

DIREITOS HUMANOS E DIREITO À SAÚDE

Perspectivas Críticas



Vanda Micheli Burginski
Paulo Sérgio Gomes Soares
(Organização)

DIREITOS HUMANOS E DIREITO À SAÚDE

Perspectivas Críticas



Vanda Micheli Burginski
Paulo Sérgio Gomes Soares
(Organização)

DIREITOS HUMANOS E DIREITO À SAÚDE

Perspectivas Críticas



Palmas- TO
2021

Universidade Federal do Tocantins

Editora da Universidade Federal do Tocantins - EDUFT

Reitor

Luis Eduardo Bovolato

Vice-reitora

Ana Lúcia de Medeiros

Pró-Reitor de Administração e Finanças (PRO-AD)

Jaasiel Nascimento Lima

Pró-Reitor de Assuntos Estudantis (PROEST)

Kherley Caxias Batista Barbosa

Pró-Reitora de Extensão, Cultura e Assuntos Comunitários (PROEX)

Maria Santana Ferreira Milhomem

Pró-Reitora de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas (PROGEDEP)

Vânia Maria de Araújo Passos

Pró-Reitor de Graduação (PROGRAD)

Eduardo José Cezari

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação (PRO-PESQ)

Raphael Sanzio Pimenta

Conselho Editorial

Presidente

Francisco Gilson Rebouças Porto Junior

Membros por área:

Liliam Deisy Ghizoni
Eder Ahmad Charaf Eddine
(Ciências Biológicas e da Saúde)

João Nunes da Silva
Ana Roseli Paes dos Santos
Lidianne Salvatierra
Wilson Rogério dos Santos
(Interdisciplinar)

Alexandre Tadeu Rossini da Silva
Maxwell Diógenes Bandeira de Melo
(Engenharias, Ciências Exatas e da Terra)

Francisco Gilson Rebouças Porto Junior
Thays Assunção Reis
Vinicius Pinheiro Marques
(Ciências Sociais Aplicadas)

Marcos Alexandre de Melo Santiago
Tiago Groh de Mello Cesar
William Douglas Guilherme
Gustavo Cunha Araújo
(Ciências Humanas, Letras e Artes)

Comitê Editorial do Selo do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde (PPGECS)

Presidente

Leandro Guimarães Garcia

Membros do Comitê Editorial

Fernando Quaresma
Janeisi de Lima Meira
José Lauro Martins
Erika da Silva Maciel

Diagramação e capa: Gráfica Movimento

Arte de capa: Lucas Camargo, inspirada na obra de Paul Füst - o médico da peste - de 1656
O padrão ortográfico e o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas de cada autor. Da mesma forma, o conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade de seu respectivo autor.



<http://www.abecbrasil.org.br>



<http://www.abeu.org.br>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

D598

Direitos humanos e direito à saúde: perspectivas críticas / Organização:
Vanda Micheli Burginski, Paulo Sérgio Gomes Soares – Palmas, TO:
EDUFT, 2021.

134 p. ; 21x29,7 cm.

ISBN 978-65-89119-94-4

1. Direitos humanos 2. Saúde, direito. 3. Saúde, política. 4.
Judicialização, saúde. 5. Pandemia, Palmas. 6. Qualidade de vida, . I. Vanda
Micheli Burginski. II. Paulo Sérgio Gomes Soares. III. Título. IV. subtítulo.

CDD – 362.1068

Revisão Paulo Sérgio Gomes Soares

Arte da capa - Lucas Camargo, arte urbana, leitura contemporânea inspirada na gravura em cobre colorida de Paul Fürst, “Médico da peste”, de 1656.

DEDICATÓRIA

Dedicamos este livro aos trabalhadores e trabalhadoras da saúde

Aos defensores dos Direitos Humanos

Aos que lutam por Justiça Social

Aos que desejam uma outra ordem societária...

Agonia de um filósofo

Consulto o Phtah-Hotep. Leio o obsoleto
Rig-Veda. E, ante obras tais, não me consolo...
O Inconsciente me assombra e eu nele rolo
Com a eólica fúria do harmatã inquieto!

Assisto agora à morte de um inseto!...
ah! todos os fenômenos do solo
Parecem realizar de polo a polo
O ideal de Anaximandro de Mileto!

No hierático areópago heterogêneo
Das ideias, percorro como um gênio
Desde a alma de Haeckel à alma cenobial!...

Rasgo dos mundos o velário espesso;
E em tudo, igual a Goethe, reconheço
O império da substância universal!

(Eu, Augusto do Anjos, 1912)

SUMÁRIO

PREFÁCIO: SAÚDE NÃO É MERCADORIA	9
APRESENTAÇÃO	13

SEÇÃO I CRISE, DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E PRIVATIZAÇÃO

DETERMINAÇÃO SOCIAL: PERSPECTIVA CONTRA-HEGEMÔNICA NA LUTA PELO DIREITO À SAÚDE	
Paulo César de Castro Ribeiro	19
PRIVATIZAÇÃO DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA	
Vanda Micheli Burginski; Elisane Barros de Sousa	31
JUVENTUDE, EDUCAÇÃO SUPERIOR E SOFRIMENTO PSÍQUICO: SINTOMAS SOCIAIS DE DESALENTO NO CONTEXTO PANDÊMICO	
Cynthia Studart Albuquerque; Lara Moreira Giló; Amanda Karol de Oliveira Costa; Gabriela Oliveira Ferreira	50

SEÇÃO II DIREITOS HUMANOS E JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

MERCANTILIZAÇÃO E JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE A LUZ DA TEORIA CRÍTICA DE HERBERT MARCUSE	
Paulo Sérgio Gomes Soares; Lucimara Andreia Moreira Raddatz	65
DIREITOS HUMANOS, JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E PANDEMIA: QUE FUTURO CONSTRUIREMOS?	
Carlos Mendes Rosa; Franciana Di Fátima Cardoso Costa; Kenia Martins Pimenta Fernandes	82
A RESTRIÇÃO DO DIREITO AO ACOMPANHANTE ÀS PARTURIENTES, DURANTE E APÓS O PARTO, NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE PALMAS/TO EM MEIO À PANDEMIA DA COVID-19	
Vinicius Pinheiro Marques; Letícia Dayanne Coelho Araújo	99

SEÇÃO III DIREITOS HUMANOS, DIREITOS DA CRIANÇA E ACESSIBILIDADE

DIREITOS DA CRIANÇA: REFLEXÕES SOBRE A VIOLÊNCIA INFANTIL	
Leidiane Ferreira Santos; Marcelo Neris Vilela; Laiane de Paula Aquino Oliveira Carvalho; Raquel Cristina da Costa Brito; Juliana Bastoni da Silva	114
ACESSIBILIDADE, DIREITOS HUMANOS E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE SERVIDORES NO ÂMBITO DA UFT- CAMPUS DE PALMAS	
Patrícia Medina; Marja Diane Pereira Brito de Oliveira; Izabela Medina D'Ambros .	124

Prefácio

Saúde não é mercadoria

Para que a saúde se sobreponha à doença, é preciso mudar completamente o comportamento cotidiano, os modelos de vida, a produção e o consumo, as formas de participação na atividade comunitária, a direção política do governo e dos administradores locais. É necessária uma revolução profunda, que envolva todos os partidos e atravesse a existência cotidiana de cada um. Esse é o desafio. (BERLINGUER, 1988, p. 3)¹.

O excerto nos brinda com uma importante reflexão acerca da necessidade da construção de uma outra ordem societária com transformações nos modos de vida e de produção para que a saúde seja de fato um direito e se sobreponha à doença. A mercantilização da saúde privilegia a doença, que vira fonte de lucros para as indústrias farmacêuticas e toda a cadeia privada de saúde que vem no seu esteio. Inspirada na reflexão de Berlinguer, escrevo o prefácio desta coletânea que trilha os caminhos da crítica, brindando os leitores com textos atuais e relevantes sobre temas e questões emergentes relacionadas aos Direitos Humanos e a saúde, abrangendo os processos de judicialização da saúde em decorrência, sobretudo, das negativas em cumprir os preceitos constitucionais. A contribuição do livro pode ser sintetizada nas três seções que compõe a obra e se interseccionam para expor um panorama sobre as seguintes temáticas da saúde: Seção I – Crise, determinação social da saúde e privatização; Seção II - Direitos Humanos e Judicialização da saúde e; Seção III - Direitos Humanos, direitos da criança e acessibilidade.

Trata-se de uma produção coletiva, fruto do esforço acadêmico e científico de vários pesquisadores que, em rede, compartilham as suas produções e debates em curso nos seus respectivos Programas de Pós-Graduação e grupos de estudo e pesquisa em diferentes Instituições de Ensino Superior (IES). Fazem parte dessa produção membros do: Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins (PPGECS/UFT), que vincula o Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde da Criança (GEPESC); o Programa de Pós-Graduação do Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social da Universidade Estadual do Ceará (MASS/UECE), que vincula o Grupo de Pesquisa em Educação, Políticas Sociais e Serviço Social (NEPSSS); o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Tocantins (PPGSC/UFT), que vincula o Grupo de Pesquisa e Extensão sobre Estado, Política Social e Serviço Social (GEPOSS); o Programa de Pós-Graduação em Prestação Jurisdicional em Direitos Humanos da Universidade Federal do Tocantins (PPGJDH/UFT/Esmat), que vincula o Grupo de Pesquisa em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos e o Grupo de Pesquisa da Subjetividade, Psicanálise e Direitos Humanos; o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSC/UFRJ); além da participação de membros do Grupo de Pesquisa Direitos Humanos e Práticas Discursivas, da Universidade Católica do Tocantins (UniCatólica/TO).

¹ BERLINGUER, G. Uma reforma para a saúde. Por um serviço sanitário nacional: análise e proposta. In.: BERLINGUER, G.; FLEURY TEIXEIRA, S. M.; CAMPOS, G. W. S. *Reforma sanitária: Itália e Brasil*. Trad. Tânia Pellegrini. São Paulo: HUCITEC-CEBES, 1988.

Os estudos e pesquisas demonstram que as IES estão respondendo ao momento histórico de crise sanitária e aprofundamento da crise do capital, procurando contribuir com reflexões aprofundadas e leituras pontuais acerca da saúde em meio a essa realidade que assola o mundo, em especial o Brasil, para além da pandemia da Covid-19, com os processos de mercantilização, o negacionismo e o anticientificismo, o pensamento reacionário/conservador, as imposições do capital sobre a força de trabalho, etc., que seguem produzindo as contradições sociais. Os autores e autoras realizam análises que representam as expressões da “questão social” e suas interfaces com os Direitos Humanos, captando as contradições da sociedade capitalista e desvelando processos e desafios a serem enfrentados pela classe trabalhadora, em um momento de expropriação de direitos e desmonte das políticas sociais, movidas pelo pensamento ultraconservador e ultraneoliberal, que coloca a economia acima da vida.

