenderem as conceituações básicas de gênero, identidade de gênero e seus desdobramentos.

Nessa perspectiva, relatar a experiência da intersecção entre a arte da gestão na área da saúde, a partir do controle social, exercido no âmbito do CTRLGBTQIA+, e o processo de ensino aprendizagem, desenvolvido no Curso de Especialização em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde, se constitui em um processo de reflexão e adoção de um compromisso ético-político. Especialmente, compromisso com a coletividade de vidas LGBTQIA+ pertencente ao território da XI GERES do Estado de Pernambuco, a qual ainda não dispunha de processos de cuidado e acolhimento voltados para tais usuários na rede de atenção à saúde.

Cabe salientar, que essa região de saúde estava iniciando a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT³) em seu território, o que teve início no período entre novembro de 2017 (Silva, 2017) a janeiro de 2018. Esse período foi decisivo para a constituição do CTRLGBTQIA+, institucionalizado pelo seu regimento interno, que preconiza que o Comitê tem por finalidade: fiscalizar, monitorar e apresentar subsídios técnico-políticos para a implantação e implementação da PNSI-LGBT no território geopolítico administrativo da XI GERES; com

³ Conferir: (Brasil, 2013).

vistas à garantia da atenção à saúde para esse grupo populacional, na perspectiva da equidade (Silva, 2018a).

É importante destacar o desafio pessoal vivido pelo aluno-autor, uma vez que havia o receio de não conseguir responder adequadamente às expectativas depositadas pelos movimentos sociais LGBTQIA+ no desempenho de sua função como secretário executivo do Comitê. Além disso, era sua primeira experiência profissional ocupando um cargo de gestão em saúde.

Aliadas a essas questões pessoais, havia o desafio de que nem o estado de Pernambuco nem a XI GERES tinham diretrizes concisas e coerentes para introduzir tal política num território fortemente transversalizado por práticas sociais e, discursivas, patriarcais e LGBTfóbicas; algo que também reflete a realidade apontadas em diversas pesquisas brasileiras que evidenciam que gestores e profissionais de saúde possuem pouco ou nenhum conhecimento em relação às demandas e processos de cuidado e acolhimento em saúde LGBTQIA+ (Gomes, Sousa, Vasconcelos & Nagashima, 2018, Miranda, Corrêa, Silva, Souza, Mello, Bahia, Laia, Araújo, & Máximo, 2020, Paranhos, Willerding & Lapolli, 2021, Duho, Silva, Castanheira & Furtado, 2022).

Cumprir dizer, ainda, sobre a questão acima, que não existiam protocolos ou experiências em outras regionais de saúde do estado de Pernambuco sobre tal processo, exceto pequenas ações isoladas a nível municipal em algumas cidades da região metropolitana de Pernambuco, como no Recife (Coutinho, 2014). Pelos diálogos estabelecidos pelo aluno-autor com os profissionais de saúde e movimentos sociais que integravam o CTRLGBTQIA+, desde muito cedo, percebeu-se enquanto discurso, que a falta de qualificação profissional em relação à saúde LGBTQIA+, apresentava-se como o principal fator que poderia intervir negativamente na condução dos processos de implantação da PNSI-LGBT na XI GERES.

Como salienta Paranhos et al., (2021, p. 11) existe a necessidade do desenvolvimento de “[...] formações e capacitações permanentes [em saúde], envolvendo até mesmo aqueles profissionais que se consideram LGBTQI+ e que essas formações avancem e se pautem na humanização, distanciando-se da lógica biologistica que reproduz ainda mais estigmas”. Outro ponto destacado pelo autor, diz respeito a ausência de conteúdos relativos a essa temática nos currículos de formação dos profissionais de saúde, algo que tanto o aluno-autor como a tutora-autora vivenciaram nas suas graduações de psicologia e enfermagem, respectivamente.

O Curso de Especialização em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde, surgiu como uma oportunidade para encontrar auxílio e repostas para questionamentos

peçoais e coletivos relativos à implantação da Saúde LGBTQIA+ na XI região de saúde de Pernambuco, situada na terra natal de Lampião, o rei do cangaço.

Durante os meses do curso, no ano de 2018, nas vivências do aluno-autor e da tutora-autoras junto aos colegas, o processo de ensino aprendizagem foi se processando e adquirindo corpo, afeto e vida para o viver e fazer profissional. Através dessas afetações estabeleceu-se uma rede de contatos e compartilhamentos de experiências sobre gestão em saúde; tanto a partir dos saberes oriundos dos espaços cotidianos de atuação profissional dos colegas, como pelas vias dos aprendizados adquiridos, dia após dia, nos módulos do curso, intermediados pela tutora-autora.

Pode-se afirmar que a emoção e o aprendizado foram intensos do começo ao fim. A começar pelos momentos presenciais. O primeiro ocorreu no início do curso, em março de 2018, e foi realizado no Centro de Formação dos Servidores e Empregados Públicos do Estado de Pernambuco (CEFOSPE), em Recife. A tutora-autora apresentou a abordagem teórica e prática do curso. Esse momento inicial foi importante para a aproximação do aluno-autor com a tutora-autora e com os colegas de turma. Nesse primeiro momento, foi possível apresentar as inquietações do aluno-autor acerca do debate sobre saúde LGBTQIA+ tanto na assistência como na gestão.

Esse momento ficou marcado como um ponto de partida para a tessitura de um diálogo rico e capaz de “[...] cruzar fronteiras, barreiras, que podem ser ou não erguidas pela raça, pelo gênero, pela classe social, pela reputação profissional e por um sem-número de outras diferenças” (Hooks, 2013, p. 174). Do ponto de vista didático-pedagógico e profissional essas conversações percorreram todo o ano. As diversas questões foram se aprimorando durante o desenvolvimento das atividades de cada uma das Unidades de Aprendizagem, fóruns, salas virtuais, encontros presenciais, elaboração da árvore de problemas até o dia da apresentação final do trabalho de conclusão do curso (projeto de intervenção) do aluno-autor.

As interlocuções propiciadas por esse espaço de troca e produção de conhecimento foram construindo saberes, com foco nos diferentes níveis de governabilidade dos alunos sobre as problemáticas que reverberavam em seus fazeres profissionais de gestão. Muitas vivências relativas à micropolítica em saúde foram compartilhadas, o que assevera que esses espaços estratégicos e micropolíticos de atuação e aprendizagem são disparadores de novos processos de produção da saúde e de desconstrução e ruptura da lógica predominante na saúde (Merhy, 2002).

Para o aluno-autor os conhecimentos trabalhados no curso foram o eixo condutor do processo relacional estabelecido tanto com o Comitê, como com a gestão da XI GERES, e também com os profissionais de saúde desse território. Dessa forma, o projeto de

intervenção foi potencializado na medida em que cada um dos envolvidos ajudou a elaborar as ações interventivas e, estas foram adotadas como estratégias basilares para a implantação da PNSI-LGBT nos dez municípios pernambucanos que compõem a XI GERES.

Por onde caminhamos: Nó-crítico e a árvore de problemas

Ao longo do curso, mediante os temas trabalhados em cada uma das suas Unidades de Aprendizagem o projeto de intervenção era construído tendo como base a ferramenta 'árvore de problemas', que se constituiu em um dos processos mais ricos, devido à facilidade didático-pedagógica dessa ferramenta. A árvore de problemas “[...] parte da identificação da ideia principal do problema e segue buscando diferenciar fatores que são causas e fatores que são consequências daquele problema identificado” (UNIFESP-UNASUS, n.d., p. 1), permitindo uma compreensão mais ampla, o que permite traçar estratégias mais efetivas de enfrentamento.

Previamente à elaboração da árvore de problemas, propriamente dita, os alunos precisaram levantar os principais problemas vivenciados em seus contextos de trabalho, o que deveria ser realizado junto aos seus pares.

Com isso, foi autorizada pela gestão da XI GERES a realização do levantamento das questões que se constituíam entraves à implantação da PNSI-LGBT na XI GERES. O respaldo da regional e dos movimentos sociais oportunizou um espaço de diálogo entre a gestão e os membros do CTRLGBTQIA+ (profissionais de saúde; representantes do movimento LGBTQIA+ do Sertão de Pernambuco; representantes de Instituições de Ensino Superior locais; representantes das secretarias de saúde dos 10 municípios que compõem a XI GERES; representantes da Comissão de Direitos Humanos Vanete Almeida (UFRPE/UAST); e pesquisadores do Grupo de Pesquisa DADA. Uma das reuniões do CTRLGBTQIA+ teve como pauta o levantamento dos problemas enfrentados pela população LGBTQIA+, tendo como recorte o nível da atenção primária à saúde, sendo apontados os seguintes problemas:

- Os profissionais de saúde apresentavam limitações técnicas/teóricas para realizar atendimentos à população LGBTQIA+, algo que inclusive era reflexo de suas formações superiores deficitárias;
- Falta de normatizações e protocolos no SUS e nas áreas de formação dos trabalhadores da saúde para o atendimento às demandas específicas das pessoas dissidentes da heteronormatividade compulsória;

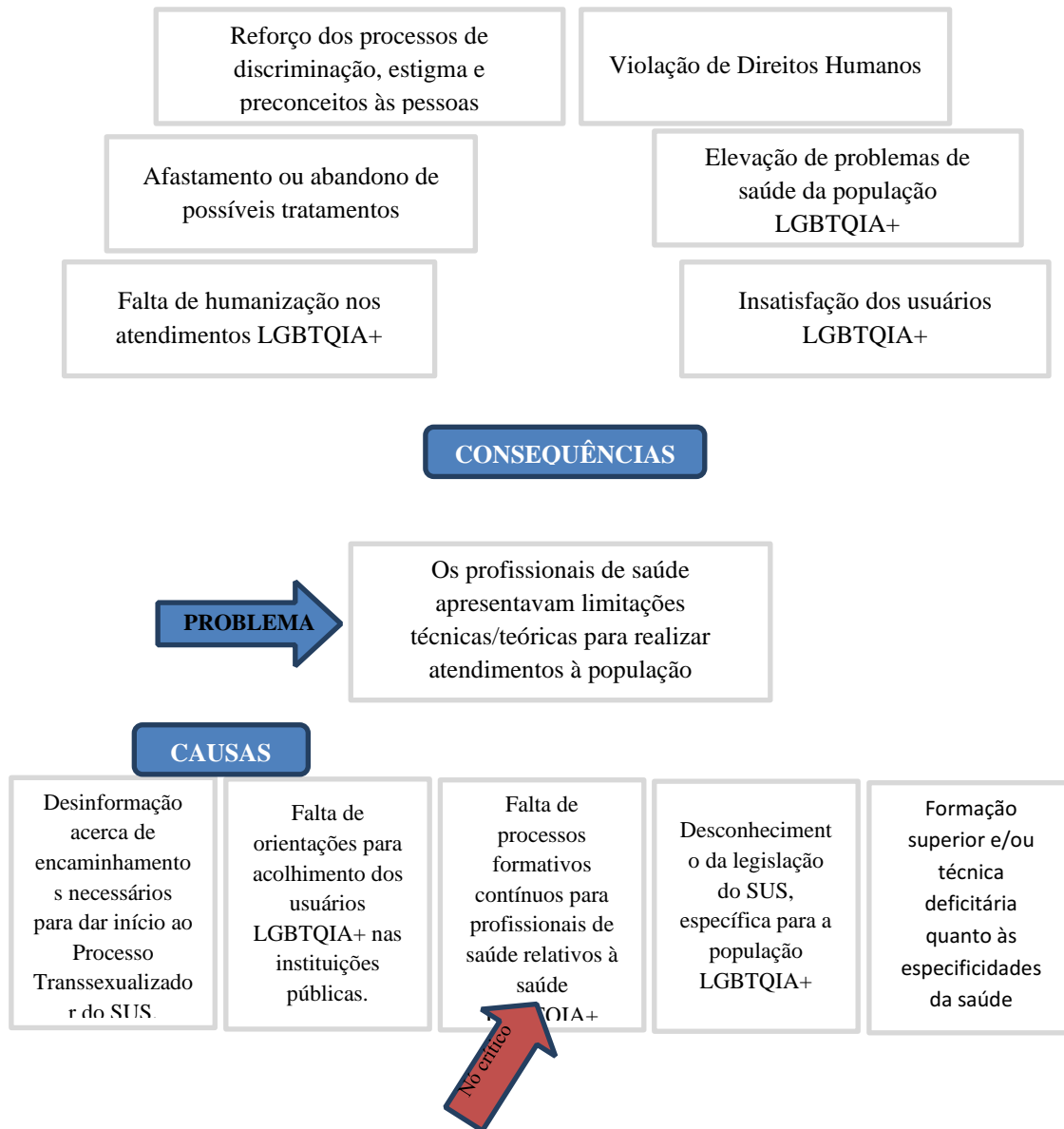
- Incompreensão e preconceito quanto ao uso da terminologia específica relativa à identidade de gênero e orientação sexual (de grande significado para processos de cuidado e acolhimento aos usuários LGBTQIA+);
- Desrespeito ao uso do nome social para com travestis e transexuais, considerando que nas recepções dos estabelecimentos de saúde estes eram tratados pelo nome civil. Uma situação que reforça o estigma e a discriminação destas pessoas, assim como, viola direitos humanos, inclusive à saúde, deste seguimento populacional;
- Desconhecimento da legislação do SUS específica para a população LGBTQIA+, principalmente as Portarias Ministeriais: 1.820/2009 (regulamenta e legitima o uso do Nome Social no âmbito do SUS), 233/2010 (assegura o uso do Nome Social para funcionários travestis e transexuais no âmbito público federal), 2.836/2011 (institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no âmbito do SUS) e 2.803/2013 (regulamenta o processo transsexualizador no SUS);
- Total desinformação entre os profissionais das Redes de Atenção à Saúde (RAS) acerca do fluxo de encaminhamentos e procedimentos a serem ofertados pela atenção básica para dar início ao processo transsexualizador no SUS; e
- Inexistência de ações educativas permanentes de qualificação em saúde LGBTQIA+ pelos órgãos gestores dos estabelecimentos de saúde dos 10 municípios que compõem a Regional.

Considerando os problemas elencados, as discussões no CTRLGBTQIA+ consensuaram que o fato de os profissionais de saúde apresentarem limitações técnicas/teóricas para realizar atendimentos à população LGBTQIA+ (a), deveria ser priorizado para a elaboração da árvore de problemas. A partir dos materiais e da proposta do curso, mediante as orientações da tutora-autora e das discussões realizadas no CTRLGBTQIA+, chegou-se às seguintes causas e consequências do problema, representados pela árvore de problemas (Figura 1).