Escrevo esse prefácio quando o Brasil contabiliza mais de 400 mil mortes em função da Sars-CoV-2, o novo Coronavírus, que provocou a pandemia da Covid-19 e a emergência sanitária no mundo todo. Uma dura situação sanitária que colocou em evidência as desigualdades sociais e, sobretudo, as dificuldades de acesso a saúde e aos direitos para a classe que vive da venda da sua força de trabalho. Evidencia-se que as desigualdades sociais também produzem formas desiguais de mortes, adoecimentos e acesso à tratamentos, principalmente, quando relacionados às condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora. O contexto da pandemia trouxe à tona as diferentes realidades sanitárias da população, com destaque para a população mais pobre que vive nas periferias das cidades, no campo, nos quilombos, na floresta, tornando evidente que as desigualdades são atravessadas pelas questões de classe, gênero, raça e etnia.

Em tempos duros e singulares, eivado de contradições, é fundamental a leitura desta coletânea com autoras e autores comprometidos com uma visão crítica sobre a saúde e defesa dos Direitos Humanos, pois trazem a esperança para a construção de um projeto de emancipação humana em que se vislumbra a garantia dos direitos sociais construídos historicamente pela classe trabalhadora. As reflexões críticas fortalecem a possibilidade de resistência a uma política de extrema direita que nega os direitos sociais e a ciência, destrói o meio ambiente, invade, explora e esgota as terras protegidas por comunidades tradicionais, libera agrotóxicos e envenena a água e o solo, dificulta a compra e liberação de vacinas para todas as pessoas, criminaliza os movimentos sociais e adota uma política deliberada de fazer morrer e não deixar viver ao adotar a necropolítica (MBEMBE, 2018)² como projeto para o Brasil.

Enfim, os textos convidam a refletir acerca da efetivação dos Direitos Humanos e dos direitos sociais com uma crítica perspicaz e contundente à lógica do modo de produção capitalista, que gera e aprofunda as contradições sociais numa estrutura societária dividida em classes antagônicas e na qual o trabalho é realizado com base na exploração de uma classe sobre a outra. Precisamos compreender a lógica da sociedade capitalista para entender os desdobramentos nas efetivações/violações dos direitos. A reflexão crítica sobre a ordem societária, nesse sentido, auxilia na construção de perspectivas emancipatórias e de resistência contra o caráter destrutível do capital e de seus desdobramentos nas várias esferas da vida, particularmente, na política de saúde, que é o foco do livro. Sabidamente, o direito a saúde e a efetivação dos direitos sociais no país passa pela crítica e pelas resistências às contrarreformas do Estado, que vem sendo implementadas desde os anos 1990 e, com mais intensidade a partir de 2016, com ataques aos direitos e às políticas sociais.

² MBEMBE, A. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. Tradução de Renata Santini. São Paulo: N.1 Edições, 2018.

Na saúde, a contrarreforma do Estado vem avançando de forma acelerada, subordinando o Sistema Único de Saúde (SUS) à lógica do mercado privado, transformando a saúde em mercadoria e gerando processos de judicialização, como abordado em três capítulos do livro. A luta pela garantia da saúde e efetivação do SUS passa pela disputa de projetos presentes na sociedade: a Reforma Sanitária; a Reforma Sanitária Flexibilizada e; o Projeto Privatista. (BRAVO; PELAEZ, 2020)³. Com base nesses projetos em disputa, tomamos como referência o da Reforma Sanitária, gestado a partir de meados dos anos de 1970 e que teve o apoio dos movimentos sociais e dos pesquisadores e estudiosos da saúde. Essa reforma sanitária tem como defesa da universalização da saúde e seu caráter público e estatal, que na coletânea aparece como a defesa do SUS, público, estatal e de qualidade, bem como a defesa de direitos específicos como a garantia de acompanhantes para as parturientes, mesmo que em cenário pandêmico, a defesa dos direitos das crianças em situação de violência, a defesa da acessibilidade para pessoas com deficiência e pessoas com mobilidade reduzida em ambiente acadêmico, a preocupação com a saúde mental dos(as) estudantes das IES, durante a pandemia, etc. Todos estes debates possuem lastro na transversalidade do conhecimento, fundamental em tempos de narrativas conservadoras, apoiadas pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, cujas afirmações destoam da realidade da população brasileira e caminham para a defesa de políticas voltadas para atender aos grupos específicos que aderem à sua ideologia enviesada e restrita à incipiência nas políticas que atendam a todas as perspectivas de valores sociais, morais, ambientais, etc.

Também chamo atenção para o processo de reconfiguração do Estado brasileiro e o progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas sociais públicas, atendendo as exigências da política macroeconômica adotada no país. Para além desses retrocessos, as caracterizações atuais, nesses tempos de pandemia, revelam um recrudescimento do conservadorismo ao estabelecer práticas de cunho moralista, preconceituosas, punitivistas e com viés de privatização, em detrimento do fortalecimento das instituições sociais públicas democráticas, de forma a garantir direitos.

Em meio a pandemia da Covid-19, o governo brasileiro optou por seguir com um projeto de sucateamento das universidades públicas. Regulamentou o Ensino Remoto Emergencial (ERE) com base numa política unilateral, sem oferecer condições para a sua implementação, colocando docentes e discentes como principais responsáveis pela sua realização, o ERE precariza as relações de aprendizado e permite sínteses desse processo: como o aligeiramento do ensino sem possibilidade de debate e formação de uma consciência crítica, invade as residências e a vida privada de todos os segmentos que compõem a comunidade acadêmica, simplesmente, pressupondo que toda a população está preparada para dar o que se pensa ser um salto positivo para um novo modelo educacional. Nada mais tendencioso, ideológico e afeito às exigências do capitalismo para as políticas educacionais, visando muito lucro, investimento quase zero e formação para o mercado.

Como se não bastasse, o governo nomeou interventores em várias Universidades públicas federais, desconsiderando completamente as eleições/consultas públicas realizadas com a comunidade universitária, interferindo na autonomia didático-científica, administrativa e de gestão das universidades públicas, conforme preconizado pelo artigo 207 da Constituição Federal de

3 BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. In: Estado, Democracia e Saúde. **Revista Ser Social**. V. 22. n.º. 46. Brasília: janeiro a junho de 2020.

1988. Trata-se de tentativas evidentes de privatização das universidades públicas. O financiamento de toda estrutura necessária ao funcionamento das aulas, o ingresso e permanência de estudantes da rede pública é de responsabilidade do Estado e não pode ser transferido para discentes e trabalhadores das IES. Todos esses ataques às universidades vêm adoecendo servidores técnicos, docentes e discentes, como bem evidencia um dos capítulos do livro, intitulado “Juventude, Educação Superior e sofrimento psíquico: sintomas sociais de desalento no contexto pandêmico”, que brilhantemente explora essa situação e mostra a realidade como a estamos vivenciando. Nesse sentido, parece-nos fundamental, ainda, que estudos e pesquisas sobre o Ensino Superior e o sofrimento psíquico, envolvendo os discentes e os docentes, em tempos de pandemia, sejam divulgados e lidos pela população em geral. É um período de incertezas e sem investimentos que garantam um suporte psicológico e financeiro para a realização das atividades com qualidade nesse período pandêmico.

Os problemas de saúde enfrentados pela classe trabalhadora possuem relação estreita com a forma como a sociedade está organizada, cuja essência é a exploração do trabalho, que resulta em desigualdades sociais: pobreza, desemprego, falta de moradia, fome etc., condições benéficas ao capital e deletérias à população, fazendo com que a falta de saúde se configure numa condição socialmente imposta e seja naturalizada.

Por fim, e reafirmando as minhas impressões acerca desse livro que vai chegar aos leitores, penso que, enquanto existir o modo de produção capitalista, a “questão social” e seus desdobramentos para o desmonte dos direitos sociais, haverá sempre a convocação para a resistência e para a luta por direitos e por uma outra forma de sociabilidade, “para além do capital”. (MÉZÁROS, 2009)⁴. Parabenizo as pessoas envolvidas na organização da obra, que são companheiras e companheiros de trabalho e de luta, por esta importante contribuição, desejando que a coletânea suscite novos debates críticos e que venham a fortalecer a defesa da democracia e dos direitos sociais historicamente conquistados pela classe trabalhadora.

Heleni Duarte Dantas de Ávila⁵

Cachoeira, Recôncavo da Bahia, maio de 2021.

4 MÉZÁROS, I. *Para além do capital: rumo a uma teoria da transição*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.

5 Doutora em Saúde Pública (UFBA). Professora Programa de Pós-Graduação em Política Social e Territórios da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). *E-mail*: heleniavila@ufrb.edu.br

Apresentação

“Ainda nos encontraremos em um lugar onde não há escuridão”
(George Orwell, 1984).

Enquanto os autores produziam esta coletânea e realizavam as suas pesquisas e estudos os meios de comunicação e as redes sociais noticiavam o seguinte: a rápida disseminação do coronavírus e o surgimento de novas cepas; o drama brasileiro frente ao deboche e o descaso com a contaminação pela chamada “gripezinha”; a intensificação dos processos de privatização da saúde através das Organizações Sociais na gestão dos hospitais de campanha; as denúncias de desvio de dinheiro público e superfaturamento na compra de insumos e equipamentos; o estímulo ao uso de remédios e tratamentos ineficazes contra a Covid-19, como a hidroxicloroquina, ivermectina e outras drogas; o estímulo às aglomerações, desde o início da pandemia, realizadas pelo próprio Presidente da República sem o uso de máscara junto aos seus poucos e fanáticos apoiadores; os crimes contra a saúde pública e as festas clandestinas; o negacionismo e as passeatas insanas; o protelamento na compra das vacinas e a crença falsa na “imunidade de rebanho” mediante a irresponsável contaminação do máximo de pessoas (como se houvesse um gado destinado a morte); os ataques à democracia, ao Supremo Tribunal Federal (STF) e a Constituição Federal; a ascensão do neoconservadorismo obscurantista; as teorias da conspiração, o anticientificismo e os ataques fortuitos às universidades; as *fake news* nas redes sociais contra as vacinas e a alienação social; o desfinanciamento das políticas públicas e sociais e as contrarreformas do Estado; a flexibilização da economia, a contaminação em massa e o colapso dos serviços públicos de saúde; o descaso com a vida dos trabalhadores e trabalhadoras como marcas da necropolítica (MBEMBE, 2020) e do Estado suicidário (SAFATLE, 2019); os massacres e chacinas pela polícia nas comunidades e favelas; o avanço das milícias e a ausência do Estado; a ascensão da nova direita populista armada; o aumento dos casos de racismo, misoginia e lgbtfobia; a violência estatal, que fere os Direitos Humanos; a militarização dos Ministérios, das instituições públicas e o medo do retorno à repressão militar, que tanto mal já fez a milhares de famílias e ao país no período da ditadura (1964-1985); a crise política devido ao recrudescimento das agendas neoliberais; a crise estrutural e metabólica do capital (MÉSZÁROS, 2011) agravada pela pandemia e o aprofundamento da crise social; a crise ambiental em decorrência do crescimento vertiginoso do desmatamento e da destruição por queimadas criminosas na Amazônia e no Cerrado; o avanço destrutivo do agronegócio sobre as novas fronteiras agrícolas e a iminência dos conflitos agrários; a criminalização dos movimentos sociais, das lideranças indígenas e quilombolas; as contradições e o esgotamento das possibilidades civilizatórias do modo de produção capitalista...