Figura 1

Árvore de Associação de Ideias – Rede explicativa do problema

Fonte: Elaboração própria (2018).



A escolha de uma das causas como nó crítico norteia-se pelos seguintes critérios, apresentados em formato de pergunta:

- A intervenção nesta causa tem impacto decisivo sobre os indicadores do problema, no sentido de modificá-los positivamente?
- A causa é um centro prático de ação, ou seja, é possível atuar sobre ela?
- É politicamente oportuno atuar sobre a causa selecionada?

Tomando esses critérios, elegeu-se como nó crítico a falta de processos formativos contínuos para profissionais de saúde relativos à saúde LGBTQIA+. Assim, com base no nó crítico elaboramos um conjunto de ações na tentativa de intervir na problemática sistematizada.

Ao analisar cada uma das causas do problema, junto aos demais membros do CTRLGBTQIA+, o aluno-autor pode perceber que por mais complexas e diferentes que fossem, todas estavam interseccionadas pela falta de ações de formação em saúde LGBTQIA+ para qualificar os profissionais de saúde a atuarem junto a essa população. Tanto os trabalhadores da área da saúde quanto a comunidade LGBTQIA+ referiam tal fragilidade e demandavam tal qualificação, o que é apontado por diversos estudos (Gomes et al., 2018; Miranda et al., 2020; Paranhos et al., 2021; e Duho et al., 2022), demonstrando que o primeiro critério é satisfeito.

Em conjunto com a Coordenadora de Saúde LGBTQIA+ da XI GERES e com o Coordenador Estadual de Saúde LGBTQIA+ da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, chegou-se à conclusão de que havia condições de oferecer processos formativos voltados à saúde da população LGBTQIA+ aos profissionais de saúde, satisfazendo aos segundo e terceiro critério: a causa é um centro prático de ação e é, politicamente, oportuna.

O processo de elaboração da árvore de problemas e a escolha do nó crítico forneceram um diagnóstico situacional estruturado e estratégico sobre o problema eleito como prioritário, o que foi o ponto de partida para o planejamento de ações formativas mediante um projeto de intervenção. Nesse sentido, o apoio técnico dos materiais do curso, assim como a orientação da tutora-autora foram muito relevantes para a construção do projeto de intervenção, descrito no Quadro 1.

Quadro 1

Plano de Intervenção

Problema	Ação	Estratégias	Responsável	Prazo	Investimento
<i>Nó-Crítico</i>	<i>O quê?</i>	<i>Como?</i>	<i>Quem?</i>	<i>Quando?</i>	<i>Quanto?</i>
Falta de processos formativos contínuos para profissionais de saúde relativos à saúde LGBTQIA+	Criar e realizar os fóruns itinerantes de Saúde LGBTQIA+ municipais para profissionais de saúde da XI GERES.	a - Articulação entre a Coordenação de Atenção Básica da XI GERES e as Secretarias Municipais de Saúde; b - Elaboração do cronograma e programação do evento; c - Articulação com os pesquisadores do Grupo de Pesquisa Dadá (UAST/UFRPE).	Coordenadora de Saúde LGBTQIA+ da XIGERES e Pesquisadores do Grupo de Pesquisa DADÁ.	Abr./jun. 2018	R\$: 1.500,00 reais para combustível automotivo que transportará os palestrantes aos municípios, recursos materiais e humanos.
	Criar e realizar as jornadas itinerantes de Saúde das mulheres lésbicas para profissionais de saúde da XI GERES.	a - Articulação entre a Coordenação de Atenção Básica da XI GERES e as Secretarias Municipais de Saúde; b - Elaboração do cronograma e programação do evento; c - Articulação com os pesquisadores do Grupo de Pesquisa Dadá (UAST/UFRPE).	Coordenadora de Saúde LGBTQIA+ da XI GERES e Pesquisadores do Grupo de Pesquisa DADÁ.	Jan./Fev. 2019	R\$: 1.500,00 reais para combustível automotivo que transportará os palestrantes aos municípios, recursos materiais e humanos.
	Criar e realizar as jornadas itinerantes de saúde travestis e transexuais para profissionais de saúde da XI GERES.	a - Articulação entre a Coordenação de Atenção Básica da XI GERES e as Secretarias Municipais de Saúde; b - Elaboração do cronograma e programação do evento; c - Articulação com os pesquisadores do Grupo de Pesquisa Dadá (UAST/UFRPE).	Coordenadora de Saúde LGBTQIA+ da XI GERES e Pesquisadores do Grupo de Pesquisa DADÁ.	Jan./Fev. 2019	R\$: 1.500,00 reais para combustível automotivo que transportará os palestrantes aos municípios, recursos materiais e humanos.
	Criar e realizar as formações de humanização e acolhimento em Saúde LGBTQIA+ para profissionais de saúde da XI GERES.	a - Articulação entre a Coordenação de Atenção Básica da XI GERES e as Secretarias Municipais de Saúde; b - Elaboração do cronograma e programação do evento; c - Articulação com os pesquisadores do Grupo de Pesquisa Dadá (UAST/UFRPE).	Coordenadora de Saúde LGBTQIA+ da XI GERES e Pesquisadores do Grupo de Pesquisa DADÁ.	Mai./Jul. 2019	R\$: 1.500,00 reais para combustível automotivo que transportará os palestrantes aos municípios e recursos materiais e humanos.
	Criar o questionário de satisfação dos usuários LGBTQIA+	a - Articulação da CTRLGBT da XIGERES com os pesquisadores do Grupo de Pesquisa Dadá (UAST/UFRPE); b – Criação de indicadores para captura da realidade dos atendimentos em saúde LGBTQIA+	Grupo de Pesquisa DADÁ e CTRLGBTQIA+ da XIGERES.	Nov./Out. 2019	R\$: 1.500,00 reais para aquisição de urnas, materiais de papelaria e recursos humanos.

Fonte: Elaboração própria (2018).

A proposta de intervenção foi pactuada, sendo solicitado ponto de pauta na reunião ordinária e na Comissão Intergestores Regional (CIR) da XI GERES. No decurso da reunião, apresentamos as problemáticas elencadas, a árvore de problemas e a proposta de intervenção, efetivando o apoio da XI GERES, bem como da CIR. Assim, ficou pactuado que nos mesmos dias em que fôssemos aos municípios implantar a PNSI-LGBT, também aproveitaríamos a oportunidade para realizar discussões na perspectiva da EPS. Os membros do CTRLGBTQIA+ se voluntariaram para ministrar as qualificações. No contexto de gestor do CTRLGBTQIA+, vivenciado pelo aluno-autor, muitos foram os problemas pontuados durante as reuniões, que ocasionavam embates e discursões acirradas e permanentes, as quais suscitavam longos e exaustivos debates, inclusive sobre a violação de direitos humanos fundamentais das pessoas LGBTQIA+.

As dificuldades de acessos à saúde pela população LGBTQIA+ é uma realidade não somente na XI Geres, como também no Brasil e no mundo (Lionço, 2008). Os movimentos sociais sempre se posicionavam, salientando que não adiantava instituir uma política de saúde apenas para fins burocráticos ou para responder a demandas do governo estadual, sem que houvesse, de fato, mudanças estruturais nos espaços cotidianos de atenção primária à saúde da região.

Essa argumentação expressava uma reivindicação legítima e, fundamentalmente, pautada no que preconiza a PNSI-LGBT (Ministério da Saúde [MS], 2013). Além do mais, as pessoas LGBTQIA+ sentiam-se cansadas de discursos sem concretude na efetivação do acolhimento e da oferta de ações de assistência em saúde LGBTQIA+, dentre as quais, as ações voltadas para a hormonioterapia, prevenção ao câncer de próstata e cérvico-uterino, prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), acolhimento em saúde mental, garantia de direitos sexuais e reprodutivos, campanhas de conscientização contra o racismo institucional LGBTfóbico, adoção do nome social, entre outras.

As contribuições da execução parcial do projeto e suas afetações na perspectiva do aluno-autor

O projeto de intervenção foi construído na tentativa de solucionar a falta de processos formativos contínuos em Saúde LGBTQIA+ para profissionais de saúde da XI GERES. Em seu bojo, conta com ações a serem desenvolvidas nos municípios que compõem a Gerência, entre os anos de 2018 e 2019. Porém, relatamos apenas a primeira fase do projeto de intervenção, haja vista, que a segunda foi realizada em período posterior ao curso de Micropolítica em Saúde. A realização dos Fóruns Itinerantes de Ações Formativas em Saúde LGBTQIA+ se constituiu na primeira das ações do Projeto, e representou um momento de formação/educação permanente em saúde, durante a implantação

propriamente dita da PNSI-LGBT nos municípios adstritos da XI GERES. Os Fóruns foram um marco histórico nessas cidades, uma vez que, a temática em questão se apresentava no cenário público da saúde pela primeira vez. Tal atividade foi organizada no decorrer do dia em cinco eixos programático-expositivos, sendo eles: direito ao corpo e à saúde; identidade de gênero; orientação afetiva sexual; Nome Social; PNSI-LGBT; e relatos de experiências dos usuários LGBTQIA+ no cotidiano da cidade.

Os momentos mais marcantes dessas ocasiões sempre eram os relatos de experiência por parte da população LGBTQIA+. Havia desde a expulsão de casa, humilhações, espancamentos, evasão escolar, angústias, tentativas de suicídio, ideia suicida, violência física, simbólica e psicológica, abusos sexuais por pessoas da família, tentativa de assassinato, assédio sexual, discriminação por profissionais de saúde na atenção básica, estigmas reiterados por professores e discursos de ódio de cunho religioso. Enfim, eram atos severos e perversos contra a existência das pessoas LGBTQIA+. Nas falas transpareciam os rótulos pelos quais eram, constantemente, destituídos da condição de ser humano: “veado”, “chupa charque”, “baitola”, “sapatão”, “bicha”, “cola-velcro”, “gilete”, “cão”, “capeta”, “total-flex”, “peste”, dentre outros, revelando opressão e violência pela sociedade. Tais relatos emocionaram muitos profissionais e contribuíram para a sensibilização na abordagem dessa população nos serviços de saúde, uma vez que deram visibilidade à violência cotidiana a que essas pessoas eram submetidas.

Portanto, foi fundamental possibilitar espaços de fala e escuta das pessoas LGBTQIA+ durante os Fóruns Itinerantes, para que o poder público nele presente se movimentasse no sentido de mitigar essas violações aos direitos humanos. A iniciativa resultou em consideráveis avanços, uma vez que, três municípios adstritos a XI GERES instituíram em seus territórios, a garantia do direito à utilização do Nome Social, não só na rede de saúde dos municípios, mas, em todas as dependências públicas municipais, via decreto de Leis Municipais. Os demais se solidarizaram sobre a questão da implementação da PNSI-LGBT, criando em seus municípios a Coordenação de Saúde LGBTQIA municipal (vinculada à Secretária de Saúde), além de terem se comprometido em articular os profissionais da atenção básica para realização da segunda ação do Projeto de Intervenção: a Jornada Itinerante de Saúde das Mulheres Lésbicas.

Outro ganho oriundo dessa ação do Projeto de Intervenção foi à articulação que o Fórum Itinerante trouxe para a cena, na perspectiva da educação permanente em Saúde LGBTQIA+, se constituindo como uma discussão transdisciplinar sobre gênero, sexualidade, identidade de gênero, orientação sexual e seus desdobramentos sociais, psicológicos, culturais e históricos; e breves orientações acerca das legislações do SUS, voltadas para a população LGBTQIA+ com as Secretarias Municipais de Saúde, Assistência Social e Educação.

A intenção era conseguir afetar os trabalhadores da saúde, em especial os Agentes Comunitários e Recepcionistas de unidades, os quais têm um importantíssimo papel na constituição do vínculo entre a comunidade e as unidades da Estratégia de Saúde da Família.

Durante a intervenção, também se fizeram presentes, profissionais de enfermagem e médicos, além da Coordenação de Saúde LGBTQIA+ e Atenção Básica Municipal. Dessa vez, como já existia um laço afetivo consolidado entre o CTRLGBTQIA+ e os municípios, o momento foi mais envolvente e afetivo. Quando chegávamos a cada um desses municípios víamos as coordenações procurando sanar dúvidas, mobilizando os profissionais, principalmente os que tinham engajamento com a causa. A lógica da governabilidade pautada na micropolítica em saúde fluiu, ganhava corpo e começava a modificar pouco a pouco aquele cotidiano. Inclusive já começamos a ouvir alguns relatos da população LGBTQIA+ observando tal processo.

Do nosso ponto de vista, intimamente implicado com todo o processo, os desdobramentos da realização da primeira ação do Projeto de Intervenção foram muito positivos e satisfatórios. Destacamos a postura e comprometimento de muitos agentes comunitários de saúde e recepcionistas em aprender adequadamente a acolher uma pessoa LGBTQIA+ e a preencher adequadamente os campos de orientação afetivo-sexual e identidade de gênero das fichas do E-SUS. Ressaltando que, esse pequeno movimento impactou diretamente nas pessoas LGBTQIA+, as quais passaram a existir não somente como indivíduos, mas, como usuários do SUS seja nos serviços de saúde ou no sistema, além de cidadãos conforme consta na Constituição Federal de 1988: com a dignidade da pessoa humana.

Destacando por fim, que a apresentação desse processo como Trabalho de Conclusão de Curso, durante o segundo momento presencial da especialização em questão, no auditório da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, em Recife, fez com que a proposta fosse adotada enquanto referência pela Coordenação de Saúde LGBTQIA+ do Estado de Pernambuco para ser propagada em todas as demais regiões de saúde, à medida que fossem sendo instituídos os comitês regionais em Saúde LGBTQIA+ pela SES-PE.

Percebe-se, assim, que o processo de formação propiciado pelo curso, minha inserção (aluno-autor) em um contexto político, em que se buscava dar retorno às demandas da população LGBTQIA+, e meus anseios constituíram os elementos da micropolítica que tornaram possível o impacto do Curso de Especialização em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde para o contexto da saúde LGBTQIA+, no sertão pernambucano, mediante a implementação de uma política pública até então inexistente.

Referências

- Atalla, F. (2014). UFF oferece especialização em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde para todo o país. Notícias UFF, Boletim de Serviços.
<http://www.noticias.uff.br/noticias/2014/08/gestao-e-trabalho.php>
- Batista, K. B. C., & Gonçalves, O. S. J. (2011). Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 884–899.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>.
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, (19), 20–28. <https://doi.org/10.1590/s1413-24782002000100003>
- Ministério da Saúde. (2013). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais Brasília: DF.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf
- Coutinho, K. (2014). Recife lança política de saúde LGBT e movimentos pedem mais participação. G1 – portal de notícias, Pernambuco.
<http://g1.globo.com/pernambuco/noticia/2014/09/recife-lanca-politica-de-saude-lgbt-e-movimentos-pedem-mais-participacao.html>
- Daltro, M. R., & Faria, A. A. (2019). Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(1), 223–237.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100013&lng=pt&tlng=p
- Duho, S. Y. A., Silva, M. G. O., Castanheira, J. J., & Furtado, R. D. C. S. (2022). O despreparo dos profissionais de saúde na assistência à população LGBTQIA+. In *Anais Do II Congresso Nacional Multidisciplinar em Enfermagem On-Line*.
<https://doi.org/10.51161/rem/3181>
- Gomes, S. M., Sousa, L. M. P. de, Vasconcelos, T. M., & Nagashima, A. M. S. (2018). O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. *Saúde e Sociedade*, 27, 1120–1133. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180393>
- Hooks, B. (2013). *Ensinando a Transgredir: a educação como prática da liberdade*. São Paulo: Martins Fontes.

- Lionço, T. (2008). Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 11–21. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902008000200003>
- Lüdke, M., & Cruz, G. B. (2010). Contribuições ao debate sobre a pesquisa do professor da educação. *Formação Docente – Revista Brasileira de Pesquisa sobre Formação de Professores*, 2(3), 86–107. <https://revformacaodocente.com.br/index.php/rbpf/article/view/20>
- Mello, G. A. (2017). Quando os paradigmas mudam na saúde pública: o que muda na história? *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 24(2), 499–517. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/7smxfpkQKFSDPkDvc8zptBv/?format=pdf&lang=pt>
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, p. 67-92.
- Miranda, T. S., Corrêa, M. I., Silva, A. B. V. da, Souza, A. C. V., Mello, L. V. de, Bahia, L. N. da S., Laia, M. G. C. de, Araújo, M. R. F., & Máximo, T. S. (2020). Disparidades em saúde da população LGBTQIA+: a atuação médica frente a este cenário. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 13, e4872–e4872. <https://doi.org/10.25248/reac.e4872.2020>
- Paranhos, W. R., Willerding, I. A. V., & Lapolli, É. M. (2021). Formação dos profissionais de saúde para o atendimento de LGBTQI+. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25. <https://doi.org/10.1590/interface.200684>
- SES-PE, S. E. de S. do E. de P. (n.d.). XI Geres (S. E. de S. do E. de P. SES-PE, Ed.). Secretária Estadual de Saúde Do Estado de Pernambuco. Recuperado em 28 de dezembro de 2022, em <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/xi-geres>
- Silva, M. (2017). XI Geres inicia debate sobre saúde LGBT em Serra Talhada e região Farol de Notícias - Referência Em Jornalismo de Serra Talhada E Região. <https://faroldenoticias.com.br/xi-geres-inicia-debate-sobre-saude-lgbt-em-serra-talhada-e-regiao/>
- Silva, R. A. da C. (2018a). Ações formativas em saúde lgbt: uma proposta de intervenção para profissionais de saúde da xi gerência regional de saúde de Pernambuco. (pp. 1–30) [Especialização em micropolítica da gestão e do trabalho em saúde – Universidade Federal Fluminense].
- Silva, R. A. da C. (2018b). Saúde pública: caravana de ações para saúde LGBT da XI GERES. *Boletim Informativo DADÁ*, 1(2). Recuperado de <https://grupodada.com.br/wp-content/uploads/2020/01/Informativo-DAD%C3%81-volume-01-n.-02.pdf>

- Silva, R. A. da C. (2019). Ações em saúde pública do CTRLGBT da XI GERES. Boletim Informativo DADÁ, 2(1-2). Recuperado de <https://grupodada.com.br/wp-content/uploads/2021/01/Boletim-Informativo-vol.3.pdf>
- Simon, Álvaro A. (2007). Sistematização de processos participativos: o caso de Santa Catarina. Revista Brasileira De Agroecologia, 2(1). Recuperado de <https://revistas.aba-agroecologia.org.br/rbagroecologia/article/view/6353>
- Universidade Federal Fluminense (2014). Edital do Processo Seletivo para o Curso Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde. <http://www.cead.uff.br/mgs/wp-content/uploads/2014/03/EDITAL-ESTUDANTES-12.05-FINAL.pdf>
- Universidade Federal Fluminense (2015). Edital do Processo Seletivo para o Curso Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde Ênfase na Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde. <https://docplayer.com.br/9477582-Edital-do-processo-seletivo-para-o-curso-micropolitica-da-gestao-e-trabalho-em-saude-enfase-na-gestao-estadual-do-sistema-unico-de-saude.html>
- Universidade Federal Fluminense (2017). Edital do Processo Seletivo para o Curso Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde do Sistema Único de Saúde. http://www.cead.uff.br/site/wp-content/uploads/2017/11/edital_estudantes_micropolitica_especializacao.pdf
- UNIFESP-UNASUS, (n.d.). Árvore de Problemas. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/15256/1/%C3%81RVORE%20E%20PROBLEMAS%20.pdf>

DIREITOS HUMANOS, DIVERSIDADE E EQUIDADE DE RAÇA E GÊNERO: O FÓRUM DA REDE UNIDA QUE SE AQUILOMBA* PARA RESISTIR

Vera Rocha

Márcia Fernanda de Mélo Mendes

João Lucas da Silva Ramos

Introdução

O Fórum dos Direitos Humanos, da Diversidade, Equidade de Raça e Gênero da Rede Unida (Fórum DHRede) nasce do desafio necessário e urgente de trazer o tema dos direitos humanos para o ambiente de formação, educação, trabalho e gestão em saúde. O Fórum DHRede reúne pessoas dispostas a debater sobre a complexidade, a transversalidade e a interseccionalidade que atravessa o cotidiano das vidas e da saúde, visando um olhar crítico sobre a realidade e as teorias que embasam o debate – tornando a tarefa desafiadora. Esse desafio, entretanto, não se constitui como uma barreira para sua existência, mas, sim, como elementos de resistência que provocam e nos conduzem a reflexões e proposições. Ao traçar um breve histórico sobre a origem da Associação Rede Unida (Rede Unida), o surgimento do Fórum DHRede e seu processo de trabalho e produção, esse artigo pretende debater com uma base epistêmica decolonial, sobre direitos humanos, diversidade, desigualdades e a interseccionalidade, bem como algumas estratégias de enfrentamento nesse período de existência marcado por uma pandemia, pelo racismo estrutural e pelas desigualdades que condenam nossas diferenças. O presente relato de experiência busca contribuir para a construção de um pensamento decolonial no espaço de cuidado e formação em saúde, além de considerar a interseccionalidade como indissociável nas discussões e análises sobre diversidade, equidade e direitos humanos. Longe de esgotar o tema, a apresentação do Fórum DHRede tem a expectativa de provocar novas reflexões e debates sobre essa pauta tão fundamental no contexto da formação cidadã em saúde.

Rede Unida: um movimento social que resiste

A Rede Unida, que atualmente possui abrangência internacional, caracteriza-se por ser um movimento social que reúne pessoas, instituições, grupos, outros movimentos e ações que se articulam nacional e internacionalmente em defesa ao direito universal à saúde em todas as suas dimensões, ou seja, foge da concepção hegemônica e biologicista de saúde, e desafia o campo para a incorporação das determinações sociais que incidem sobre o processo de bem viver dos indivíduos e coletividades (Rede Unida, 2021a). De acordo com Ferla & Ceccim (2014, p. 9), a história da Rede Unida se articula e dá forma a um “conjunto de dispositivos produzidos no interior do sistema de saúde brasileiro, além de um destaque crescente na agenda dos atores governamentais e da sociedade civil que atuam no campo da saúde”.

A Rede Unida nasce após 20 anos de um regime militar autoritário que impedia o livre exercício de cidadania e da construção de uma sociedade igualitária e livre. Em 1985, na cidade de Belo Horizonte, houve uma reunião de projetos patrocinados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Fundação Kellogg na América Latina, que buscavam integrar a formação de profissionais da saúde à realidade e necessidades das pessoas, bem como valorizar os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), orientadas pela universalidade, equidade e qualidade da atenção (Almeida et al., 1999). A reunião dos projetos de Integração Docente-Assistencial – Projetos IDA dá origem à Rede IDA e, em 1992, novas experiências são incorporadas com a inserção das comunidades, formando um tripé docente-assistência-comunidade, iniciando os Programas UNI. A reunião dos Projetos IDA e Programas UNI assinala a formação UNI-IDA, uma articulação de vários atores, entre profissionais da área da saúde e afins, discentes, docentes, profissionais dos serviços de saúde, pessoas das comunidades e projetos de inovação no ensino nas profissões de saúde (Feuerwerker, 1998).

O sistema de saúde vigente era hospitalocêntrico, médico-centrado, medicamentoso e elitista; os projetos vinham com o propósito de criar possibilidades de mudança tanto na formação de profissionais quanto no sistema de saúde, orientando-os para um modelo que considerasse as diretrizes da APS, conforme orientações da Declaração de Alma-Ata (Ministério da Saúde, 2001). A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, em 1978, na antiga União Soviética, expressa que saúde “é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial [...]” (Organização Mundial de Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância [OMS/UNICEF], 1978, s.p.).

No Brasil, as mudanças desejadas pelo Movimento de Reforma Sanitária, que reúne profissionais de diversas áreas da saúde e outros setores em defesa da democracia, da saúde integral e dos direitos humanos e sociais (Paim, 2008), foram fortemente defendidas por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde e, em parte, foram contempladas na Constituição de 1988 com o reconhecimento, em seu art. 196, da saúde como “direito de todos e dever do Estado” (Constituição, 1988, p. 133).

Em 1988, com a Constituição Federal, foram adotadas políticas sociais e econômicas para garantir o acesso igualitário, universal e integral às ações e serviços de saúde, criando o Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu art. 200, novos desafios relativos à ordenação da formação de recursos humanos e preparação de profissionais para atender essa nova demanda são apresentados, principalmente com relação à questão organizativa, do ponto de vista de suas diretrizes filosóficas e doutrinárias, bem como a participação na formulação de políticas e desenvolvimento científico e tecnológico (Constituição, 1988). Com a Constituição de 1988 importantes mudanças foram inseridas nos processos formativos do ensino superior da saúde, exigindo a constituição de novos sujeitos sociais, com compreensão do seu papel político ativo para a construção de novas formas de fazer saúde.

É importante destacar nessa breve introdução histórica que desde sua gênese, a Rede Unida se apresenta, não com uma estrutura ou mecanismo de regulação, ou normatização de ações de um coletivo, mas sim como espaço de encontros e afetos que mobiliza pessoas e saberes em direção ao direito fundamental à saúde e à dignidade da pessoa humana, colocando em suas pautas discussões sobre elementos que possam garantir que o SUS se consolide como o maior projeto social brasileiro. Nesse aspecto, a defesa da participação social na qualificação das discussões sobre a saúde fez do movimento da Rede Unida um exercício de cidadania, uma rede de resistência, resiliência, de propositividade e enfrentamentos.

Atualmente, para atender seus objetivos, foi criada uma nova estrutura organizacional com gestão colegiada, seções regionais, eixos constituintes de sua agenda estratégica, que incluem: educação, participação social, trabalho e gestão em saúde, arte e cultura na saúde. Acrescenta-se à estrutura, como fonte de produção e disseminação de saberes, a Editora, a TV Rede Unida e os Congressos Internacionais bianuais. A partir de 2021, uma nova reestruturação com a criação dos fóruns temáticos: Fórum Internacional da Rede Unida; Fórum Fazer-SUS; Fórum de Residências em Saúde; Fórum dos Povos e o Fórum dos Direitos Humanos, Diversidade, Equidade de Raça e Gênero que surgem para dar visibilidade às pautas e políticas sociais, educacionais e de saúde, evidenciando as diversas saúdes que orientam a Rede Unida, ou seja, uma concepção ampliada que considera saúde em seus aspectos sociais, culturais, econômicos, educacionais, ambientais e relacionais, entre outros, como determinantes da vida das pessoas e comunidades (Rede

Unida, 2021a). As últimas mudanças ocorridas em sua estruturação foram produzidas como forma de resistir e enfrentar, coletivamente, o avanço de uma política conservadora que passou a governar o Brasil desde 2016 e, progressivamente, a violar os direitos democráticos.

Essa ameaça à democracia brasileira foi agravada pela maior crise sanitária mundial contemporânea decorrente da Pandemia de covid-19 (SARS-CoV-2), que iniciou em 2020 e que levou a óbito mais de 700 mil pessoas no território nacional até final de 2022 (Anistia Internacional Brasil, 2021a; 2021b; Conselho Nacional de Secretários de Saúde/Centro de Inteligência Estratégica para a Gestão Estadual do SUS [CONASS/CEEGES], 2022).

Foi nesse contexto que o Fórum DHRede iniciou suas atividades e se mantém reunindo pessoas das diversas regiões do Brasil para debater questões relativas à saúde e estratégias para enfrentar as vulnerabilidades sociais que afetam e interferem no acesso a esse e aos demais direitos fundamentais. Destacamos que desde sua instalação, os estudos e referenciais teóricos permitiram sua consolidação e o desenvolvimento de ações e participação em vários outros espaços representativos da saúde e dos direitos humanos.

Direitos Humanos: que direitos? Que humanos?

O tema dos direitos humanos, ao longo dos tempos, tem gerado debates em todas as áreas dos saberes e dos fazeres humanos, dado o caráter universal que adquire no pós Segunda Guerra Mundial. Desde sua origem, em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos convoca os governos dos países que compõem a Assembleia da Organização das Nações Unidas (ONU) a se comprometerem, juntamente com suas populações, a adotarem medidas que garantam o cumprimento dos direitos que nela são declarados, com base na igualdade, na liberdade e na fraternidade entre os seres e para a conquista de melhores condições de vida em uma liberdade mais ampla. No escopo de seus 30 artigos, consta a defesa de justiça e paz no mundo para todos, sem distinção de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação (Organização das Nações Unidas/Organização dos Estados Americanos [ONU/OEA], 1948).

Podemos considerar que os direitos humanos estão estabelecidos em um conjunto de cartas, convenções, tratados e pactos validados universalmente, que procuram salvaguardar os direitos fundamentais, as liberdades individuais e a justiça social, tendo como princípio a dignidade da pessoa humana, a igualdade, a não discriminação, a solidariedade entre os povos, dentre outras condições (ONU, 2012; Ministério Público Federal [MPF], 2016). Como características, apresentam caráter universal, progressivo,

inalienável, irrenunciável, indivisível, interdependente e imprescritível; possuem um conjunto de normas, órgãos e mecanismos de proteção representados pelo sistema universal (Nações Unidas) e regionais (interamericano, europeu e africano), além de estarem presentes na ordenação jurídica da maior parte dos países membros (Cançado Trindade, 2003; 2012; Bicudo, 2003, 2006; Heyns et al., 2006).