A lista das “invasões bárbaras” parece interminável e compõe o cenário das situações cotidianas, perfazendo as tessituras da vida na sociedade do capital em franca crise estrutural e metabólica. O livro 1984, de George Orwell, talvez seja a distopia mais próxima da realidade de nosso tempo, em que a manipulação da sociedade totalitária do capital inverte os significados da realidade em uma “guerra travada, pelos grupos dominantes, contra seus próprios súditos, e o seu objetivo não é conquistar territórios nem impedir que outros o façam, porém manter intacta a estrutura da sociedade”. Para manter intacta a ordem vigente, os sentidos e significados que poderiam mobilizar qualquer transformação social qualitativa são invertidos, agora “Guerra é Paz. Liberdade é Escravidão. Ignorância é Força”. Qualquer semelhança com a realidade bra-

sileira não é mera coincidência, “a história se repete como tragédia ou como farsa” (MARX, 2011). O controle do presente é também o controle do passado em meio a tanta turbulência, desinformação, negação da história e descaso.

Na pandemia, observamos estarecidos os hospitais públicos e privados superlotados ou em situação de colapso; o esgotamento e o estresse dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde; a falta de medicamentos e *kits* para intubação, a falta de oxigênio e a morte agonizante; as formas de tratamento, o uso de EPIs, o isolamento e o distanciamento social, o *lockdow*; o trabalho *home office*; o auxílio emergencial e as filas enormes de pessoas desesperadas; as expectativas na produção e entrega das vacinas gratuitas pelo SUS para todos os brasileiros e brasileiras, etc. No horizonte a possibilidade de retorno a uma “normalidade” que não chega, senão um suposto “novo” normal, embora nada seja como antes, já que as marcas e as memórias da pandemia permanecem e permanecerão nas gerações que a vivenciam hoje, sofrendo com as perdas de familiares e amigos.

Nas três últimas décadas, o aparecimento de epidemias em várias partes do mundo já vinha dando sinais de alerta. Pesquisas demonstram que a multiplicação de grandes epidemias como Ebola, SARS, MERS (2003) e H1N1 (2009) se deve cada vez mais a destruição e a mercantilização da natureza, a alteração dos ambientes naturais e o contato entre humanos e a fauna silvestre (Daszak et al, 2000)⁶. São, portanto, doenças acopladas à lógica destrutiva do capital e sua crise metabólica. É o caso da pandemia da Covid-19, que não causou a miséria social, mas acentuou e potencializou o que já estava em curso. A normalidade da miséria sentenciada cotidianamente em nossos tempos se acentuou e as retóricas vazias que democratizam o vírus, espalham a farsa e formam a falsa consciência para manter a economia: “a doença atinge a todas as pessoas, somos todos iguais”, “corremos os mesmos riscos”, “estamos no mesmo barco”, “o Brasil não pode parar”, etc. Esse princípio liberal de igualdade formal, transformado em senso comum, reativou-se quase que instantaneamente, como uma espécie de tapa-olhos sobre quem mais sofre e morre nessa tragédia: os trabalhadores e trabalhadoras. Evidentemente, no Brasil, a população negra que vive nas periferias das grandes cidades tem sido mais acometida pela doença devido à exposição, seja por empregos precários, seja por moradias inadequadas para a manutenção da higiene durante o isolamento social e, da mesma forma, pela dificuldade em obter atendimento para mitigar os efeitos da pandemia.

Em muitas casas prevalece o domínio do patriarcado sobre os corpos e a vida das mulheres. O medo se intensificou durante a pandemia e o ambiente que deveria ser um lugar seguro do vírus tem sido palco de violência e, por vezes, leito de morte de mulheres vítimas de feminicídios, que aumentaram no período de confinamento (2,2%) e reduziram as possibilidades de denúncias e de prevenção de assassinatos de mulheres, conforme informações do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP)⁷. As mulheres têm dificuldades de acessar as “mal tecidas redes de proteção” para denunciar as violências sofridas.

6 Conforme estudos realizados por Peter Daszak, ecologista de doenças, que se dedica a estudar como surgem os vírus. O pesquisador também é presidente da EcoHealth Alliance, organização global de pesquisa científica com sede em Nova York e membro da Academia Nacional de Medicina dos Estados Unidos. Daszak, Peter et al. Emerging Infectious Diseases of Wildlife – Threats to Biodiversity and Human Health. In: **Revista Science** V. 287, p 443-449, Jan. 2000. Disponível em: www.sciencemag.org

7 Dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) mostram que houve um aumento de 2,2% nos casos de feminicídios no Brasil e em contrapartida há uma queda nos registros de lesão corporal dolosa que foi de 27,2%, entre março e maio de 2020 e apontam para um dos aspectos a serem destacados é a dificuldade de acesso das mulheres em situação de violência doméstica às redes de proteção. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/publicacoes/violencia-contra-meninas-e-mulheres/>

Nossas desigualdades carregadas historicamente para o presente produzem condições desiguais nas mais diferentes esferas da vida e influenciam nas possibilidades – de se contaminar e sobreviver ou de morrer em decorrência da doença, cada um à sua própria sorte em meio à desídia. A pandemia da Covid-19, no Brasil, mostrou as mazelas sociais e está atravessada pelas desigualdades de classe, gênero, raça/etnia e geração, com foco nas condições de vida e de trabalho que estruturam as relações sociais no modo de produção capitalista.

Num contexto de medo e insegurança, em 26/04/2021 foi divulgado amplamente na mídia, que o Governo Federal enfrentaria 23 acusações sobre o seu papel negligente durante a pandemia por uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI). Embora não seja o nosso propósito discutir essas acusações, o momento histórico exige que elas estejam elencadas nesta apresentação como forma de expressar o repúdio ao descaso e a negligência para com o povo brasileiro, bem como reafirmar o que desejamos arduamente: justiça.

Seguem as acusações:

1 - O Governo foi negligente com processo de aquisição e descreditou a eficácia da Coronavac (que atualmente se encontra no PNI [Programa Nacional de Imunização]); 2 - O Governo minimizou a gravidade da pandemia (negação); 3 - O Governo não incentivou a adoção de medidas restritivas; 4 - O Governo promoveu tratamento precoce sem evidências científicas comprovadas; 5 - O Governo retardou e negligenciou o enfrentamento à crise no Amazonas; 6 - O Governo não promoveu campanhas de prevenção à Covid; 7 - O Governo não coordenou o enfrentamento à pandemia em âmbito nacional; 8 - O Governo entregou a gestão do Ministério da Saúde, durante a crise, a gestores não especializados (militarização do MS); 9 - O Governo demorou a pagar o auxílio-emergencial; 10 - Ineficácia do PRONAMPE [programa de crédito]; 11 - O Governo politizou a pandemia; 12 - O Governo falhou na implementação da testagem (deixou vencer os testes); 13 - Falta de insumos diversos (kit intubação); 14 - Atraso no repasse de recursos para os Estados destinados à habilitação de leitos de UTI; 15 - Genocídio de indígenas; 16 - O Governo atrasou na instalação do Comitê de Combate à Covid; 17 - O Governo não foi transparente e nem elaborou um Plano de Comunicação de enfrentamento à Covid; 18 - O Governo não cumpriu as auditorias do TCU durante a pandemia; 19 - Brasil se tornou o epicentro da pandemia e ‘covidário’ de novas cepas pela inação do Governo; 20 - Gen. Pazuella, Gen. Braga Netto e diversos militares não apresentaram diretrizes estratégicas para o combate à Covid; 21 - O Presidente Bolsonaro pressionou Mandetta e Teich para obrigá-los a defender o uso da Hidroxicloroquina; 22 - O Governo Federal recusou 70 milhões de doses da vacina da Pfizer; 23 - O Governo Federal fabricou e disseminou *fake news* sobre a pandemia por intermédio do seu gabinete do ódio (G1, 2021)⁸.

Em meio à CPI, e diante das 473.404 mil mortes⁹ em decorrência da Covid-19, o prognóstico do contexto político ‘do pior dos mundos’ se confirma perante os fatos. A tese da imunidade de rebanho – de não usar máscaras e deixar a população se contaminar para ganhar imunidade

8 Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/04/25/casa-civil-envia-a-ministerios-lista-com-23-acusacoes-contr-o-governo-no-combate-a-pandemia.ghtml> Acesso em 27/04/2021.

9 Atualizado: óbitos confirmados em 07/06/2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>

natural - e do tratamento precoce com medicamentos comprovadamente ineficazes contra a Covid-19 tem mostrado os resultados desastrosos para o país e para o mundo. E os brasileiros e as brasileiras estão de joelhos submetidos à dura realidade de que não há o que fazer senão aceitar a sina de que a economia tem mais valor do que a vida e que “o Brasil não pode parar”.

Numa época em que as mentiras e o obscurantismo fazem parte da plataforma governamental, dizer a verdade se tornou um ato de coragem revolucionária de grande valor. O Brasil está na “vanguarda da estupidez humana” no que tange ao debate sobre a eficácia do tratamento precoce dos acometidos pela Covid-19, “essa é uma discussão delirante, esdrúxula, anacrônica e contraproducente [...], é como se estivéssemos discutindo de que lado da terra plana vamos pular. Não tem lógica”, afirmou a Dra. Luana Araújo, no dia 02/06/2021, durante a sabatina na CPI¹⁰.