Mesmo sendo resultado de consensos, os direitos humanos não têm um sentido único e geram debates e discussões polêmicas, pois são constructos socialmente estabelecidos que tratam de valores e ideais que conduzem ou deveriam conduzir as sociedades para o alcance de uma vida digna. Nesse sentido, Carbonari (2006; 2009) destaca a polissemia do termo, além do caráter controverso e estruturante do conceito. São vários autores¹ que traçam análises críticas sobre os direitos humanos e discutem sua relação com a democracia, ponderando sobre os processos sócio-históricos e políticos que provocam as gerações (dimensões) de novos direitos. Com base nas necessidades humanas e decorrentes da organização social, esse entrelaçar de aspectos éticos, jurídicos, filosóficos, sociológicos, econômicos, políticos, dentre outros fatores, vinculam os direitos humanos à democracia e à cidadania (Wolkmer, 2002).

Os aspectos conceituais e estruturais relativos aos direitos humanos apresentados respondem parte da pergunta, que questiona: “Que direitos são esses?”. Porém, parece-nos que a resposta para a questão “Que humanos são esses?” é bem mais complexa. Por que algumas pessoas são beneficiadas e usufruem dos direitos ditos universais e outras pessoas estão excluídas dessa vivência? Sem resposta a essa pergunta, que certamente já esteve diante de todos nós, precisamos considerar que o questionamento é provocador para buscarmos a compreensão sobre o constructo social existente e sobre a nossa realidade.

O sentido de “universal” presente em distintas normativas estabelecidas nos instrumentos dos direitos humanos é compreensível, pois busca garantir uma vida que preserve a dignidade humana na quase totalidade de fazeres e relações entre os indivíduos, sociedade e estado, porém, como diria Rubio (2017, p. 28), “Já é comum e natural aceitar a diferente dimensão entre a teoria e a prática dos direitos humanos”. Para o autor, a sociedade capitalista apresenta uma “condição cultural bipolar e dicotômica”, com omissões e inações que por um lado reconhece a importância do sentido civilizatório, democrático e de justiça que faz com que se defenda a universalidade dos direitos humanos; por outro, temos consciência e naturalizamos que seu cumprimento não ocorra

¹ Autores como Comparato (2010), Silva (2005), Carbonari (2006, 2009), Herrera Flores (2009), O’Donnell (2013), Wolkmer (2022), Wolkmer & Maldonado Bravo (2016), Rubio (2017), entre outros, são frequentemente referenciados nos estudos e análises críticas sobre os direitos humanos.

no cotidiano de algumas sociedades, realidades e existências, ou seja, alguns humanos não fazem parte dessa universalidade a depender de interesses e organizações.

Em uma análise crítica sobre o discurso universal dos direitos humanos, autores inferem que sua construção e consolidação ocorrem sob um falso universalismo, como forma de garantir o poder para determinados grupos oligárquicos, constituindo instrumento de dominação e controle (Herrera Flores, 2009; Rubio, 2017). Destaca-se, entretanto, que pode ser uma ferramenta de emancipação e de garantia de espaços de liberdade e de dignidade a serem ressignificados como modos de resistir diante de diferentes excessos de poder.²

E é com esse olhar particular e crítico para o contexto sócio-histórico que os direitos humanos na América Latina (AL) necessitam ser analisados, problematizados e colocados no debate acadêmico e social.

Colonialidade – Decolonialidade

Apesar de se apresentarem historicamente como normativas universais, as perspectivas traçadas sobre os direitos humanos, nessas linhas iniciais têm como referência o pensamento norte-americano e europeu. Conforme apontam alguns autores, essa abordagem deixou de considerar eventos e contribuições provenientes do Sul Global (Santos et al. 2021).

Uma das principais características da AL é a sua diversidade cultural pré-colonial e as formas de resistência que cada cultura e povos originários lançaram mão para sobreviver ao processo de destruição de suas raízes, imposta pela colonização. A diversidade é, portanto, um conjunto de características e particularidades que cada cultura, cada etnia, cada população apresenta, que as diferencia entre si e que se reflete em distintas formas de organização geopolítica, permitindo ou não, resistir e sobreviver ao longo dos tempos; porém, quando vamos buscamos uma conceituação de desigualdades, devemos considerar, como sugere Serpa (2018), em uma análise da estrutura social e uma valoração das condições sociais da vida.

Para pensar a desigualdade na AL, Quijano (2005) apresenta-nos algumas estruturas sociais iniciais, como a colonização e a modernidade, que, com suas práticas de dominação,

² Herrera Flores, em sua obra *A reinvenção dos direitos humanos*, nos conduz a refletir de forma crítica e contextualizada sobre os direitos humanos e nos propõe a construção de “uma ética que tenha como horizonte a consecução das condições necessárias para que todas e todos (indivíduos, culturas, formas de vida) possam levar à prática sua concepção da dignidade humana” (Herrera Flores, 2009, p. 113).

expropriação e morte, impuseram uma narrativa eurocêntrica aos colonizados em nome do projeto dito “civilizatório”. Houve, segundo o autor, o estabelecimento de um novo padrão de poder codificado na ideia de raça, na qual os conquistadores têm superioridade sobre os conquistados. Dessa forma, a escravidão, a servidão e exclusão dos povos originários podem ser apontadas como resultado desse domínio. Compartilhando de um mesmo pensamento sobre a modernidade, Dussel (2000) afirma que é, sobretudo, um conceito eurocêntrico com ponto de partida na Europa em seu avanço sobre a América e teve como consequência a propagação de diversas formas de desigualdades.

Para melhor compreender a realidade vivida na AL e no Brasil, cujas desigualdades e iniquidades têm origem na modernidade, Quijano (2005) cunhou o termo colonialidade. De acordo com seu pensamento, a diferença entre o colonialismo e colonialidade está no fato de que o primeiro termina com a emancipação política administrativa das terras colonizadas, enquanto a colonialidade se caracteriza pela manutenção da subalternidade fundada em relações profundas de poder, indo além dos campos econômico, político e trabalhista, e que segue atravessando relações sociais e intersubjetivas até os dias atuais. Caracterizada como uma matriz colonial de poder,³ a colonialidade atua de maneira inter-relacionada sobre o controle da economia, da autoridade, do gênero, da sexualidade, do conhecimento e da subjetividade. Em outras palavras, a colonialidade se estabelece no poder, no ser e no saber, anulando perspectivas distintas do pensamento norte-americano e europeu (Quijano, 2005; Grosfoguel, 2008; Mignolo, 2017).

Como forma de resistir às imposições da colonialidade, ou seja, ao padrão de poder eurocêntrico imposto às sociedades subalternizadas, a decolonialidade⁴ se constitui uma alternativa que incide sobre o projeto de pensamento e ações de uma sociedade possível, que respeite os vários e distintos saberes e que se organize com base em outras lógicas, não única e nem apresentada de forma hierárquica, onde o conceito de universalidade ceda espaço para a pluriversalidade. Segundo Mignolo (2017, p. 13), a sociedade decolonial pode ser explicitada “em uma frase, escrito pelo Exército Zapatista de Libertação Nacional (EZLN): um mundo em que muitos mundos coexistirão”.

³ Ao cunhar o termo “colonialidade do poder”, em sua obra *Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina*, Aníbal Quijano traça importantes reflexões sobre como o controle do trabalho decorrente do colonialismo contribuiu para a classificação social do trabalho de acordo com a ideia de raça, referindo-se à raça como uma construção mental bem-sucedida que até hoje está presente como “colonialidade do poder capitalista mundial” (Quijano, 2005, p.125).

⁴ Ballestrini (2013) apresenta uma genealogia do movimento Modernidade/Colonialidade, em seu artigo “América latina e o Giro decolonial”, em que traz as bases sobre as quais um grupo de intelectuais, no final dos anos 1990, rompe com o pensamento pós-colonial e passa a propor categorias de análises que permitem compreender as consequências da colonização e apontam a decolonialidade como forma de resistir e fortalecer uma epistemologia para o Sul Global. Entre os autores estão Aníbal Quijano, Catherine Walsh, Edgard Lander, Enrique Dussel, entre outros.

Nesse contexto de luta e resistência ganham relevância autores como Aimé Césaire e Franz Fanon, pensadores negros que muito antes do termo “decolonialidade” ser cunhado por Aníbal Quijano, denunciavam as atrocidades do colonialismo e do pós-colonialismo. (Césaire, 1978; Fanon, 2020; Bernardino-Costa, 2016). Césaire, em seu Discurso sobre o colonialismo, tece uma crítica contundente à sociedade burguesa europeia, denominando-a “pseudo-humanista”, pois reduziu os direitos do homem a uma “concepção parcial, facciosa, [...] sordidamente racista” (Césaire, 1978, p. 18). Questionadores e críticos do colonialismo e do racismo, Césaire e Fanon são citados pelos autores contemporâneos que trazem a ideia de decolonialidade como forma de romper com essa estrutura de poder.

A decolonialidade, em síntese, constitui uma resistência contra as imposições exercidas pelo colonialismo: padrões de poder, subalternidade, anulação de subjetividades, epistemicídio; é força oriunda dos grupos subalternizados e a sua teorização se dá a partir da “construção alternativa à modernidade eurocêntrica, tanto no seu projeto de civilização quanto em suas propostas epistêmicas”. De acordo com Oliveira e Lucini (2021, p. 108): “Mais do que uma opção teórica, pensar a partir do pensamento decolonial pode significar resistir à dominação epistêmica que também é, talvez, uma das mais significativas formas de colonizar”.

Desigualdade e Racismo

A classificação, desqualificação e inferiorização dos povos colonizados e escravizados são marcas presentes na realidade da AL – com uma desigualdade que perdura por mais de cinco séculos e insere a AL entre as regiões com maior desigualdade social no mundo (Santos & Souza, 2019; Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe [CEPAL], 2020). Ao fazer uma análise dos efeitos da colonização nos países do Sul Global, Assis & Souza (2019) afirmam que o legado colonial continua presente no imaginário dos colonizados e colonizadores, ratificando o pensamento de Fanon sobre o complexo de superioridade dos grupos sociais dominantes.

A hierarquia estabelecida tendo como base as categorias de raça, classe e gênero, é utilizada como justificativa para as desigualdades sociais sendo naturalizadas. Porém, destacam os autores, a desigualdade social não é natural e, como fenômeno complexo, não pode ser justificado tendo como referência as naturais diferenças biológicas, étnicas ou raciais, mas, sim pelo estabelecimento já descrito de uma hierarquia de poder nas relações sociais. De acordo com Soares (1998, p. 46), essa hierarquia “estabelece quem nasceu para mandar e quem nasceu para obedecer; quem nasceu para ser respeitado e quem nasceu só para respeitar”. Segundo Fanon (2020), o homem colonizado perde sua humanidade sendo

destinado a um lugar de não ser, ou seja, não participa das estruturas de poder, de ser e de saber, sendo rara sua participação na produção do conhecimento.

Na determinação das desigualdades, não poderíamos deixar de destacar o papel que o racismo desempenha. Desqualificar o “outro”, categorizar como diferente, retirar sua humanidade é praticar o racismo como forma de estabelecer quem tem direitos, acesso a determinados bens ou vantagens e privilégios sociais. Assis & Souza (2019, p. 166) definem o racismo como “uma espécie de metamorfose social das relações coloniais... a mais perversa de todas as heranças deixadas pela experiência colonial...”.

Dessa forma, estudos e análises sobre a desigualdade na AL e no Brasil precisam considerar a imbricada relação entre o histórico colonial e o racismo dele decorrente. Segundo o Relatório de desenvolvimento humano de 2019 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), “o Brasil, maior população da diáspora africana, tem um lugar de destaque com a maior desigualdade de renda, com a disparidade envolvendo a cor da pele/etnia e gênero, impondo limitações sociais e financeiras principalmente às pessoas negras e indígenas” (PNUD, 2019, p. 10).

As desigualdades sociais, conforme já afirmamos anteriormente, refletem sobre outras dimensões de vida, vulnerabilizando populações e, conseqüentemente, afetando a saúde e os direitos humanos fundamentais (Reis, 2011). Apesar de muitas vezes serem apresentadas como sinônimos na área da saúde, desigualdade e iniquidade são conceitos distintos. Enquanto desigualdade se refere a “diferenças observáveis entre grupos (de nível econômico, escolaridade, local de residência, sexo, entre outras)”, a iniquidade é a manutenção das diferenças e das desigualdades, com atribuição de valor e incorrendo em injustiça (Silva et al., 2018, p. 2).

Interseccionalidade

Quando falamos de desigualdade, diferenças e iniquidades, podemos pensar que algumas pessoas irão vivenciar a discriminação a depender de raça/etnia, gênero ou classe social, ou outra condição particular. Observa-se, entretanto, que alguns grupos sociais apresentam diferenças que irão se sobrepôr, afetando combinadamente a vida das pessoas. Oriundo de estudos feministas de mulheres negras norte-americanas, a interseccionalidade é um termo utilizado por Kimberlé Crenshaw em 1989, ao publicar um artigo no qual estabelece uma crítica à teoria feminista e as políticas antirracistas na perspectiva feminista negra que não consideravam às subordinações as quais mulheres negras estavam submetidas.

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as conseqüências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (Crenshaw, 2002, p. 177).

Ao evidenciar a marginalização estrutural a que as mulheres negras estavam submetidas, Crenshaw (2012) aborda as diferenças e oferece uma “lente analítica sobre a interação estrutural em seus efeitos políticos e legais”, estabelecendo a interseccionalidade como um paradigma teórico e metodológico para análise das sobreposições discriminatórias vividas pelas mulheres negras, permitindo considerar as condições estruturais do racismo, sexismo e violências correlatas que se sobrepõem, mesmo que seja particularmente difícil de serem identificadas (Akotirene, 2019).

Crenshaw não é expressão única do movimento feminista negro⁵ que aborda de forma crítica, reflexiva e política a condição da mulher negra, o racismo, a violência e todas as formas de discriminação, incluindo a aporofobia⁶ e a LGBTQIAPN+Fobia.⁷

Sem intencionalidade de esgotar os temas que serviram de referencial e arcabouço teórico para o Fórum DHRede durante seu período de existência, outras leituras, autores e autoras foram visitados, estudados, debatidos e deixaram de ser citados pelos limites impostos a essa produção. Os materiais explorados foram colocados em diálogo e problematizados no campo da saúde, particularmente com a saúde coletiva, sem esgotar as possibilidades de complementação, aprofundamento e contradições, mas sinalizando os caminhos epistêmicos que traçamos nos primeiros passos do Fórum.

Na abrangência dos direitos sociais, defendemos saúde enquanto direito humano e colocamos sob análise elementos complexos das condições de vida disponíveis para o desenvolvimento humano, individual e coletivamente.

⁵ Angela Davis, Barbara Smith, bell hooks, Audre Lorde, Grada Kilomba, Avtar Brah, Maria Lugones, Lélia González, Conceição Evaristo, Beatriz Nascimento, Luiza Bairros, Carla Akotirene, Djamila Ribeiro, Jurema Werneck, entre tantas mulheres que se destacam por considerar o peso da multidiscriminação, do racismo e de todas as formas de violência e violações dos direitos humanos na luta do feminismo negro.

⁶ Aporofobia: cunhado em dezembro de 1995 por Adelia Cortino, o termo aporofobia significa medo e rejeição às pessoas financeiramente desfavorecidas (Soares, 2018).

⁷ LGBTQIAPN+: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e travestis, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pan/Pôli, Não-binárias e demais possibilidades de orientação sexual.

O Fórum DHRede – o contexto de seu nascimento

Se no contexto mundial vivíamos a maior crise sanitária do século com a decretação de pandemia mundial pela Organização das Nações Unidas (ONU), em março de 2021, no Brasil e na América Latina as perspectivas não eram muito melhores. Com um conhecimento limitado sobre o comportamento do vírus, constatação de sua rápida velocidade de disseminação e alta taxa de mortalidade, o desafio se tornou ainda maior nos países com mercados em desenvolvimento e marcados por um contexto de grandes desigualdades sociais, como ocorre no Brasil. Para Werneck & Carvalho (2020, p.3) a Pandemia de covid-19 encontra a população brasileira em situação de “extrema vulnerabilidade, com altas taxas de desemprego e cortes profundos nas políticas sociais”. Quem foram ou quem são as pessoas atingidas quando falamos em situação social crítica? No caso, a covid-19 não fugiu à regra: as pessoas vulnerabilizadas têm cor, gênero e classe: a primeira pessoa a ter a morte atribuída à covid-19 foi uma mulher negra, diarista e moradora na periferia da cidade de São Paulo (Assis, 2022).

É preciso destacar que, diante da maior crise sanitária mundial que no Brasil levou a óbito mais de 700 mil brasileiros, o SUS mostrou sua força e sua capacidade de enfrentamento. Diante da gestão omissa e do desmonte de políticas públicas do ex-presidente Jair Bolsonaro, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), que representa a participação popular nas definições de políticas públicas e prioridades em saúde junto ao Ministério de Saúde, mobilizou a sociedade em defesa de ações efetivas durante a pandemia, realizou denúncias em órgãos internacionais e manteve sua postura em defesa da democracia e do reconhecimento do SUS como a principal política de inclusão social do país (CNS, 2021).

O Fórum DHRede que defende a saúde como direito humano e o Sistema Único de Saúde como o maior patrimônio imaterial do Brasil foi criado em 2021, a partir de demandas internas (o tema dos direitos humanos se mantém marginal no universo da gestão, do trabalho, das práticas de cuidado e da formação em saúde), e externas (pandemia, inação governamental diante do quadro pandêmico que atingiu o mundo e particularmente o Brasil e a crescente violação dos direitos e das políticas sociais durante a última gestão governamental). Tem como propósito trazer para o campo da saúde e da educação em saúde a temática dos direitos humanos numa perspectiva decolonial, compreendendo as questões etno-raciais, de gênero e classe como indissociáveis para estabelecer linhas de enfrentamento das desigualdades e vulnerabilidades a que nossa sociedade é exposta.

Temas complexos, composição diversa – esse binômio caracterizou a constituição do Fórum DHRede. Com gestão eleita a cada dois anos e adesão espontânea das pessoas, muitos associados da Rede Unida e pessoas interessadas na temática prontificaram-se a auxiliar nos passos iniciais, divulgando e participando da organização de um grupo de WhatsApp e das primeiras reuniões. Na sua composição contamos, inicial e posteriormente, com pessoas de diferentes nacionalidades e etnias: brasileira, boliviana, colombiana, italiana, moçambicana e afrodescentes brasileiros.

Todas as regiões do Brasil estão representadas e a diversidade de raça e gênero também marcou sua composição: pessoas pretas, pardas, brancas; homossexuais, bissexuais, transsexuais, lésbicas, gays, heterossexuais, mulheres e homens cisgêneros. São pessoas com distintas formações, profissões e práticas, desde estudantes, pedagogas, professores, doula, jornalista, advogada, psicólogas/os/es; fisioterapeutas, odontóloga/o, educadora física, sanitaristas; professores de diferentes níveis de ensino e pesquisadores/as, atuantes em instituições públicas e privadas; profissionais e militantes do SUS.

Dessa forma, o Fórum DHRede reúne profissionais trabalhadoras e trabalhadores na área da saúde, da educação e ciências sociais, estudantes de graduação e pós-graduação, pesquisadores, militantes e curiosos, pessoas preocupadas e/ou implicadas com formas de garantir os direitos humanos à diversidade de vidas vividas, e com atitude antirracista, anti-homofóbica, antimachista, anticapacitista e contra todas as formas de opressão compreendendo “que não existe hierarquia de opressão” (Lorde, 2009, p.1).

Como espaço de aprendizagem e estudos que é, o Fórum DHRede tem como referência metodológica a pedagogia crítica de Paulo Freire, que convoca “aprender a aprender” e a manter uma atitude de constante vigilância contra as práticas de desumanização que o ideário neoliberal produz em nome do capital. Como nos diz Edina Prado de Oliveira no prefácio da obra *Pedagogia da Autonomia*, Paulo Freire nos propõe “Uma pedagogia fundada na ética, no respeito à dignidade e à própria autonomia do educando” (Freire, 1999, p. 11). Nós todos somos aprendizes, compreendendo-nos como seres inacabados, conscientes do inacabamento e com responsabilidade sobre os saberes mobilizados.

Para estabelecermos “o quê?” e “como?” conduzir os trabalhos desenvolvidos pelo Fórum DHRede, optamos por uma metodologia participativa, considerando que temas sensíveis requerem metodologias também sensíveis. Nesses casos é necessário garantir a participação de todas as pessoas de forma ativa tanto na escolha dos temas quanto na forma de abordá-los; uma metodologia que seja dialógica, com uma relação horizontal entre os participantes (Freire, 1997). Fundamental foi estabelecer a confiança e

compreender o espaço de relação (virtual ou presencial), como um espaço protegido e seguro.

Estávamos em pleno período de pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) com orientação para manter isolamento social e, por essa razão, as atividades iniciais foram *online*. Como estratégia para o planejamento, estabelecemos encontros virtuais, nos quais traçamos a proposta pedagógica, frequência, tempo e metodologia para os encontros pedagógicos e de formação, com temas específicos e lives com convidados; projetamos a participação nos encontros regionais, congressos internacionais e cursos internacionais. A tecnologia nos favoreceu com uso do WhatsApp, Google Drive, e-mail, ferramentas que facilitaram a aproximação entre os participantes, bem como o Canal da TV Rede Unida no YouTube. Destaque para WhatsApp que favoreceu o processo inicial de apresentação com respostas à pergunta sobre “quem somos?”, permitiu a organização do grupo, que teve a adesão de 25 pessoas, acelerou contatos, facilitando a participação nas discussões que se iniciavam nas rodas e prosseguiram em debate no grupo.

De encontro em encontro nos esperamos – as Rodas de Conversa como metodologia

[...] não é possível tratar da agenda de raça e de gênero sem nos colocarmos a partir da nossa própria história e das nossas perspectivas de vida (Crenshaw, 2002, p. 16).

Os encontros virtuais de rotina denominamos Rodas de Conversa, que ocorreram semanalmente no primeiro semestre do ano de 2021 e, no segundo semestre, com agenda estabelecida conforme o planejamento proposto com rodas, encontros de formação nacionais e internacionais ocorrendo, cada modalidade, uma vez por mês e, sendo necessário, em caráter extraordinário.

De forma voluntária, para sensibilização inicial dos encontros virtuais, uma pessoa era dinamizadora apresentando uma poesia, uma música, uma interpretação ou leitura de textos para auxiliar a conexão com o tema e com momento do encontro, como, por exemplo, a seguinte citação apresentada na primeira roda de conversa, em 21 de abril de 2021:

Às vezes, as histórias da infância de minha mãe confundiam-se com as de minha própria infância. Lembro-me de que muitas vezes, quando a mãe cozinhava, da panela subia cheiro algum. Era como se cozinhasse, ali, apenas o nosso desesperado desejo de alimento. As labaredas, sob a água solitária que fervia na panela cheia de fome, pareciam debochar do

vazio do nosso estômago, ignorando nossas bocas infantis em que as línguas brincavam a salivar sonho de comida. E era justamente nesses dias de parco ou nenhum alimento que ela mais brincava com as filhas (Evaristo, 2016, p.11-12).

Foi com amorosidade, emoção, carinho, respeito e escuta que, durante o ano de 2021, 20 Rodas de Conversas foram desenvolvidas com os membros participantes do Fórum DHRede, coordenado por uma gestão colegiada e com reuniões sistemáticas intercaladas com as demais atividades como seminários, participação em eventos, comissões nacionais e articulação com outras redes de defesa dos direitos humanos.

Figura 1

Registro de Roda de Conversa (on-line) do Fórum



Fonte: Acervo FórumDHRede (Autores, 2021).

O material trabalhado, juntamente com registros dos encontros, textos, teses e referencial teórico para estudos foram disponibilizados em um drive do Google, específico e com acesso para todos os membros. As primeiras reuniões trataram da organização inicial, do planejamento e foram importantes para estabelecermos estratégias de como ampliar o debate e referencial teórico para aprofundar os ciclos de estudos. Ao final do ano de 2021 foi realizada uma reunião híbrida para avaliação das atividades desenvolvidas, com participantes on-line para os que residem fora da região metropolitana de Porto Alegre e presencial para os que puderam participar presencialmente.

Emergências em direitos humanos: vozes que ecoam, populações que resistem! – Live de lançamento

As Rodas de Conversas, além de debaterem questões relativas às atividades organizativas, sugerir leituras a serem desenvolvidas pelo Fórum e temas importantes para compor a pauta dos direitos humanos, ocupou-se em refletir sobre o avanço do capitalismo, a ascensão de governos violadores dos direitos, o desrespeito à Constituição Federal, ameaças às conquistas sociais, a manutenção de estruturas e instituições racistas e a ausência de espaços que permitam uma reflexão crítica sobre o tema. Em um contexto no qual a pandemia ainda estava em seu momento crítico e o isolamento social era recomendado pela ONU, o coletivo optou por fazer o lançamento do Fórum por meio de uma *live* com o tema: “Emergências em direitos humanos: vozes que ecoam, populações que resistem”.

A *live* de lançamento do Fórum dos Direitos Humanos, Diversidade, Equidade de Raça e Gênero da Rede Unida, ocorreu no dia 09 de junho de 2021, às 19 h, com a participação da coordenação da Rede Unida e uma bancada composta por lideranças do Movimento Negro, representação de movimentos LGBTQIAPN+, docentes, estudantes da área da saúde e das artes, no intuito de trazer reflexões sobre discriminação, racismo, homofobia e seus reflexos sobre a saúde das pessoas. Houve, antecedendo as falas, provocações artísticas, com expressão corporal, slam e poesias. A *live*, transmitida pelo canal da TV Rede Unida no YouTube, encontra-se disponível e pode ser acessada nas mídias sociais da Rede (Rede Unida, 2021b).

Os participantes da *live* foram importantes não apenas pelos conteúdos sobre o racismo estrutural e consequências do silenciamento provocado pelo epistemicídio no campo da saúde, educação, cultura e arte. Na ocasião foram discutidas as consequências da medicina científica que criminaliza o corpo negro e o biopoder que controla, domestica e retira do corpo humano sua força produtiva. Os mais diversos equipamentos sociais, ao fazerem uso de tecnologias de controle, regulam os corpos e determinam quem vive e quem morre.

De forma interativa, em intervalos durante a *live*, houve momentos em que as pessoas que estavam acompanhando pelas mídias sociais puderam fazer perguntas e estabelecer contato com os participantes.

Figura 2
Card de divulgação da live de lançamento do Fórum



Fonte: Acervo Fórum DHRede (Rede Unida, Bastos, 2021c)

A live de lançamento, tendo como perguntas suleadoras⁸ “De que direitos falamos?” e “De que humanos estamos falando quando falamos em direitos humanos?”, ultrapassou a expectativa e provocou seus participantes a irem além, manterem o diálogo e aprofundarem os conhecimentos sobre o tema em pauta. Surge, como desdobramento, uma formação on-line “Emergências em direitos humanos: vozes que ecoam, populações que resistem!”, que ocorreu no segundo semestre de 2021.

Formação em Direitos Humanos: “Emergências em Direitos Humanos: vozes que ecoam, populações que resistem!”

O Projeto de Formação “Emergências em Direitos Humanos: vozes que ecoam, populações que resistem!” foi proposto em parceria entre o Programa Estação Com Vida

⁸ O termo “sulear”, inspirado na pedagogia da esperança de Paulo Freire (1992), é utilizado por Enrique Dussel e Walter Mignolo (2013,2017), entre outras figuras do pensamento decolonial, em oposição ao Norte, que é apresentado como referência universal.

Cidadã do Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Câmpus Alvorada e o Fórum DHRede. Teve o registro de ações de extensão – Fluxo Contínuo 2021 pelo Edital IFRS n.º 57/2020.

Com utilização de metodologias ativas, o curso teve o objetivo de proporcionar uma formação para pessoas interessadas nos temas sobre diversidade e direitos humanos. O curso foi desenvolvido em um total de 30 horas, sendo 10 horas síncronas e 20 horas assíncronas, sendo que as atividades síncronas foram realizadas em cinco encontros on-line, entre agosto e dezembro de 2021, no primeiro sábado de cada mês, das 10h às 12h; as atividades assíncronas, como leituras, narrativas e sistematizações foram realizadas entre um e outro encontro síncrono e discutidas no momento inicial do encontro posterior. O curso foi certificado para os participantes inscritos via Google Forms e que tiveram 75% de frequência nas atividades síncronas. Quatro dos cinco encontros síncronos foram transmitidos pelo canal da TV Rede Unida no YouTube e estão disponibilizados nas mídias da Rede Unida (IFRS, 2021).