É com inspiração nesse ato de coragem em defesa da ciência contra o obscurantismo que esta coletânea intitulada “Direitos Humanos e direito à saúde: perspectivas críticas” vem a público e é apresentada ao leitor. Está dividida em três seções com oito capítulos, transitando pelas temáticas emergentes da saúde e revelando aspectos importantes para compreender que a saúde é um direito fundamental e que a luta cotidiana por mantê-la gratuita e universal contribui para a consolidação dos Direitos Humanos. Os capítulos da seção I, intitulada “Crise, determinação social da saúde e privatização”, ressaltam aspectos como a determinação social da saúde; o desfinanciamento das políticas públicas diante da EC n°. 95/2016 (PEC da morte, que congelou os gastos públicos por 20 anos) e o consequente sucateamento do SUS; as privatizações e as gestões privadas da saúde, que estimulam a degradação do público para tornar a saúde uma mercadoria, como é o caso do tratamento oncológico altamente lucrativo, dentre outros aspectos perturbadores que, notadamente, podem acarretar na violação do direito à saúde garantido pela Constituição Federal de 1988. O tema da judicialização da saúde foi tratado na seção II, intitulada “Direitos Humanos e judicialização da saúde”, que aborda algumas perspectivas do problema e auxilia na compreensão da totalidade, com vistas na determinação social da saúde. Por diferentes motivos os processos de judicialização da saúde aumentaram exponencialmente, principalmente, nesse momento difícil de enfrentamento da pandemia e de colapso dos hospitais para atender aos doentes. A seção III apresenta temas que permeiam a área da saúde e cujos problemas se intensificaram durante a pandemia da Covid-19, como é o caso da violência contra crianças e adolescentes e o problema da acessibilidade – dois temas tratados nos capítulos finais desta coletânea.

Enfim, a coletânea, em sua totalidade, coloca-nos diante de questões contemporâneas e que dialogam com o cenário das crises sanitária e política, convidando o leitor à reflexão, no sentido de que a determinação social da saúde exige a ampliação do olhar sobre a realidade, mostrando que a saúde deve ser direito fundamental e não pode ser mercadoria. Saúde não é somente ausência de doença, saúde é não ter medo, saúde é ter liberdade de lutar por justiça.

A materialização da coletânea coroa um esforço coletivo e uma parceria fraterna entre pesquisadores e pesquisadoras oriundos de diferentes Programas de Pós-Graduação, que aceitam o desafio de manter o funcionamento pleno da Universidade Pública conforme as exigências de qualidade, visando contribuir no combate à pandemia e, de alguma forma, minimizar os impactos sobre as vidas. Nesse sentido, agradecemos a todos os autores e autoras que se dedicaram em

10 Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/videos/2021/06/em-cpi-medica-luana-araujo-critica-tratamento-precoce-e-desabafa-sobre-mortes-na-pandemia>

contribuir com a produção do conhecimento científico e aprofundar essa temática que entrelaça Direitos Humanos e direito à saúde em tempos de pandemia.

Vale ressaltar que a foto da capa desta coletânea é de um ponto de ônibus no município de Mairinque/SP, que vem chamando a atenção e gerando polêmica pelo realismo e disposição em retratar o tempo histórico de incerteza e insegurança vivido por trabalhadores e trabalhadoras todos os dias. A arte urbana - grafite - apresenta uma releitura contemporânea do “Médico da peste”, inspirado na gravura em cobre colorida de Paul Fürst (1608-1666)¹¹, de um médico de Roma, num traje com um bico de pássaro cheio de ervas aromáticas para manter uma suposta proteção contra a chamada peste negra, a peste bubônica, que ceifou a vida de milhares de pessoas no século XVII.

Sobre a polêmica, há moradores/as que preferem ver flores e chuchus retratados pela arte ao invés da realidade, como há os que transitam e se sentam distraidamente no ponto de ônibus isolado. Porém, a arte pode expressar em silêncio o cotidiano das pessoas – seus medos, anseios reais e tentativas de fuga para jardins de flores e chuchus -, sem anular ou fazer cessar o tempo histórico da pandemia da Covid-19 vivenciado pela humanidade, como um retrato que não ofusca a realidade e nem revive os mais de 470 mil brasileiros e brasileiras mortos, mas reforça a memória acerca das vidas perdidas em meio à desídia do Governo Federal. Ressaltamos, aqui, a importância da arte de rua e sua função histórica e crítica. A foto da capa é do artista Lucas Camargo que, gentilmente, cedeu o seu trabalho, aqui intitulado “No ponto da morte”, que engrandece a coletânea. A ele, nossos sinceros agradecimentos. Agradecemos, também, a Elisângela Gomes Soares, cuja imagem compõe o cenário e representa:

Uma brasileira esperando
no ponto da morte
com esperança hoje
de passar uma vacina ontem
e chegar no hospital amanhã
para tomar um ônibus de UTI
com máscara sem leito
e viver a ilusão sem vírus
ou descansar em paz sem direitos!

(desgoverno mental e social na colônia pandêmica – PSGS Urgente!)

A saúde não é mercadoria e a vida suplanta as perspectivas econômicas: pobres dos que se recusam a enxergar dessa forma!

Boa leitura.

Vanda Micheli Burginski

Paulo Sérgio Gomes Soares

Palmas, Tocantins, junho de 2021

11 Disponível em: <https://minasfazciencia.com.br/infantil/2020/04/29/um-passeio-pela-historia-das-pandemias-o-traje-do-doutor-da-peste/>

SEÇÃO I

**CRISE, DETERMINAÇÃO SOCIAL DA
SAÚDE E PRIVATIZAÇÃO**

DETERMINAÇÃO SOCIAL: PERSPECTIVA CONTRA-HE- GEMÔNICA NA LUTA PELO DIREITO À SAÚDE

*RIBEIRO, Paulo César de Castro*¹²

Introdução

O reconhecimento do direito à saúde, tanto na Constituição Federal de 1988 quanto na própria Constituição da Organização Mundial Saúde (OMS), faz da saúde uma das áreas mais centrais, dentre as políticas sociais, que move uma grande quantia de recursos públicos. Entre os diversos aspectos que justificam essa centralidade, podemos destacar a necessidade de manutenção das boas condições de saúde da população, tanto pela preocupação dos próprios trabalhadores, centrados na manutenção das suas condições de vida, quanto pelo capital e as classes sociais dominantes para com a garantia da reprodução e manutenção da força de trabalho, conforme as necessidades da produção capitalista. Esse duplo interesse em relação as políticas de saúde, o que vale também para as políticas sociais em geral, representa uma importante contradição para a luta da classe trabalhadora, interferindo nas formas de organização e nos objetivos concretos a serem alcançados.

Para classe trabalhadora, é fundamental galgar conquistas objetivas para melhoria de suas condições de vida através das lutas de suas organizações de classe. A partir de correlações de forças historicamente determinadas, essas conquistas são maiores ou menores e, da mesma forma, a representação e a possibilidade de conquistas das forças populares avançam ou retrocedem nas disputas por políticas sociais. O maior avanço nas estruturas estatais na busca por direitos, ao mesmo tempo em que traz conquistas, pode, contraditoriamente, fortalecer o Estado burguês, uma vez que tende a reforçar a visão ideológica do Estado como ente neutro e provedor para todos, esmaecendo as diferenças e os interesses entre as classes em disputa, desorganizando a classe trabalhadora e, assim, reduzindo a sua capacidade de luta pela superação da ordem social burguesa. Em suma, estas conquistas e avanços podem cumprir um papel funcional para o Estado burguês.

O Estado – como instância política econômica do monopólio - é obrigado não só assegurar continuamente a reprodução e a manutenção da força de trabalho, ocupada e excedente, mas é compelido (e o faz mediante os sistemas de previdência e segurança social, principalmente) a regular a sua pertinência a níveis determinados de consumo, e a sua disponibilidade para a ocupação sazonal, bem como a instrumentalizar mecanismos gerais que garantam a sua mobilização e alocação em função das necessidades e projetos. (NETTO, 1996, p. 23).

12 Doutorando em Serviço Social (UFRJ). Servidor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Fiocruz).

Para Paim (1987), a promoção da saúde e o direito a saúde se articulam de forma complementar. O direito à saúde é o lócus fundamental para a conquista de reais mudanças nas condições de vida e, conseqüentemente, de saúde. Enquanto a promoção da saúde se foca em apreender as condições de vida e de trabalho e atuar em fatores específicos, o direito a saúde busca avançar em mudanças na estrutura econômica e social do modo de produção capitalista, onde, em última instância, residem as reais determinações das condições de saúde e de vida de toda sociedade.

A saúde, independentemente de qualquer definição idealista que lhe possa ser atribuída, é produto de condições objetivas de existência. Resulta das condições de vida – biológica, social e cultural – e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho. Portanto, é através das relações sociais de produção que se erguem às formas concretas de vida social. E o estado de saúde corresponde a uma das revelações dessas formas de vida, isto é, *um modo de andar a vida*. Neste contexto, promover saúde implica em conhecer como se apresentam as condições de vida e de trabalho na sociedade, para que seja possível intervir socialmente na sua modificação, enquanto que respeitar o direito à saúde significa mudanças na organização econômica determinante das condições de vida e trabalho insalubres e na estrutura jurídico-política perpetuadora de desigualdades na distribuição de bens e serviços. (PAIM, 1987, p. 46).

Esta passagem é esclarecedora das diferenças de abordagem e intervenção que se constroem a partir das categorias de determinantes sociais de saúde e determinação social da saúde. A categoria dos determinantes está intimamente ligada a abordagem da promoção da saúde, ao identificar as mazelas sociais que podem provocar agravos a saúde, buscando intervir através de políticas públicas nesses determinantes. A perspectiva da determinação social do processo saúde/doença reconhece também essas mazelas, propondo ações que tragam melhorias de vida concretas à classe trabalhadora, mas sempre destacando que é na estrutura econômica e social burguesa que reside a origem dessas mazelas. Sem a superação da ordem burguesa essa busca pelo direito a saúde não se concretizará.

Essa breve exposição busca apresentar alguns elementos, sem esgotá-los, que contribuam para as reflexões sobre essas duas categorias, partindo, por um lado, da premissa da abordagem dos determinantes sociais e avançando ao localizar o processo saúde/doença em aspectos sociais, que se inscreve como legitimadora da ordem social burguesa. Por outro lado, apresentar o caráter contra-hegemônico da perspectiva da determinação social que, ao estabelecer as categorias do materialismo histórico – classe, historicidade, contradição, práxis e totalidade –, como elementos fundamentais na busca pelo direito a saúde, coloca a estrutura econômica e social capitalista como a determinação fundamental do processo saúde/doença.

1. A mistificação ideológica burguesa como forma de dominação e a luta pelo direito à saúde

Podemos considerar que a ideia de determinação social da saúde tem sua origem, ainda que de forma preliminar e difusa, no final da primeira metade do século XIX, tendo sofrido uma série de inflexões até os dias atuais. (ROCHA; DAVID, 2015). Para efeito desse capítulo, destacamos um recorte a partir do que se desenvolveu com as lutas por reforma sanitária em diversos países da América Latina, durante os anos 1970 e 1980, onde predomina uma abordagem calcada nas categorias do materialismo histórico.