Inicialmente foram as seguintes temáticas sugeridas:

- Direitos humanos e decolonialidade
- Racismo estrutural e saúde
- Diversidade e interseccionalidade
- Direitos humanos e saúde mental
- Que humanos têm direitos?

Ações em parceria: Fórum e iniciativas internacionais e nacionais

Brasil/Colômbia

No ano de 2021 iniciou, por sugestão da coordenação da Rede Unida, uma parceria com a organização SOUCET – Consultoria, Capacitação e Investigação Educativa e Jurídica de Bogotá/Colômbia – para a oferta de cinco bolsas de estudos no Curso de Diplomado em Direitos Humanos e Direito Internacional Humanitário (DDHH e DIH), que foi desenvolvido entre os meses de abril e junho de 2021, em um total de 120 horas, no formato virtual síncrono. O Curso de DDHH e DIH se constituiu em um espaço para reflexão sobre os direitos humanos em suas dimensões sociais, educacionais, políticas e de saúde, que devem ser considerados no cotidiano da vida, e que podem oferecer elementos para o pleno exercício de autonomia das pessoas. Predominantemente em língua espanhola, instrumentos

jurídicos de direitos humanos, o direito internacional humanitário e a educação para a paz fizeram parte do arcabouço teórico do curso. Com o resultado, houve a renovação da parceria e, em 2022, mais cinco bolsas foram ofertadas.

Figura 3

Card de divulgação da Formação em Direitos Humanos

FÓRUM DOS DIREITOS HUMANOS, DIVERSIDADE, EQUIDADE DE RAÇA E GÊNERO

FÓRUM DIREITOS HUMANOS CONVIDA PARA O ENCONTRO DE NOVEMBRO DA NOSSA SÉRIE DE REUNIÕES VIRTUAIS!

APRESENTAÇÃO:

DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL

06 NOV. 10H00

ENVIE UM EMAIL PARA com.vida@alvorada.ifrs.edu.br PARA SOLICITAR SUA INSCRIÇÃO!

ROBERTA A. MACHADO
Feminista. Educadora Popular. Enfermeira. Professora do IFRS. Especialista em Saúde da Família. Mestre e Doutora em Ciências pela UFPEL.

JOÃO LUCAS RAMOS
Psicólogo na Semsá Iranduba-AM, Sanitarista em Formação pela Fiocruz Amazônia, representante norte no Fórum de Direitos Humanos da Rede Unida

MARCIA FERNANDA DE MELLO MENDES
Mentaleira, sanitarista, graduada em Ed Física, profª do IFRS Alvorada, doutoranda em Antropologia (URV) e Psicologia pela UFPA.

ComVida IFRS-CAMPUS ALVORADA | redeunida | INSTITUTO FEDERAL Rio Grande do Sul Campus Alvorada

Fonte: Acervo Fórum DHRede (Rede Unida, Bastos, 2021c).

Como parte da parceria SOUCET/Rede Unida, em 2022, juntamente com a Editora da Rede Unida, foi lançado um edital para publicação de uma obra: “Direitos Humanos, Diversidade e Formação Superior: Diálogos entre Educação e Saúde”, que deverá ser publicado em 2024.

Brasil/ Moçambique

O Seminário Internacional “Brasil & Moçambique: experiências e políticas no combate à violência de gênero” foi realizado nos dias 8 e 9 de novembro de 2022, como resultado de mais uma parceria internacional estabelecida entre o Fórum DHRede e o projeto AIFO/ Moçambique.

No âmbito de suas pautas, o Fórum destaca a importância e a urgência de ações que permitam refletir sobre os direitos humanos, principalmente sobre os impactos que a violência de gênero e a violência contra crianças e adolescentes produzem no desenvolvimento individual e na civilidade de nossa sociedade. A Associação Italiana de Amici de Raoul Follerau (AIFO) é uma organização não governamental, com sede na Itália, que atua no âmbito sócio-sanitário internacional para a inclusão social e ações no campo da saúde, educação e direitos humanos com atenção especial a pessoas vulnerabilizadas. Atualmente, com a ação “Jovens contra a violência baseada em gênero”, em Moçambique, o movimento reúne jovens, estudantes, profissionais de educação e gestores que se preocupam com o impacto da violência na baixa autoestima dos jovens e com as consequências que podem conduzir à desistência dos estudos e deixá-los suscetíveis a uniões prematuras, inclusive com a permissividade dos familiares.

A parceria estabelecida entre Brasil/Itália/Moçambique foi intermediada pelo movimento Brasa/Brasil (Brasil – Saúde e Ação), projeto pertencente à AIFO que possibilitou ampliar o debate, refletir sobre esses delicados temas e compartilhar experiências capazes de auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes para o Brasil, para a América Latina e África no enfrentamento das iniquidades. Destaca-se que no Brasil, novembro é o mês da Consciência Negra, período em que se intensificam eventos de lutas e resistências da população negra contra todo tipo de discriminação e racismo. O seminário foi uma das ações que marcaram a participação do Fórum no Mês da Consciência Negra (Rede Unida, 2022).

Entidade-Apoio do Projeto Sementes de Proteção dos Defensores e defensoras dos direitos humanos no Rio Grande do Sul

A parceria com o Projeto Sementes de Proteção dos Defensores e Defensoras dos Direitos Humanos foi estabelecida após integrantes do Projeto participarem das atividades do Encontro Regional Sul da Rede Unida, em outubro de 2021. A partir dessa articulação o Fórum DHRede foi convidado a fazer parte do Grupo de Apoio do Projeto Sementes no Rio Grande do Sul, compondo várias ações protagonizadas pelo Projeto.

O Projeto Sementes é uma iniciativa conjunta para o desenvolvimento de ações que têm por finalidade o fortalecimento e o apoio a defensoras e defensores dos direitos humanos (Projeto Sementes de Proteção, 2021). Estão incluídos no projeto movimentos vinculados às lutas pelos direitos fundamentais, defensoras e defensores populares, lideranças, militantes e organizações da sociedade civil que atuam nas questões relativas a violações, ataques e proteção dos direitos humanos em todas as regiões brasileiras. Dentre

as ações oferecidas pelo Projeto, o Fórum DHRede teve a oportunidade de participar de encontros virtuais preparatórios da Conferência Livre de Defensores/as de Direitos Humanos no Rio Grande do Sul; de oficina de formação nas edições de 2021 e 2022; de manifestações públicas no Dia Internacional de Direitos Humanos e de encontros virtuais regulares com outras instituições, lideranças e movimentos sociais.

A parceria ampliou o arcabouço teórico e formativo do Fórum, bem como possibilitou a articulação e construção de redes com movimentos sociais importantes na defesa dos direitos humanos no Rio Grande do Sul e no Brasil.

Encontros Regionais e 15º Congresso da Rede Unida: contribuições do Fórum

A Rede Unida, como forma de preparação de seus congressos internacionais, realiza os Encontros Regionais, proporcionando a participação das pessoas de todas as regiões geográficas brasileiras na construção de seus Congressos. Durante o ano de 2021, o Fórum DHRede contribuiu com a programação dos encontros regionais, sugerindo temas, atividades e convidados/as, auxiliando, dessa forma, a construção do 15º Congresso de Rede Unida, que ocorreu em 16 a 19 de junho de 2022, na Universidade Federal do Espírito Santo na modalidade híbrida.

A participação do Fórum DHRede, no 15º Congresso Internacional da Rede Unida, ocorreu com a oferta de oficinas, távolas, res-pública e roda de conversa com apresentação de trabalhos acadêmicos e de expressão popular. Podemos destacar algumas atividades caracterizadas pela oferta de forma híbrida.

Res-pública:

- Direitos humanos em pauta: raça, racismo, saúde mental, processo saúde-doença e os desafios das políticas de Estado.

Távolas:

- Derechos humanos comparados: Desafíos y Perspectivas en America Latina
- Importância do quesito raça/cor nos protocolos do SUS frente a pandemia de Covid-19
- Mulheridades pretas e os desafios da saúde coletiva

- Ações afirmativas no campo da saúde: desafio e perspectivas no cuidado e na formação
- Novas abordagens e práticas de liberdade em Saúde Mental

Oficinas:

- Oficina de escrita preta: escrever como ginga que rasga o tempo com atividade artística

Como parte de uma agenda internacional, o Fórum DHRede participou, durante o ano de 2021 e no primeiro semestre de 2022, de três reuniões internacionais, virtuais, com a participação da coordenação da Associação Rede Unida, articulando movimentos da Itália, Myanmar, Espanha e Colômbia. No âmbito nacional, houve participação como membro efetivo na Comissão de Políticas de Promoção de Equidade (CIPPE) do CNS e na Subcomissão Permanente de Política de Drogas e Saúde Mental do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), com participação em reuniões presenciais e virtuais.

Considerações para finalizar

Ao concluir o presente relato sobre a criação e atividades desenvolvidas pelo Fórum DHRede e transitarmos sobre os conteúdos e referências adotadas, percebemos a amplitude da temática de direitos humanos que envolve história, conceituações, normas nacionais e internacionais, legislação, bem com o complexo arranjo político-social de uma sociedade. No contexto da América Latina e do Brasil, precisamos destacar e considerar o impacto da colonização e da escravidão com marcas que geram até hoje desigualdades e iniquidades.

Apesar de ser um recorte parcial das ações nas quais o Fórum DHRede se envolveu, as reflexões, estudos e debates que ocorreram nesse período relatado permitiram uma análise crítica de eventos históricos e de suas consequências, deslocando a ideia de que direitos humanos e desigualdades são naturais e permanentes. Observamos que a modernidade e a colonialidade impuseram necessidades geradas pelas novas formas de relações sociais, de trabalho e de convivência que conduziram as sociedades latino-americanas e brasileira a lutar contra a dominação, a discriminação e o controle impostos pelo capitalismo. É dessa luta, da organização de coletivos e da resistência dos movimentos

sociais em defesa da dignidade e da autonomia do ser humano que os direitos humanos são validados enquanto princípio ético e moral para a humanidade.

O Fórum DHRede, como parte da estrutura da Rede Unida, necessitou assumir protagonismos na defesa intransigente do Estado Democrático de Direito, em virtude da inação do governo brasileiro diante da maior crise sanitária enfrentada no período, e das constantes ameaças às conquistas sociais estabelecidas na Constituição de 1988. As parcerias com os aliados, com distintas instituições e movimentos sociais, estabeleceram novas redes para enfrentamento em nível nacional, de ameaças às políticas sociais conquistadas, à saúde e à cidadania. Foi possível perceber uma lacuna nos diversos níveis de ensino e áreas de formação profissional referente a temática dos direitos humanos e de uma formação cidadã com responsabilidade social, particularmente na área da saúde.

Reconhecemos que a diversidade de gênero, de classe, de raça-etnia e as desigualdades sociais, assim como o enfrentamento de comportamentos que perpetuam a misoginia, a homofobia, a aporofobia e o racismo, são questões complexas e categorias que incidem simultaneamente sobre determinadas pessoas, exigindo a interseccionalidade para uma análise mais profunda que considere essa incidência simultânea, sem priorizar/anular uma ou outra condição. Sem o olhar interseccional manteremos as ações disciplinarmente isoladas e fragmentadas.

É possível afirmar que o Fórum DHRede estruturou-se como um espaço de luta social organizado e instrumentalizado, em defesa da cidadania e do bem-viver, via participação, estudos e reflexões que permitiram discutir ética, diversidade, subjetivação, identidade e liberdade, considerados no campo da saúde como direito humano fundamental.

Ao concluir, apresentamos uma poesia composta por um dos participantes especialmente para a *live* de lançamento do Fórum DHRede:

Vozes que ecoam

Matheus Madson⁹

O que é ser uma voz que ecoa
é ser de som e de ruído
zumbido de muriçoca
que incomoda
fino, pontiagudo
perfura os ouvidos dos grandes
que querem nos esmagar
e nos ter na palma
da mão suja de sangue
ser uma voz que ecoa é resistir
rasgar silêncios
diminuir as distâncias
encontrar outras vozes e virar coro
equalizar nossos cantos de luta
palavras de ordem
ser uma voz que ecoa
é habitar corpos que resistem
transformar a dor em batuque
e tocar tambor nos corações
pra fazer zuada
bater com pau e lata
e fazer a vida ser ecoada

⁹ Matheus Madson. Poeta, Fisioterapeuta. Especialista em Atenção Básica/Saúde da Família (UERN) e Comunidade. Mestre em Cognição, Tecnologias e Instituições (UFERSA). matheusmadson.dm@gmail.com

Referências

Assis, A. B. (2022). Impactos da pandemia na vida das empregadas domésticas. Agência de jornalismo online Maurício Tragtenberg. PUC.
<https://agemt.pucsp.br/noticias/impactos-da-pandemia-na-vida-das-empregadas-domesticas>

Assis, W. L. S., & Souza, S. L. (2019). Colonialismo e desigualdades sociais: ensaio teórico para a construção de um pensamento crítico pós-colonial. *Simbiótica. Revista Eletrônica*, 159-171. <https://doi.org/10.47456/simbitica.v6i1.27200>

Akotirene, C. (2019). Interseccionalidade. In D. Ribeiro (Coord.), *Col. Feminismos Plurais*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen.

Almeida, M., Feuerwerker, L., & Llanos, M. (1999). *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec, 47-81.

Anistia Internacional Brasil. (2021a). O estado de direitos humanos no mundo. Informe 2020/21. Publicado originalmente em 2021 por Amnesty International Ltd. United Kingdom. Tradução: Anistia Internacional Brasil. https://anistia.org.br/wp-content/uploads/2021/04/anistia-internacional-informe-anual-2020-21_versao-revisada-01.pdf

Anistia Internacional Brasil (2021b). 1000 dias sem direitos do governo Bolsonaro. <https://anistia.org.br/wp-content/uploads/2021/09/1000-dias-sem-direitos-As-viola%C3%A7%C3%B5es-do-governo-Bolsonaro.pdf>

Ballestrin, L. (2013). América Latina e o giro decolonial. *Revista brasileira de ciência política*, 89-117.
<https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/DxkN3kQ3XdYYPbwwXH55jhv/?format=pdf>

Bernardino-Costa, J. (2016). A prece de Frantz Fanon: oh, meu corpo, faça sempre de mim um homem que questiona!. *Civitas-Revista de Ciências Sociais*, 16, 504-521.
<https://doi.org/10.15448/1984-7289.2016.3.22915>

Bicudo, H. (2003). Defesa dos direitos humanos: sistemas regionais. *Estudos Avançados*, 17, 225-236. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142003000100014>.

Cançado Trindade, A. A. (2003). *Tratado de direito internacional dos direitos humanos (Vol. 1)*. Porto Alegre: SA Fabris.

Cançado Trindade, A. A. (2012). Desafios e conquistas do Direito Internacional dos Direitos Humanos no início do Século XXI. XXXIII Curso de Direito Internacional Organizado

pela Comissão Jurídica Interamericana da OEA. Rio de Janeiro, 18 e 21-22 de agosto de 2006. <https://www.oas.org/dil/esp/407-490%20cancado%20trindade%20oea%20cji%20%20.def.pdf>

Carbonari, P. C. (2006). Educação em Direitos Humanos: esboço de reflexão conceitual. Anais II Encontro Anual da Associação Nacional de Direitos Humanos, Estudos e Pesquisas (ANDHEP), realizado em São Paulo, de 07 a 09 de junho de 2006.

Carbonari, P. C. (2009). Algumas dimensões dos Direitos Humanos. Recuperado de http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/carbonari/carbonari_dimensoes_dh.pdf

Césaire, A. (1978). Discurso sobre o Colonialismo. Prefácio de Mario de Andrade. Trad. Noêmia de Souza. Lisboa: Livraria Sá da Costa Editora.

Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe [CEPAL] 2020. Panorama Social da América Latina, 2019. Resumo executivo (LC/PUB.2020/1-P), Santiago, 2020.

Comparato, F. K. (2010). A afirmação histórica dos direitos humanos. – 7. ed., rev. e ampl. – São Paulo: Saraiva, 2010.
<http://noosfero.ucsal.br/articles/0010/3267/comparatto-f-bio-konder-a-afirmacao-historica-dos-direitos-humanos-.pdf>

Conselho Nacional de Saúde [CNS] (2021). Denúncia de violações dos direitos à vida e à saúde no contexto da pandemia da covid-19 no Brasil.
<https://conselho.saude.gov.br/livros-publicacoes/2970-denuncia-de-violacoes-dos-direitos-a-vida-e-a-saude-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19-no-brasil>

Conselho Nacional de Secretários de Saúde & Centro de Informações Estratégicas para a Gestão Estadual do SUS. [CONASS/CIEGES] (2022). Centro de Informações Estratégicas para a Gestão Estadual do SUS.
<https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Constituição. Brasília, DF: Senado Federal. Centro Gráfico.

Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Revista Estudos Feministas, 10, 171-188.

Crenshaw, K. (2012). A interseccionalidade na discriminação de Raça e Gênero. Anais. Cruzamento: raça e gênero. Painel 1, 7-17. (Trad. Jaqueline Santos). www.unifem.org.br/sites/1000/1070/00000011.pdf.

Evaristo, C. Olhos d'água. Rio de Janeiro: Pallas: Fundação Biblioteca Nacional, 2016.

Fanon, F. (2020). *Pele negra, máscaras brancas*. traduzido por Sebastião Nascimento e colaboração de Raquel Camargo; prefácio de Grada Kilomba; posfácio de Deivison Faustino; textos complementares de Francis Jeanson e Paul Gilroy. São Paulo: Ubu editora.

Ferla, A. A. E Ceccim, R. (2014). Apresentação. In: Ferla, A. A., Collar, J., Oliveira, D. L. e Rocha, V. (Orgs.) *Girando vida, políticas e existências na construção do XI Congresso Internacional da Rede UNIDA: reunindo experiências com leveza e movimento* (p.7-139). Porto Alegre: Rede Unida.

Feuerwerker, L. C. M. (1998). *Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Rede Unida.

Freire, P. (1997) *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, [1967]/1997

Freire, P. (1999). *Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. 13ª ed.

Grosfoguel, R. (2008). Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: Transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 80, Março 2008: 115-147.
<https://doi.org/10.4000/rccs.697>

Heyns, C., Padilla, D., & Zwaak, L. (2006). Comparação esquemática dos sistemas regionais de direitos humanos: uma atualização. *Sur - Revista Internacional De Direitos Humanos*, 4(3), 160-169.

Herrera Flores, J. (2009). *A reinvenção dos direitos humanos*. Tradução de: Carlos Roberto Diogo Garcia; Antônio Henrique Graciano Suxberger; Jefferson Aparecido Dias. – Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009. https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2017/05/A-reinven%C3%A7%C3%A3o-dos-DH-_Herrera-Flores.pdf

Lorde, A.(2009). *Não há hierarquia de opressões. Textos escolhidos de Audre Lorde*. Retirado e traduzido de “*I Am Your Sister - Collected and unpublished writings of Audre Lorde*”, Oxford University Press, 2009.

Lorde, A. (2019). *Irmã outsider*. Tradução Stephanie Borges. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Madson, M. (2021). *Vozes que ecoam. Poesia*. Autorizada a publicação pelo autor.

Mignolo, W. (2013). Decolonialidade como o caminho para a cooperação. *Revista do Instituto Humanitas da Unisinos*, Edição 431 | 04 novembro de 2013. Entrevista. Luciano Gallas / Tradução: André Langer. Recuperado de

<https://www.ihuonline.unisinos.br/artigo/5253-walter-mignolo#:~:text=La%20herida%20colonial%20y%20la,consequ%C3%Aancia%20da%20colonialidade%20do%20saber>

Mignolo, W. D. (2017). Coloniality: The Darkest Side Of Modernity. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 32(94).

<https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/nKwQNPrx5Zr3yrMjh7tCZVk/?lang=pt&format=pdf>

Ministério da Saúde. (2001). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2019). 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília/DF. <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>

Ministério Público Federal [MPF]. (2016). Tratados em direitos humanos: Sistema internacional de proteção aos direitos humanos / Secretaria de Cooperação Internacional – Brasília: MPF.

Nascimento, M.B.B. (2018). *Historiografia do Quilombo. 1977*. In: Nascimento MBB. *Quilombola e intelectual: possibilidades nos dias da destruição*. São Paulo: Editora Filhos da África. <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=2674586>

O'Donnell, G. (2013). Democracia, desenvolvimento humano e direitos humanos. *Revista debates*, 7(1), 15-15.

Oliveira, E. S., & Lucini, M. (2021). O Pensamento Decolonial: Conceitos para Pensar uma Prática de Pesquisa de Resistência. *Boletim Historiar*, 8(01). <https://seer.ufs.br/index.php/historiar/index>

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1978). Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários Alma-Ata. OMS/UNICEF: URSS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=AABE28CD440D369DF645D1DE243BEF37?sequence=5

Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-americana de Saúde (OMS/OPAS). (2022). Histórico da pandemia de COVID-19. Organização Panamericana de Saúde. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19#:~:text=Em%2031%20de%20dezembro%20de,identificada%20antes%20em%20seres%20humanos>

Organização das Nações Unidas/Organização dos Estados Americanos (ONU/OEA). (1948). Declaração dos Direitos Humanos. Tradução oficial, UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS. Recuperado de <https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>

Organização das Nações Unidas (ONU) (2012). Alto Comissariado. El sistema de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas. Folleto informativo Nº 30/Rev.1. NACIONES UNIDAS: Nueva York y Ginebra, 2012

https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FactSheet30Rev1_sp.pdf

Paim, J. S. (2008). Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). (2019) Relatório de desenvolvimento humano de 2019. <https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdr2019ptpdf.pdf>

Projeto Sementes de Proteção de Defensores/as de Direitos Humanos (2021). Projeto Sementes de Proteção. <https://sementesdeprotecao.org.br/>

Quijano, A. (2005). Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Capítulo de Livro: p. 117-142. http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_Quijano.pdf

Rede Unida. (2021a). Welcome | Rede Unida. Estatuto 10 e Ata 1. https://www.redeunida.org.br/media/estatuto_files/18nov_ESTATUTO_10_E_ATA_1_1.pdf

Rede Unida (2021b). Emergências em Direitos Humanos: Vozes que ecoam, populações que resistem. Live de Lançamento do Fórum dos Direitos Humanos Diversidade e Equidade de Raça e Gênero da Rede Unida. [vídeo] You Tube.

<https://pt-br.facebook.com/associacaoredeunida/videos/emerg%C3%Aancias-em-direitos-humanos-vozes-que-ecoam-popula%C3%A7%C3%B5es-que-resistem/168881865245585/>

Rede Unida (2021c). Bastos, D. Card de divulgação das atividades on line do Fórum DHRede.

Rede Unida (2022). Seminário Brasil & Moçambique: experiências e políticas no combate à violência de gênero.

<https://www.youtube.com/watch?v=q2kOAD4KEY4&list=PLGCPV1cxgWNIa6ftfa3cfTZVxKgNh-p-f>

Reis, R. R. (2011). A América Latina e os direitos humanos. *Contemporânea: Revista de Sociologia da UFSCar*, (2), 101-115.

<http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/42/24>

Rúbio, D. S. (2017). Crítica a uma cultura estática e anestesiada de direitos humanos: por uma recuperação das dimensões constituintes da luta pelos direitos.

Revista Culturas Jurídicas, 4(7).

<https://periodicos.uff.br/culturasjuridicas/article/download/44855/28771>

Santos, F. M.; Soares, L. S. C. & Zanetti, M. F. M. (2021). A construção dos direitos humanos na América Latina: uma análise decolonial. *Res Severa Verum Gaudium*, 6(1).

<https://www.seer.ufrgs.br/index.php/resseveraverumgaudium/article/view/117283>

dos Santos Assis, W. L., & de Souza, S. L. (2019). Colonialismo e desigualdades sociais: ensaio teórico para a construção de um pensamento crítico pós-colonial.

Simbiótica. Revista Eletrônica, 159-171.

<https://www.redalyc.org/journal/5759/575961686012/html/>

Serpa, A. (2018). Diversidade e desigualdade em um contexto de fragmentação socioespacial: avanços e recuos. *Ateliê Geográfico*, 12(2), 22-38.

<https://doi.org/10.5216/ag.v12i2.51811>

Silva, I. C. M.; Restrepo-Mendez, M. C.; Costa, J. C.; Ewerling, F.; Hellwig, F.; Ferreira, L. Z.; Ruas, L. P. V.; Joseph, G. & Barros A.J. D. (2018). Desigualdades no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*, 27(1):e000100017.

<https://www.scielo.br/j/ress/a/6PC8rqBSF4mwB7dsKT35vfH/?format=pdf&lang=pt>

Silva, V. A. (2005). A evolução dos direitos fundamentais. *Revista Latino-Americana de Estudos Constitucionais* 6 (2005): 541-558. <https://constituicao.direito.usp.br/wp-content/uploads/2005-RLAEC06-Evolucao.pdf>

Soares, M. B. (1998). Cidadania e direitos humanos. *Cadernos De Pesquisa*, (104), 39–46. Recuperado de <https://publicacoes.fcc.org.br/cp/article/view/715>

Soares, F. J. P. (2018). Aporofobia e a ética da corresponsabilidade e da hospitalidade cosmopolita em Adela Cortina. *Rev Bras Bioética*, 14(e10):1-13.

<https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/download/16729/15012/28081>

SOU CET (2021). Consultoria, Capacitacitação e Investigação Educativa e Jurídica de Bogotá/ Colombia.

https://m.facebook.com/people/Soucet/100063679027992/?locale=pt_BR

Werneck, G. L. e Carvalho, M. S. (2020) A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. Editorial. Cad. Saúde Pública 2020; 36(5):e00068820 p1-4. doi: 10.1590/0102-311X00068820.

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-36-05-e00068820.pdf>

Wolkmer, A. C. (2002). Direitos Humanos: novas dimensões e novas fundamentações. Revista Direito Em Debate, 11(16-17). [Publicação original. Revista Direito em debate. Ano X nº 16/17 jan./jun. 2002]

<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/revistadireitoemdebate/article/view/768>

Wolkmer, A. C. (2022). Reinventar os Direitos Humanos desde Horizontes Pluralistas e Descolonizadores. In: Costa, C. A.; Fagundes, I. M.; Leal, J. S. (Orgs.) Direitos humanos desde a América Latina, vol. 2: Práxis, Insurgência e Libertação [recurso eletrônico]. Porto Alegre, RS: Editora Fi.

<http://www.editorafi.org>

Wolkmer, A. C. & Maldonado Bravo, E. E. (2016). Horizontes para se repensar os Direitos Humanos numa perspectiva libertadora. In: Direitos humanos na América Latina [recurso eletrônico] Silva Leal, J.; Fagundes, L. M.. cap: p. 39-64 - Curitiba: Multideia. https://www.academia.edu/38127661/A_dial%C3%A9tica_social_do_direito_como_m%C3%A9todo_descolonizador_do_saber_jur%C3%ADdico_na_Am%C3%A9rica_Latina



CAPÍTULO III

SOBRE LOS AUTORES

RESUMENES

AUTORES

Ana Carolina Toguchi

Aluna do curso de medicina do Centro Universitário São Camilo São Paulo, em iniciação científica. E-mail: anacarolina.toguchi@gmail.com

Andreza Silva dos Santos

Mestra em Saúde Coletiva, Assessora Técnica na Associação Estadual de Defesa Ambiental e Social de Minas Gerais (Aedas/MG). E-mail: andreasds2@gmail.com

Alberto Manuel Quintana

Psicólogo, doutor em Ciências Sociais (PUC-SP), foi professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: albertom.quintana@gmail.com

Alcindo Antônio Ferla

Doutor e Mestre em Educação pela UFRGS; professor do Mestrado de Saúde Coletiva da UFRGS. E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Antônio Valmor de Campos

Doutor em Geografia, mestre em Educação, graduado em Ciências, Matemática, Ciências Biológicas e Direito. Coordenou o Centro de Referência em Direitos Humanos (CRDH) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). É Professor da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Tem experiência na área de Direito, com ênfase em Direito Público, e estuda: formação de professores, interdisciplinaridade, movimentos sociais, meio ambiente, direito constitucional e direitos humanos. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em História da Educação Brasileira (GEHDEB). E-mail: antonio.campos@uffs.edu.br

Bruno Azzani Braga

Mestre em Comunicação pela UEL nas áreas da infância, animação, gênero, sexualidade e perspectiva QCK. Atualmente é docente na escola de Belas Artes pelo Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), nas disciplinas na área de design da informação, fotografia e animação 2D. Tem especialização em educação especial, psicopedagogia e neuropsicopedagogia.

Bruno Gonçalves Gavião

Assistente Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF/UFSC) e atualmente é mestrando do Programa de Pós-graduação em Serviço Social (PPGSS/UFSC) na linha de pesquisa “Direitos, Sociedade Civil e Políticas Sociais na América-Latina”.