Parte-se aqui do entendimento do processo saúde/doença como síntese de múltiplas determinações sociais. Não se pode apreender esse processo sem levar em conta a formação social na qual se está inserido, ou seja, uma sociedade dividida em classes com interesses antagônicos e sob a égide das relações sociais do modo de produção capitalista, responsável final por uma série de agravos que acometem a população. É, portanto, necessário ir além da causalidade aparente que busca explicar o processo saúde/doença a partir de fenômenos sociais ou biológicos isolados.

Esse entendimento está diretamente relacionado ao pensamento de Marx (1985) sobre a relação dos fenômenos sociais e a totalidade concreta da sociedade, em que materialismo e dialética se articulam de forma exemplar. O autor descreve a forma como, a partir da aparência de um determinado fenômeno, é possível decompô-lo através de uma análise mais aprofundada até chegar em determinações mais simples e, num movimento inverso, chegar novamente a essa realidade como um todo que assume uma concretude a partir das categorias analíticas que advêm do pensamento. Um real que se reflita para o sujeito como a síntese de suas múltiplas relações e determinações, trazendo clareza as contradições presentes nas relações sociais.

A população é uma abstração, se desprezarmos, por exemplo, as classes que a compõe. Por seu lado, estas classes são uma palavra vazia de sentido se ignorarmos os elementos em que repousam, por exemplo: o trabalho assalariado, o capital, etc. Estes supõem a troca, a divisão do trabalho, os preços, etc. O capital, por exemplo, sem o trabalho assalariado, sem o valor, sem o dinheiro, sem o preço, etc., não é nada. Assim se começássemos pela população, teríamos uma representação caótica do todo, e através de uma determinação mais precisa, através de uma análise, chegaríamos a conceitos cada vez mais simples; do concreto idealizado, passaríamos a abstrações cada vez mais tênues até atingirmos determinações as mais simples. Chegados a este ponto, teríamos que voltar a fazer a viagem de modo inverso, até dar de novo com a população, mas desta vez não com uma representação caótica de um todo, porém com uma rica totalidade de determinações e relações diversas. (MARX, 1985, p. 116).

Para Lukács (1992), esta perspectiva que privilegia a abordagem da realidade de forma dialética, buscando o entendimento dos fenômenos sociais, a partir de sua relação com uma totalidade concreta, não é o que predomina de forma geral nas abordagens científicas na sociedade burguesa. Ao abordar o que caracterizou como decadência ideológica da burguesia, afirma, como forma de garantir sua dominação e a reprodução das relações sociais de produção, que as classes dominantes evadirão “da realidade, com a fuga no predomínio da ideologia ‘pura’, com a liqui-

dação do materialismo e da dialética espontâneos, próprios do ‘período heroico’ da revolução burguesa”. (LUKÁCS, 1992, p. 111). Ele descreve, com análises e abordagens de aspectos particulares, como, através da fragmentação e especialização das ciências sociais e econômicas em diversas subáreas, as classes dominantes restringirão a possibilidade de análise do todo social, gerando um entendimento ideologizado e fragmentado dos problemas sociais, descolados de suas causas e contradições estruturais, que estão calcadas nas relações sociais de produção.

A burguesia, ao se tornar classe dominante no final dos processos revolucionários que tomaram a Europa na primeira metade do século XIX, perdeu seu caráter revolucionário e, como consequência, restringiu as possibilidades de construções que coloquem em risco seu domínio econômico, político e cultural.

De modo geral, podemos situar em 1848 o momento do definitivo rompimento da burguesia com o progresso. [...] A partir de então, as contradições capitalistas tornam-se explosivas; encarnação e produto dessas contradições, o proletariado surge na história como força social autônoma, capaz de resolver em sentido progressista os limites e antinomias do sistema capitalista. Indicar a realidade como algo essencialmente contraditório significa, doravante, fornecer armas teóricas ao movimento anticapitalista da classe operária. De crítica da realidade em nome do progresso, do futuro, das possibilidades reprimidas, o pensamento burguês transforma-se numa justificação teórica do existente. Em proporções cada vez maiores, a história e a economia perdem sua anterior importância filosófica-ontológica, deixando de desempenhar um papel significativo na elaboração da concepção do mundo. E, com isso, perde-se a possibilidade de se apreender a essência da realidade humana: a filosofia da decadência torna-se, cada vez mais, um pensamento imediatista, centrado nas aparências fetichizadas da realidade. (COUTINHO, 2010, p. 35).

É a partir desse deslocamento da abordagem dos problemas reais em sua totalidade para a fragmentação mistificadora das relações sociais que as classes dominantes construíram e formaram o Estado, em especial em sua fase monopolista. Por consequência, a concepção e a implementação das políticas sociais seguem nesse mesmo sentido, fragmentadas e ideologicamente fortalecedoras do Estado burguês.

A intervenção estatal sobre a ‘questão social’ se realiza com as características que já anotamos, *fragmentando-a* e *parcializando-a*. E não pode ser de outro modo: tornar a ‘questão social’ como problemática configuradora de uma totalidade processual específica é remetê-la concretamente a relação capital/trabalho – o que significa, liminarmente, colocar em xeque a ordem burguesa. Enquanto intervenção do Estado burguês no capitalismo monopolista, a política social deve constituir-se necessariamente em *políticas sociais*: as sequelas da ‘questão social’ são recortadas como problemáticas *particulares* (o desemprego, a fome, a carência habitacional, o acidente de trabalho, a falta de escolas, a incapacidade física etc.) e assim enfrentadas. [...] Assim, a ‘questão social’ é atacada nas suas *refrações*, nas suas sequelas apreendidas como problemáticas cuja natureza totalizante, se assumida conseqüentemente, impediria a intervenção. (NETTO, 1996, p. 28).

A categoria da determinação social rompe com essa abordagem fragmentadora e mistificadora do real e busca recolocar a centralidade de uma perspectiva que reconheça no todo social, na totalidade concreta e em suas contradições, o elemento fundamental para busca de um efetivo direito a saúde. Fleury-Teixeira e Bronzo (2010) defendem que a determinação social deve ser entendida em seu caráter ontológico, levando em conta todos os condicionantes que conformam a sociedade, o homem e a relação entre eles. Destacam que as relações sociais constituem dialeticamente tanto o homem quanto a sociedade. Ao transformar a sociedade, as relações sociais e os elementos que a compõe, o homem transforma também sua natureza genérica e a totalidade concreta. Esse processo de transformação interfere em todos os âmbitos da vida, como é o caso da saúde. Portanto, as condições concretas de existência, como as más condições de trabalho, moradias precárias, falta acesso à educação, ao saneamento básico, a posse da terra, dentre outros determinantes que interferem diretamente na vida humana. Cada um desses fatores pode interferir isoladamente na saúde, mas estão todos articulados e são provenientes das relações sociais de produção, fazendo com que a posição social ocupada pelos indivíduos seja fator preponderante para suas condições de saúde.

Paim e Almeida Filho (1998) destacam que o campo da saúde coletiva, formado durante os anos 1970, tornou-se ferramenta fundamental ao assumir essa perspectiva teórica. Eles afirmam que desde então, a saúde coletiva se constituiu como campo de conhecimento interdisciplinar crítico, que cumpre papel fundamental na identificação das múltiplas causalidades no processo saúde/doença, ao conjugar o trabalho de investigação teórica com as práticas sociais, buscando garantir a necessária indissociabilidade entre teoria e prática, atuando junto às forças capazes de transformar a realidade.

Nogueira (2010) descreve que a categoria de determinação social foi vulgarizada pelo uso corrente da denominação determinantes sociais. Esta última, trata a cada um desses determinantes isoladamente, retirando a capacidade de articulação, crítica e transformação das relações sociais que originalmente tinha a ideia de determinação social. A forma assumida, no segundo caso, trata a questão a partir da mera relação causa e efeito, que acaba por se confundir com uma perspectiva empirista entre saúde e fatores sociais. Ainda segundo o autor, a “atribuição de fatores causais a um dado fenômeno é apenas uma entre múltiplas maneiras possíveis de como um estudo científico ou filosófico pode determinar um dado fenômeno, no sentido de caracterizá-lo de maneira concreta” (NOGUEIRA, 2010, p. 08).

Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), em diferentes períodos históricos, ao menos desde os anos 1940, e ainda que intercalando com a predominância do enfoque médico biológico, a um reconhecimento da importância dos fatores sociais no processo saúde doença a partir da perspectiva dos determinantes sociais. Desde sua fundação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946), num claro reconhecimento da centralidade dos fatores sociais no processo saúde/doença. Em fins dos anos 1970, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela OMS, em Alma-Ata, República do Cazaquistão, voltou a reafirmar essa perspectiva, influenciando a orientação de sistemas de saúde pelo mundo. A OMS reintroduziu, em 2005, a discussão sobre determinantes sociais em suas orientações e criou a sua Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS).

Para Breilh (2008), a criação da CDSS introduziu um causalismo que operou como redução da determinação a um princípio causal, desconsiderando o amplo acúmulo teórico e político

dos anos 1970, construído de forma pioneira pelo pensamento crítico latino-americano. Essa vertente questionava as relações de poder no modo de produção capitalista, analisando criticamente os modos de viver historicamente determinados pela posição de classe, gênero e etnia, a estrutura de propriedade e acumulação, bem como as políticas estatais e suas relações culturais, indo muito além do simples causalismo. Em suma, baseava-se nas categorias do materialismo histórico e buscava superar as abordagens fragmentárias do processo saúde/doença.

Essa abordagem dos determinantes sociais proposta pela CDSS surgiu visando dar resposta às consequências sobre a saúde dos trabalhadores, em especial seus setores mais empobrecidos, decorrente da aceleração do modelo produtivo, resultante da reestruturação da produção capitalista, que se desenvolveu a partir dos anos 1970. Seu objetivo era reintroduzir nas análises e intervenções nos processos saúde/doença um caráter social após o modelo centrado em análises de riscos individuais, hegemônico desde o início dos anos 1980, ter se mostrado ineficiente e ter sofrido muitas críticas.

Assim, o modelo de determinantes sociais da saúde da OMS foi a resposta dos setores mais alertas da gestão internacional e nacional, que validou a abertura da cooperação internacional e da gestão pública para ações redistributivas, como sinônimo de equidade e para o controle das grandes distorções da aceleração, mas cuidando disso, de não ameaçar o sistema social como um todo e completar o círculo de análise com as raízes socioeconômicas do poder e das relações sociais. [...] Neste contexto, nasceu a ideia dos determinantes sociais da saúde sob a proteção da Comissão da OMS. Uma solução que reabre o espectro da análise para processos contextuais e desigualdades socioeconômicas que o paradigma de risco havia fechado. (BREILH, 2008, p. 03, tradução nossa).