Carlos Güida Leskevicius

Doctor en Medicina, Universidad de la República, Uruguay. Académico del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Ex director ejecutivo del Programa de Reducción de Riesgos y Desastres, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo - U. de Chile. Profesor titular, Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de Las Américas, Chile. Doctorando en programa de Doctorado en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, Argentina. Email: cguida@uchile.cl

Cláudio Claudino da Silva Filho

Enfermeiro (UNIVASF), Mestre (UFBA) e Doutor em Enfermagem (UFSC), Especialista em Preceptoria no SUS (Hospital Sírio Libanês). Professor Adjunto da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó-SC. Líder do Grupo de Pesquisa/CNPq/UFFS em Educação Popular e Formação em Saúde e Enfermagem (EDUFES). Secretário Geral da Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Santa Catarina (ABEn-SC), Gestão 2023-2025. Orcid 0000-0002-5961-9815. E-mail: claudio.filho@uffs.edu.br

Daniella de Souza Barbosa

Possui Graduação em Fisioterapia (2003), Especialização em Gerontologia (2004), Mestrado em Educação (2009) e Doutorado em Educação (2014), pela Universidade Federal da Paraíba. Professora Adjunta no Departamento de Promoção da Saúde (DPS) do Centro de Ciências Médicas (CCM) no Campus I da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Pesquisa na Área da Saúde Coletiva com ênfase nas áreas da Atenção Primária à Saúde; Saúde da Pessoa com Deficiência; Saúde Mental; e Educação Popular em Saúde, sendo membro do Grupo de Pesquisa Políticas, Educação e Cuidado em Saúde (GPECS/CCM), do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde (NESC/CCS) do Grupo de Estudos e Pesquisas História, Sociedade e Educação no Brasil - Seção Paraíba (HISTEDBR/PB); e do Grupo de Pesquisa em Extensão Popular (EXTELAR), do CNPq/UFPB,. É membro do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do CCM/UFPB. Atualmente exerce cargo como vice-coordenadora da Residência em Saúde Mental do NESC/CCS/UFPB e professora vinculada a Linha de Pesquisa em Educação Popular da UFPB. E-mail: daniella.souza.barbosa@academico.ufpb.br

Federico Villegas Cardona

Nascido na cordilheira central dos Andes, na Colômbia, médico formado pela Universidade Tecnológica de Pereira e mestre em Saúde Coletiva pela UFF, com experiência em pesquisa de saúde em populações indígenas. Atualmente é Doutorando em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva. E-mail: fvillegas@id.uff.br

Flávia Alves da Silva

Especialista em Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade na modalidade de residência multiprofissional pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Conselheira do VI Plenário do Conselho Regional de Psicologia da 17ª Região – RN. Coordenadora do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas do CRP-17/RN. E-mail: flaviaalves1510@gmail.com

Heric Carvalho Vieira

Formado em Psicologia (2021) pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Acadêmico de Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó-SC. Foi bolsista do PET-Saúde. Atualmente é bolsista da extensão Reabilitação Psicossocial na Rede de Atenção Psicossocial em Chapecó. Diretor de Cultura e Extensão da Liga Acadêmica de Clínica Médica e Diretor de Comunicação e Cultura da Liga Acadêmica de Saúde Coletiva (LASC). Orcid: 0000-0001-7718-773X. E-mail: hericcvieira@gmail.com

Izabella Barison Matos

Pós-doutorado em Educação, doutora em Saúde Pública, mestre em Sociologia e graduada em Serviço Social. Coordenou o Centro de Referência em Direitos Humanos (CRDH) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). É professora-visitante do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol) da UFRGS. Estuda: processos formativos na saúde; políticas públicas (educação e saúde) e imigração. Integra a Rede Internacional de Políticas e Práticas de Educação e Saúde Coletiva (Rede Interstício) da UFRGS e o Grupo de Pesquisa Educação, Migração e Direitos Humanos da PUC/PR. E-mail: izabmatos@gmail.com

João Lucas da Silva Ramos

Psicólogo (CRP20/09180), Representante Norte do Fórum dos Direitos Humanos, das Diversidades e Equidade de Raça e Gênero da Rede Unida, Atualmente Bolsista de Especialização pelo Programa Mais Saúde Manaus (PROMAIS/ESAP/SEMSA) no curso de Pós-graduação em Saúde Pública com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família, atuando como Psicólogo na UBS Gebes de Medeiros, Zona Leste de Manaus. Atuou como Gestor no CAPS Iranduba e no Distrito de Saúde Rural, além de Psicólogo no NASF Ribeirinho pela SEMSA Iranduba.

João Paulo Borges Pedro

Doutor em Saneamento pela Universidade Federal de Minas Gerais. Tem mais de uma década de experiência na área de saneamento em comunidades rurais na Amazônia. Atualmente é pesquisador do Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá. Também é Coordenador Institucional PIBIC, e Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Mamirauá. E-mail: joaopaulo.pedro@hotmail.com

Juliana Vieira Sampaio

Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Docente do Programa de Pós-Graduação Profissional em Psicologia e Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará e do Programa de Pós Graduação em Psicologia da UFMG. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (2014 - 2016). E-mail: julianavsampaio89@gmail.com

Laura Bernardina de Oliveira Correa

Graduada em Psicologia pela Universidade do Vale do Itajaí (2023). Pós graduanda em Saúde Pública pelo Centro Universitário Integrado em Campo Mourão – PR.

Letícia Variani

Estudante de Psicologia. Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), campus Chapecó, Orcid 0000-0001-5577-7149. E-mail: leticiasvariani@gmail.com

Liciane Langona Montanholi

Enfermeira (UFTM), Mestre em Enfermagem Obstétrica e Neonatal (EEUSP), Doutora em Ciências (EERP), atualmente colabora na supervisão de ensinamentos clínicos na Universidade de Cabo Verde (UNICV), promove a divulgação de conteúdos que promovam a autonomia do estudante por meio de metodologias ativas e autoconhecimento. Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/7263966809493633>; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8286-4659>

Lilian Marta da Silveira

Especialista em Educação e Segurança Humana, Educação Especial e Gestão Escolar da Educação Básica. Graduada em Pedagogia e curso Licenciatura em Artes. Foi bolsista no Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Docência (PIBID). Tem experiência em Educação Infantil, Educação Especial e Coordenação Pedagógica. Trabalha como professora efetiva na Educação Básica - Secretaria

Municipal da Educação/Prefeitura do Município de Chapecó. Temas de interesse investigativo: educação, ensino superior, movimentos migratórios, educação básica, arte-educação. E-mail: lilian.silveira-cco@hotmail.com

Lorena Vitola Castaño

Abogada, especialista en derechos humanos y sistemas de protección, especialista en docencia universitaria, magister magna cum laude en educación, con estudios de doctorado en derecho en curso. Profesora e investigadora universitaria en áreas de derecho público, derecho constitucional, derechos humanos, derecho internacional humanitario, justicia ambiental, sociología jurídica, y políticas públicas de construcción de paz, entre otras. Asesora de entidades gubernamentales, de empresas privadas, y de ONG; Líder de la Línea de Investigación en Bioética, Derechos Humanos y Educación en Perspectiva Comparada del Grupo de Investigación en Políticas Públicas e Instancias de Socialización (POLIS) de la Universidad Federal Fluminense (UFF) en Brasil; mediadora cultural para la paz del Banco de la República de Colombia; miembro titular de la Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia; y de la Unidad de Innovación para el Desarrollo Sostenible, la Salud, y la Justicia Global para el Aprendizaje Servicio (iAPs 2030) de la UIB; entre otras organizaciones. E-mail: lorenavitola@yahoo.com

Luciane da Silva d'Avila

Graduada em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1996). Especialista em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica pela Faculdade São Fidélis (2015). Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho pela Universidade do Vale do Itajaí (2022). Atuando como enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí. Presidente da ABENFO/SC Gestão 2022-24. E-mail: lucianesdavila@gmail.com

Luiz Francisco Loureiro

Mestre em Ciências Humanas pela Universidade do Estado do Amazonas. É pesquisador bolsista do Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá pelo Programa de Capacitação Institucional do CNPq e tem se dedicado ao estudo da organização social para a gestão da água junto a comunidades ribeirinhas do médio rio Solimões. E-mail: luiz.loureiro@mamiraua.org.br

Márcia Fernanda de Mélo Mendes.

Educadora Física e Sanitarista. Mestre em Saúde Coletiva/UFRGS. Doutora em Antropologia e Comunicação/ URV/Espanha e Doutora em Psicologia/UFGA. Líder do Grupo de Pesquisa Afetações- Políticas e Práticas em Saúde e Educação. Professora do Instituto Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: marciafernandammendes@gmail.com

Marciana Feliciano

Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães (Fiocruz Pernambuco). Enfermeira trabalhadora do SUS. Secretaria de Saúde de Crato -CE. E-mail: marcianafelicoano34@gmail.com.

Marco Antonio de Barros Junior

Mestrando em Comunicação pela UEL com pesquisa voltada aos estudos de gênero, sexualidade, historiografia, memória e imprensa alternativa. Atualmente é jornalista multimídia da Televisão Cultural e Educativa da UEL. Também tem especialização em Comunicação e Cultura Política.

Maria Elisa Gonzalez Manso

Doutorado em Ciências Sociais, pós-doutorado e mestrado em Gerontologia Social pela PUC SP. Especialista em Direito Sanitário e Educação Médica pela USP. Médica e bacharel em direito. Professora titular no curso de medicina e direito do Centro Universitário São Camilo São Paulo. E-mail: mansomeg@hotmail.com

Maria Fernanda Terra

Doutorado e mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo. Especialista em Educação Médica pela USP. Enfermeira. E-mail: maria.terra@prof.saocamilo-sp.br

Martinho Braga Batista e Silva

Doutor em Antropologia Social, Professor Associado do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). E-mail: silmartinho@gmail.com

Paulo de Tarso Xavier Sousa Junior

Psicólogo, mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria e docente na Universidade Estadual do Maranhão. E-mail: paulo_juniorpio@hotmail.com

Reginaldo Moreira

Poeta, jornalista, gerontólogo, cozinheiro, professor da graduação e pós-graduação em Comunicação da UEL. Pesquisador da DECO, Entretons e Observatório Nacional de Políticas Públicas e Educação em Saúde. Filho da Santina e do Manoel, de Xangô e Yemanjá... Pai do Tom Zé. No movimento dos estilhaçares, na quebra, juntas. Amo biodança, as artes e tudo que desloca e fabula realidades outras de mundos possíveis a todes. Praia, cachoeira, drinks, massa,

viagens, samba, MPB, shows, teatro, contar histórias... Graduação em Comunicação Social/Jornalismo PUC-Campinas. Mestre em Gerontologia, pela Unicamp. Doutor pela USP, em Ciências da Comunicação. Pós-doutor pela UFRJ, em gênero e sexualidade, na perspectiva queer.

Robson Aparecido da Costa Silva

Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Psicólogo. Professor de Psicologia da Autarquia Educacional de Serra Talhada (AESET). Conselheiro do XVII Plenário do Conselho Regional de Psicologia de Pernambuco (CRPPE). Pesquisador do Grupo Dadá & Macondo (UFRPE/UAST). E-mail: robsoncostapsic@gmail.com.

Rose Mari Ferreira

Doutoranda em Saúde Coletiva pela UNISINOS, bolsista CAPES-PROSUC; Mestra em Saúde Coletiva pela UFRGS; Especialista em Saúde Coletiva pelo IFRS-campus Alvorada/RS; cirurgiã-dentista pela PUC/RS; professora substituta de Saúde Coletiva pelo IFRS-campus Alvorada/RS. E-mail: rosemariferreira344@gmail.com

Ruth Maria Mendonça Anacleto

Possui curso técnico profissionalizante em Controle Ambiental pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba - IFPB (2019) e atualmente é graduanda em medicina pela UFPB. Atualmente, dedica-se às áreas da gastroenterologia e geriatria, atuando em projetos de extensão e ligas acadêmicas na área. E-mail: ruth.anacleto@academico.ufpb.br

Stella Maris Brum Lopes

Graduada em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (1987). Mestre em Saúde Pública (2001) e Doutora em Saúde Pública (2005), ambos pela Universidade de São Paulo. Atualmente é professora adjunta no curso de Fonoaudiologia e Coordenadora do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí/SC.

Taína Martins Magalhães

Mestra em Engenharia Civil, na área de Saneamento e Ambiente pela Universidade Estadual de Campinas. É pesquisadora bolsista em Saneamento Rural do Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá pelo Programa de Capacitação Institucional do CNPq. Amante de poesia, sobretudo daquela nos leva num mergulho sem rumo por águas desconhecidas. E-mail: magalhaes.taina@gmail.com

Túlio Franco

Psicólogo, Professor Titular e Diretor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF). Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp, Pós-doutor em ciências da saúde pela Universidade de Bolonha-Itália. Conselheiro do Conselho Nacional de Participação Social da Presidência da República do Brasil. Em janeiro de 2022 recebeu o prêmio Sérgio Arouca de Saúde e Cidadania, da Associação dos Servidores da Fiocruz, representando a Frente pela Vida, pela sua participação no enfrentamento à Pandemia de Covid-19.

Vanessa Ruffatto Gregoviski

Psicóloga especialista em Saúde Mental (RIMS, Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS) e Mestra em Psicologia Clínica (UNISINOS). É doutoranda (bolsa CAPES) investigadora do Centro de Estudos Globais da Universidade Aberta, Portugal, e no LABORClínica, UNISINOS. Pesquisa saúde mental, trabalho e migração. E-mail: vanessaruffattog@gmail.com

Vera Rocha

Fisioterapeuta e Educadora Física. Professora Associada da UFRGS (aposentada). Mestre em Desenvolvimento Humano (UFSM); Doutora em Educação (UFRN). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Políticas Públicas e Instâncias de Socialização - POLIS (Universidade Federal Fluminense). Professora convidada da SOUCET- Consultoria e Investigação Educativa e Jurídica. Coordenadora do Fórum de Direitos Humanos, Diversidade e Equidade de Raça e Gênero da Rede Unida. Feminista, militante em defesa do SUS e do movimento negro. E-mail: vrochafisio@gmail.com

Yasmin Maria Sátiro Cruz Tavares

Graduanda de medicina pela Universidade Federal da Paraíba desde 2019, encontrando-se, atualmente no 9º período. É pesquisadora nas áreas de saúde mental e de educação popular em saúde. É membro do projeto de Extensão Popular em Saúde e a Promoção do Cuidado em um Grupo de Mães de Pessoas com Deficiência. E-mail: yasminmariasct@gmail.com



DIREITOS HUMANOS,
DIVERSIDADE E ENSINO SUPERIOR:
DIÁLOGOS ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE

Organizadoras:

Vera Rocha
Lorena Vitola Castaño



ISBN 978-65-5462-129-8