Ainda, segundo Breilh (2008), mesmo que o modelo da OMS tenha contribuído para reintroduzir uma abordagem de caráter mais social às análises de saúde para o pensamento oficial, deve-se marcar a existência de diferenças entre as abordagens dos determinantes e da determinação social, uma vez que os determinantes seguem a trilha do “neocausalismo” (BREILH, 2008, p. 05), em que a sua conexão se dá de forma desarticulada. Esta característica traz riscos que vão além das questões teóricas, trazendo importantes implicações práticas, como não atuar sobre processos estruturais, privilegiando os fatores isolados.

Arellano, Escudero e Carmona (2008), tecem críticas aos diversos problemas, que consideram existir, na forma de utilização dos determinantes sociais pela CDSS. Partindo de uma visão crítica calcada na determinação social de saúde, destacam que a Comissão cumpre bem o seu papel de reunir evidências sobre desigualdades sociais e desigualdades em saúde, mas que isso é insuficiente para avançar na direção de uma compreensão sobre a origem desses problemas, destacando que: limita a questão da desigualdade a um problema de distribuição de riquezas, sem criticar o fato de que leis, políticas e práticas sociais favorecem a má distribuição; a mera reunião de fatores sociais gera uma fragmentação da realidade, fazendo com que possam perder seu sentido; os determinantes perdem sua dimensão sócio-histórica ao serem reduzidos a fatores; gera recomendações políticas abstratas para redução das desigualdades, calcadas na ideia de redução de riscos e mudança de estilos de vida, pois tem limitada visão sobre o atual momento de desenvolvimento da sociedade capitalista; faltam reflexões sobre os impactos da globalização neoliberal e da reorganização geopolítica na atualidade; e não problematiza o fato de que os limites para melhoria dos determinantes em saúde, têm o limite do capitalismo em geral e de suas formas particulares.

2. Neoliberalismo, teoria do capital social e determinantes sociais de saúde

Desde o início dos anos 1980, os organismos multilaterais foram importantes atores na formulação e difusão de orientações para diversos países implementarem políticas neoliberais, com especial atuação junto aos países de economia dependente, caso dos países da América Latina. Desde a década de 1990, pontuada por crises econômicas de maior ou menor porte, culminando com a grande crise que eclodiu em 2008, os próprios organismos multilaterais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial e seus ideólogos, passaram a reconhecer que essas políticas econômicas de caráter ortodoxo, tiveram impacto negativo sobre a vida da população, fazendo com que se ampliassem a pobreza e a desigualdade, gerando com isso um aumento da insatisfação popular e um acirramento do conflito de interesses entre as classes sociais. Foram muitas e estruturais as mudanças implementadas na base produtiva da sociedade capitalista, desde o final dos anos 1960, originando o que se passou a denominar como neoliberalismo.

O neoliberalismo é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio. O papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas [...]. Mas o Estado não deve aventurar-se para além dessas tarefas. As intervenções do Estado nos mercados (uma vez criados) devem ser mantidas num nível mínimo, porque, de acordo com a teoria, o Estado possivelmente não possui informações suficientes para entender devidamente os sinais do mercado (preços) e porque poderosos grupos de interesse vão inevitavelmente distorcer e viciar as intervenções do Estado (particularmente nas democracias) em seu próprio benefício. (HARVEY, 2014, p. 12).

A incorporação das novas tecnologias informacionais propiciou importantes mudanças nos meios de produção visando ao aumento da produtividade e da recomposição das taxas de lucro, afetadas pela crise dos anos 1960/1970, e na liberdade quase plena para circulação do capital financeiro por mercados de todo o mundo em sua busca insaciável por valorização. Exemplos dessas mudanças são a profunda reestruturação na divisão internacional do trabalho e da produção e a desregulamentação das legislações nacionais, no tocante ao controle da circulação do capital financeiro. Vieram juntas - e dialeticamente relacionadas - as mudanças nas forças produtivas, nas relações sociais de produção e na superestrutura jurídico-político-social.

Toda essa reestruturação no complexo econômico-político-ideológico-social se deu num momento em que a correlação de forças na luta de classes se tornou cada vez mais desfavorável à classe trabalhadora. Foram muitos os ataques dos Estados nacionais no sentido de reduzir a força das organizações da classe trabalhadora e sua capacidade de resistir aos ataques. Para implementar a nova base produtiva necessária para retomada das margens de lucro e de acumulação, afetadas desde o fim dos anos 1960, era preciso avançar sobre os direitos sociais e democráticos conquistados pelos trabalhadores a partir das lutas políticas e econômicas.

Segundo Motta (2012), a conferência da Organização das Nações Unidas (ONU), denominada Encontro de Cúpula do Milênio (2000), que reuniu 189 países, incluindo o Brasil, além de representantes dos organismos multilaterais internacionais, foi responsável por elaborar uma série de compromissos visando garantir metas e premissas de desenvolvimento globais a serem cumpridos pelos participantes até 2015. Motta destaca que foram definidos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), em que podemos observar a busca de um alinhamento no sentido de fortalecer as premissas econômicas neoliberais e de incorporar políticas públicas compensatórias e de combate à pobreza extrema. A autora destaca, ainda, que parte desses objetivos passou a compor os documentos de compromissos e orientações do Banco Mundial para os países tomadores de empréstimos. Os documentos marcam ainda a importância da participação popular nas decisões, como forma de se buscar consenso sobre essas medidas, reduzindo conflitos e ampliando-se a possibilidade de avançar em reformas necessárias.

Em geral, o que se observa nessas mudanças de orientação de políticas sociais para o desenvolvimento do novo milênio são: o foco nas camadas mais pobres; a ideia de um desenvolvimento econômico agregado ao desenvolvimento social local; a noção de governabilidade revestida de maior eficácia na atuação do Estado, ampliada com o envolvimento da sociedade civil e a participação dos próprios pobres, voltada para o desenvolvimento sustentável e para administração da pobreza. (MOTTA, 2012, p. 138).

A teoria do capital social se destaca no contexto dos ajustes que a ideologia neoliberal sofreu, a partir do final dos anos 1990. Num momento de desigualdade e descontentamento social crescente, a ideologia do capital social busca reafirmar valores liberais de sustentação das relações sociais de produção capitalista para toda sociedade, que favoreçam o fortalecimento da coesão social, como a solidariedade e cooperação entre os indivíduos e entre os segmentos sociais, buscando ocultar a existência de conflito de interesses entre as classes sociais.

Para essa tarefa teve papel fundamental a sociedade civil, vista aqui de forma diversa à tradição marxista, em especial, a gramsciana, onde a “sociedade civil não é uma esfera a parte do Estado, a sociedade civil é o Estado, uma vez que é um território de disputas e definição de poder”. (MOTTA, 2012, p. 111). Na visão neoliberal, a sociedade civil será um terceiro elemento colocado entre o Estado e o mercado – terceiro setor - capaz de equilibrar e mediar a relação entre estes e os interesses sociais, mas também um instrumento de implementação de ações como parceira do Estado e do mercado, junto às comunidades, em especial, as com altos índices de pobreza e desemprego. Para Motta (2012), a teoria do capital social é amplamente assumida pelas instituições multilaterais, como o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (Cepal).

Essa forma de caracterização da sociedade civil vem ao encontro de necessidades do ajuste fiscal imposto aos países de economia dependente, no contexto da crise dos anos 1980 e 1990. A sociedade civil, ou terceiro setor, apresentará uma face de neutralidade assumindo as funções do Estado, considerado ineficiente e burocrático na tarefa de atender as demandas sociais. Essas mudanças se fortaleceram no momento desse realinhamento do neoliberalismo, ao final dos anos 1990, quando se constituiu um ambiente voltado para políticas sociais focalizadas no enfrentamento da pobreza. Fez-se avançar, através dos organismos multilaterais, a ideia de que a implantação e construção destas políticas deveria contar com a participação dos grupos populacionais

diretamente interessados, com a mediação de entidades da sociedade civil, sob a justificativa de fortalecer esses segmentos sociais, mas principalmente buscar a estabilidade nas relações sociais.

Ainda, segundo Motta (2012), a teoria/ideologia do capital social foi desenvolvida a partir de importantes intelectuais orgânicos das classes dominantes, influentes e/ou atuantes junto aos organismos multilaterais. Estes organismos internacionais foram fundamentais para consolidação e difusão dos valores e práticas relativos ao capital social. Identificaram o potencial do capital social em comprometer os setores mais pobres da sociedade, através de sua participação, e nos benefícios a serem alcançados com o processo de desenvolvimento. Para eles, traz a possibilidade de incorporar, ao mesmo tempo, as dimensões social e econômica, uma vez que fortalecem os laços de confiança e cooperação entre os indivíduos e grupos sociais, passando o capital social a ser sustentação ideológica para implementação das políticas que visavam amortecer os efeitos das políticas econômicas que faziam crescer os níveis de pobreza, em especial, nos países mais pobres.

A partir da descrição feita por Arellano, Escudero e Carmona (2008) das recomendações da CDSS, percebemos um alinhamento da Organização Mundial de Saúde com as diretrizes e orientações dos organismos internacionais. Dentre essas recomendações, podemos destacar, inicialmente, a busca por melhorar as condições cotidianas de vida, que incluem ações nas áreas de saneamento e abastecimento, moradia, trabalho e emprego, proteção social e saúde universais. Concomitantemente, buscou mudanças na distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos, visando a equidade sanitária, com ações de tributação progressiva, avaliação dos impactos dos acordos econômicos, fortalecimento do setor público na prestação de serviços básicos de saúde, aprovação de leis de igualdade de gênero, garantia de representação de todos os segmentos sociais nas tomadas de decisão, inclusão pela ONU do tema da equidade na pauta dos programas de desenvolvimento e a utilização do marco dos determinantes como forma de avaliação da saúde. Por último, mas igualmente importante, manteve as medições e as análises sobre a questão da desigualdade, com sistemas de dados sobre desigualdades e determinantes sociais, garantindo o acesso e a utilização destes na elaboração de políticas públicas.

Para pôr em operação as ações que propõe, a CDSS designou diversos atores e indicou de que forma poderiam atuar:

Aos organismos multilaterais a CDSS pede coerência intersetorial no desenvolvimento de políticas e na execução de intervenções para alcançar o aumento da equidade em saúde; a OMS pede para melhorar seu papel de liderança através do programa de ação sobre os determinantes sociais da saúde e equidade na saúde global; as autoridades nacionais e locais pede coerência nas políticas governamentais, intensificação das medidas que promovam a equidade, assim como o financiamento, a medição, avaliação e formação; a sociedade civil solicita intervenções nas políticas, no planejamento e nos programas, com avaliação e monitoramento de desempenho; ao setor privado propõe aumentar sua responsabilidade, seus investimentos e pesquisas; e as instituições de pesquisa pede a geração de conhecimento sobre os determinantes saúde social e sua difusão. (ARELLANO; ESCUDERO; CARMONA, 2008, p. 326, tradução nossa).

Também podemos destacar alguns pontos, dentre os eixos presentes no documento de referência, elaborado para as discussões na Conferência Mundial Sobre Determinantes Sociais de Saúde (2011), organizada pela OMS, em que ficam nítidos o alinhamento com as políticas propostas pelos organismos internacionais.

No eixo 1, de “governança para o enfrentamento das causas mais profundas das iniquidades em saúde”, defende-se que para mitigar de iniquidades em saúde é necessária “uma governança que explicita as responsabilidades individuais e conjuntas dos diferentes atores e setores”, destacando a importância, nesse sentido, dos “indivíduos, por partes diferentes do Estado, pela sociedade civil, por agências multilaterais e pelo setor privado”. (OMS, 2011, p. 03). No eixo 2, “promoção da participação”, destaca-se que as “organizações da sociedade civil possam contribuir com o desenvolvimento de políticas; oferecer recursos destinados à participação, na forma de incentivos e subsídios [...] e oferecendo treinamento às partes interessadas”. Além disso, defendem que os governos devem intervir, no sentido de monitorar a participação para, supostamente, aumentar “a autonomia (empowerment) das comunidades” e, ao mesmo tempo combater “conflitos de interesse daqueles que se dizem representantes da comunidade”. (OMS, 2011, p. 03). No eixo 3, sobre “o papel do setor saúde, incluindo os programas de saúde pública na redução das iniquidades em saúde”, defende-se a necessidade de “uma abordagem ligada aos determinantes sociais, explicando que ela beneficia a sociedade como um todo e diferentes setores”. (OMS, 2011, p. 03). Finalmente, no eixo 4, sobre a “ação global sobre os determinantes sociais: alinhando prioridades e partes”, destaca-se a importância da ação coordenada e o papel a ser desempenhado por “organizações internacionais, agências não governamentais e parceiros bilaterais” para a “implementação de ações sobre os determinantes sociais - aos governos”. (OMS, 2011, p. 03).

Considerações Finais

Diante do exposto, parece nítido a explícita diferença de abordagem entre as duas perspectivas colocadas em contraste. Se, por um lado, a categoria da determinação social da saúde apresenta perspectiva contra-hegemônica, que busca romper com a lógica da mistificação da realidade e fazer as mediações necessárias para a compreensão da totalidade concreta, os determinantes sociais de saúde, por outro, alinham-se com a perspectiva da decadência ideológica e da fragmentação do todo social, servindo de instrumento privilegiado para implementação das políticas de saúde, a partir das propostas desenvolvidas pelas agências multilaterais internacionais, alinhadas, em especial, às políticas de orientação neoliberal.

Entendemos, assim, que a categoria da determinação social da saúde pode contribuir de forma inequívoca na luta pelo direito à saúde, para desvendar parte das contradições que estão presentes em nossa sociedade e o quanto aspectos da chamada questão social, que parecem particulares – como moradia, segurança, saneamento, condições de trabalho, dentre outros -, estão relacionados com a totalidade concreta das relações sociais de produção capitalista. Em sentido inverso, parece-nos evidente o quanto a abordagem dos determinantes sociais da saúde fragmenta a visão sobre o todo social, contribuindo para a reprodução das condições materiais e ideológicas necessárias a manutenção das relações sociais de produção, cumprindo papel de destaque para implementação das políticas neoliberais, a partir da orientação de organismos multilaterais internacionais, como o Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde.

As lutas da classe trabalhadora e de todos os setores populares por políticas públicas não podem prescindir das conquistas imediatas que melhorem suas condições concretas de vida, o que vale também para saúde. Mas sem romper com a perspectiva fragmentadora e mistificadora da realidade, que desloca para fatores específicos questões que são intrínsecas as relações sociais capitalistas, essa será sempre uma luta incompleta, fadada a conquistas pontuais facilmente suprimidas, a partir das necessidades de reprodução do próprio sistema do capital e da correlação de forças. Por esse motivo a compreensão a respeito da determinação social da saúde se constitui importante instrumento para atuar na superação dessas relações sociais e na constituição de uma nova ordem social.

Referências Bibliográficas

ARELLANO, O. L.; ESCUDERO, J. C.; CARMONA, L. D. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de determinantes sociales de la salud. **Medicina Social**. V. 3, n.º. 4, noviembre 2008.

BREILH, J. Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud. In: Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud: documento para la discusión. Ciudad de México, Alames, 2008.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 17(1): p. 77-93, 2007.

COUTINHO, C. N. *O estruturalismo e a miséria da razão*. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

HARVEY, David. *O neoliberalismo: história e implicações*. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

FLEURY, P. T.; BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

LUKÁCS, G. Para uma crítica marxista da sociologia. In: LUKÁCS, G. Coleção Grandes Cientistas Sociais. São Paulo: Ática, 1992.

_____. *Marxismo e teoria da literatura*. Seleção, apresentação e tradução de Carlos Nelson Coutinho. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

MARX, K. *Para a crítica da economia política*. Coleção Os Pensadores: Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

MOTTA, V. C. *Ideologia do capital social: atribuindo uma face mais humana ao capital*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2012.

NETTO, J. P. *Capitalismo monopolista e serviço social*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1996.

NOGUEIRA, R. P. *Apresentação*. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> Acesso em: 15/04/2021.

_____. Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. 2011. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf> Acesso em: 15/04/2021.

PAIM, J. S. Direito à saúde, cidadania e Estado. In: *Anais / 8ª Conferência Nacional de Saúde*, Brasília, 1986. Brasília/DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública** [online]. 1998, V. 32, n.º. 4, p. 299-316, 1998.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Determinação ou Determinantes? uma discussão com base na teoria da produção social da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP. São Paulo, 49(1): p. 129-135, 2015.

PRIVATIZAÇÃO DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA¹³

BURGINSKI, Vanda Micheli¹⁴

SOUSA, Elisane Barros de¹⁵

A UICC (A União Internacional para Controle do Câncer) deu alerta em 2005, quando os números da globocam previam estimar uma verdadeira epidemia de câncer em 2020. A transição epidemiológica continua a avançar nos países emergentes e a tendência é o câncer ultrapassar as doenças cardiovasculares, numa curva que começa a se desenhar no Brasil. De olho nesse nicho, também os serviços de assistência vivem uma nova dinâmica e uma onda de fusão e incorporações chega ao mundo da oncologia. (ONCONEWS, Fusões e Incorporações movimentam Oncologia, 03/2014).

Introdução

Segundo a Onconews (2014), as estimativas de um aumento vertiginoso do câncer no mundo têm movimentado o mercado privado de saúde, ocorrendo fusões e incorporações de redes hospitalares num fluxo em plena expansão. Em 2010, a Rede Copa D'or - Hospital São Luiz - “adquiriu 50% do Grupo Acreditar, proprietário de clínicas oncológicas no Distrito Federal, além de parte de outros grupos como Oncotech Oncologistas, Oncologistas Associados, Central Clinic, Centro Radioterápico e Instituto de Pernambuco”. (ONCONEWS, 03/2014). A área da oncologia também vem atraindo investidores e fundos de investimentos em estudos e tratamentos de tumores para desenvolver novas drogas. Segundo a UBS AG, empresa do mercado financeiro com sede na Suíça, que possuía (em 2016) um valor de US\$ 471 milhões em seu fundo de impacto na oncologia, trata-se de um setor que dará retorno financeiro, uma oportunidade lucrativa de investimento em longo prazo, pois a oncologia está em franca expansão e tem atraído a atenção dos governos e da sociedade. (SETOR SAÚDE, 04/05/2016). Nota-se que a oncologia é uma importante fonte de lucro para o capital e uma área de grande interesse. Ao redor da corrida por medicamentos e tratamentos da doença surge uma cadeia produtiva que engloba pesquisas, descobertas de novas tecnologias, terapias, drogas e tratamentos, movendo um complexo-médico-industrial-financeiro de ponta.

13 Este capítulo constitui parte da dissertação de mestrado intitulado “A privatização da atenção oncológica na política de saúde: o estado do Tocantins”, no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Tocantins (PPGSS/UFT).

14 Doutora em Política Social (UnB). Professora no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS/UFT). Docente do curso de Serviço Social. Líder do Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Estado, Política Social e Serviço Social (GEPOSS). *E-mail*: burginski@mail.uft.edu.br

15 Mestranda no PPGSS/UFT. Assistente Social. Integrante do GEPOSS.

O que nos motivou a escrever este capítulo, em meio a uma crise estrutural, sanitária, política, ambiental, agravadas pela pandemia da Covid-19, que no Brasil ceifou mais de 400 mil vidas (07/05/21), deve-se ao fato de que existem pouquíssimas produções teóricas sobre a política de atenção oncológica no Brasil, em contradição entre público e privado¹⁶. Chama a atenção o processo de privatização interna do Sistema Único de Saúde (SUS), através dos modelos de gestão pública não estatal por meio das Organizações Sociais, como também a compra de serviços de saúde oncológicos pelo Estado, prevista pela complementaridade. No caso da oncologia, a Portaria n.º. 2.439, de 2005, traz o reforço na privatização da rede oncológica no SUS, permitindo que empresas privadas, filantrópicas e OSs se credenciem para a oferta de serviços. Esse é um aspecto importante da expansão do setor privado e, conseqüentemente, da privatização da rede oncológica no Brasil.

Trata-se de um tema de extrema relevância, pois o câncer é a segunda causa de morte no mundo e no Brasil. Classificado como uma doença crônica não transmissível, estima-se que o câncer é o responsável por 22% dos óbitos mundiais, atrás apenas das doenças cardiovasculares (48%). Na atualidade 7,6 milhões de pessoas no mundo vão a óbito por ano em decorrência da doença, dessas 4 milhões possuem entre 30 e 69 anos de idade. A previsão é que a partir 2025 ocorram 6 milhões de mortes prematuras por ano se medidas mais efetivas de conscientização não forem tomadas (INCA, 2020).

No Brasil, em 2017, registrou-se 221.821 óbitos, sendo a segunda causa de mortalidade no país, atrás somente das doenças cardiovasculares. (DATASUS, 2019). A grande incidência e mortalidade pela doença exige ações de controle e redução do impacto do câncer na população brasileira pelo fortalecimento da atenção pública, estatal e oncológica no âmbito do SUS. Para tanto, em 2005, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria n.º. 2.439, reconheceu o câncer como um problema de saúde pública e preconizou ações para o controle e tratamento da enfermidade. Tal portaria foi revogada pela Portaria n.º. 874/2013, que incluiu o câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do SUS. O que se percebe é que mesmo o câncer se constituindo como um problema de saúde pública e ocorrendo a expansão dos serviços ofertados, a atenção oncológica é, sempre foi, de grande interesse do capital.

A partir da análise crítica dos estudos desenvolvidos no campo da história da saúde no Brasil relacionados ao câncer, como também de fontes atuais acerca dos processos de privatização do SUS e os interesses do setor privado é que se buscou compreender a privatização da atenção oncológica. Nota-se que a atenção oncológica, desde a sua gênese esteve articulada ao setor privado de saúde e a filantropia. Durante a ditadura do grande capital (IANNI, 1981), o setor privado se fortalece exponencialmente e o câncer é tratado na perspectiva individual, perdendo seu caráter de “problema de saúde pública”. Na Constituição Federal de 1988, a partir da criação do SUS, o câncer se tornou um problema de saúde pública, contudo, a manutenção, nos princípios constitucionais da complementaridade prevista no Art. 199, bem como, à abertura da atenção oncológica ao setor privado (através de portarias específicas) e a concessão de isenções, têm fortalecido o avanço do capital sobre a saúde pública e a transferência de recursos públicos para o setor privado de saúde, intensificando os processos de privatização da rede de atenção oncológica. Nesse sentido, as aproximações e reflexões trazidas podem contribuir com as lutas sociais em defesa da saúde pública, estatal e universal, ou seja, com a perspectiva de saúde ampliada para além do capital.

16 Destaca-se o estudo pioneiro de Valéria Coêlho de Omena, dissertação de mestrado (2008) intitulada “A relação dos setores público e privado na política de saúde brasileira: os interesses do capital na atenção oncológica”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal do Alagoas (UFAL).

1. Marcos históricos da privatização da saúde e da oncologia no Brasil

A história da atenção oncológica perpassa também a construção da política de saúde no Brasil, de modo que o desenvolvimento dessa especialidade e as concepções de tratamento estiveram estreitamente relacionados à conformação da política de saúde ao longo do tempo. Na fase do capitalismo monopolista, principalmente, após os anos 1920, houve alterações profundas no papel do Estado, na luta de classes, que repercutiram na área da saúde. Concomitante, houve uma acentuação na diferenciação em relação às ações de saúde, segundo as classes sociais existentes, pois foi nesse período que foram criadas instituições médicas voltadas para diferentes “clientelas”, o que se expressa pelo seu caráter “privado” ou estatal. (BRAVO, 2013, p. 18). O que se pode notar é que, desde sua constituição, a saúde tem se configurado como uma importante fonte de lucros para o mercado privado.

Entretanto, a história da especialidade oncológica é emblemática nesse sentido, pois surge a partir do empenho de profissionais da medicina, através de pesquisas desenvolvidas, sobretudo, a partir do início do século XX. A especialidade da oncologia também nasceu vinculada à perspectiva de educação em saúde, acerca da prevenção e do diagnóstico precoce da doença. Durante os anos de 1920, quando o tratamento do câncer era incipiente, surgiram as primeiras iniciativas para incluí-lo na agenda de saúde pública em função de profissionais que participaram de congressos internacionais e começaram a chamar a atenção para os aspectos sociais e clínicos da doença. Devido ao protagonismo de médicos cancerologistas se começou a notificação obrigatória de mortalidade por câncer, já nesse período, além da criação do primeiro hospital especializado no tratamento radiológico do câncer, no ano de 1922, em Belo Horizonte (MG), com destaque também para a criação, em 1937, do Centro de Cancerologia do Distrito Federal (à época Rio de Janeiro).

O período que se estende entre a década de 1940 e início de 1960 ficou caracterizado como uma época heroica das ações de educação em saúde relacionada ao câncer no Brasil (GRUZMAM; TEIXEIRA, 2017, p. 134). Na literatura acerca da história dessa especialidade, destaca-se o cirurgião cancerologista gaúcho Mário Koeff que, devido à sua proximidade com Getúlio Vargas, viabilizou a criação do Serviço Nacional do Câncer (SNC), em 1941, o que viria a ser o alicerce de uma política nacional de controle da doença. O SNC teve papel importante na elaboração de estudos epidemiológicos na prevenção do câncer e também auxiliava tanto financeiramente, quanto tecnicamente as unidades de tratamento do país. As estratégias de atuação do SNC também se direcionavam à sociedade civil, em um trabalho de conscientização das elites e da população no apoio às ligas¹⁷, para que fomentassem a criação de novas instituições, com a presença expressiva de diversos hospitais filantrópicos (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

No Brasil, a lógica do seguro social estruturou e estabeleceu os critérios de acesso à previdência e a saúde, desde a década de 1920 até a Constituição de 1988. Para compreender os desafios que o SUS enfrentou para sua materialização é preciso retornar, brevemente, a partir de

17 Segundo Teixeira, Porto e Noronha (2012, p. 65), “o final da década de 1940 também marca a ampliação da rede de instituições locais filiadas ao SNC. Em 1946, quatro instituições compunham a Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Em 1950, já existiam 16 instituições a ela vinculadas. Somente os estados do Amazonas, Mato Grosso, Goiás, Maranhão e o território do Acre não possuíam ligas vinculadas ao SNC. Das existentes, muitas mantinham hospitais ou os estavam construindo com a ajuda das verbas do governo federal”.

1923 com a publicação da Lei Eloy Chaves, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). A literatura sobre o assunto é consensual ao observar que, foi a partir de então, que se deu os primeiros passos para a formação do modelo de seguro social. Esse período marcou o processo de separação entre a atenção médica preventiva e a de caráter curativo: de um lado, as ações profiláticas de controle de doenças, em especial, a vacinação, o controle de vetores e a educação sanitária; de outro, a medicina previdenciária, de caráter curativo, direcionada aos cidadãos vinculados ao mercado de trabalho formal. Essa última, realizada através das CAPs, junto aos trabalhadores urbanos, por meio da compra de serviços médicos do setor privado. Nessa concepção e estrutura da política de saúde é que as ações de prevenção e tratamento do câncer se desenvolveram no decorrer da história.

No pós-segunda guerra mundial (1945) o desenvolvimento de um complexo médico industrial nos países centrais influenciou os processos de diagnóstico e tratamento do câncer no Brasil, que passou a importar novas técnicas, devido a existência de recursos no âmbito da medicina previdenciária, ocorrendo o surgimento dos grandes “centros de cura” e reforçando o interesse por esses novos equipamentos urbanos. Segundo Teixeira, Porto e Noronha (2012, p. 82):

Entre os anos 1940 e 1950, seriam construídos os grandes e modernos hospitais públicos do país – Hospital dos Servidores do Estado, 1947; Hospital Geral de Bonsucesso, 1948; Hospital das Clínicas da UFMG, 1955, e o hospital do Instituto Nacional de Câncer, 1957 – ao mesmo tempo em que a filantropia e a iniciativa privada também começavam a implantar centros de maior porte. A partir de então, cada vez mais, a medicina brasileira tornava-se dependente de altos graus de tecnologia e especialização, passando a ter nos hospitais importantes espaços de prática médica e também de realização dos lucros de seu setor privado.

O período em questão marca a expansão da medicina de base hospitalar privada, totalmente dependente das descobertas científicas da indústria química e farmacêutica dos centros imperialistas, que possibilitou o desenvolvimento da quimioterapia e se tornou uma importante aliada da medicina para diversos tipos de cânceres; pôde-se desenvolver, a partir de então, a especialidade oncológica entre os anos 1950 e 1980. Essa área, em especial, a terapêutica do câncer, passava a ser um dos principais alvos das grandes corporações da indústria farmacêutica (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012, p. 78).

Entre os anos 1946-1964, vigorou o sanitarismo desenvolvimentista, cuja proposta central era que o nível de saúde de uma população estava vinculado ao grau de desenvolvimento do país ou região e, portanto, as medidas sanitárias deveriam vir acompanhadas de um amplo processo de desenvolvimento. Se dava as bases, sob o sanitarismo desenvolvimentista, de um modelo de saúde pública de acordo com as necessidades do país: que previa ampla cobertura e atuação horizontal, com base na municipalização dos serviços e com ações de coordenação do governo federal. O sanitarismo desenvolvimentista teve forte influência no governo de Juscelino Kubitschek (JK/1955-1960), que investiu no controle das endemias como a malária, a varíola e a febre amarela através da criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu). As endemias eram consideradas entraves para o desenvolvimento do país e necessitavam ser superadas “por meio de uma ação planejadora que encaminhasse soluções para os problemas das questões relativas à pobreza e consequentemente à saúde” (TEIXEIRA; FONSECA, 2007, p. 84-86).

Essa visão influenciou as instituições criadas pelos cancerologistas da época, que também estavam vinculados ao sanitarismo desenvolvimentista e, no caso de câncer, o seu controle perpassava pela construção de uma política com forte apoio estatal na orientação e na supervisão das ações da iniciativa privada e também na suplementação com recursos estatais a essas instituições. Assim, a área da oncologia nasceu fortemente imbricada com o setor privado e filantrópico¹⁸, em uma relação de parceria público-privada. Outro aspecto ressaltado na criação dessas instituições, refere-se ao fato de que o governo federal arcava com o financiamento a esses setores e, em alguns casos, elas poderiam atuar na estrutura do próprio Estado. No governo de JK foi destinado maiores recursos ao SNC, que possibilitou a ampliação do fundo público destinado às instituições filantrópicas e privadas, com a previsão de aumentos dos gastos com a medicina hospitalar, através da aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Apesar da crescente mobilização entorno do tema, a política de controle do câncer estava aquém de suprir a demanda nacional, tanto em relação à prevenção quanto ao tratamento da doença. Essas ações estavam restritas aos grandes centros urbanos, bem como, era dramática a ausência de leitos hospitalares em diversas regiões. O tratamento era centralizado em hospitais específicos, destinados aos cancerosos, que se fazia por meio de instituições privadas ou filantrópicas vinculadas ao SNC.

Cabe lembrar que o período que se estende de 1946 a 1964 também foi marcado por uma forte disputa entre projetos e pela intensificação da luta de classes. De um lado, o projeto nacional-desenvolvimentista, articulado em torno das reformas de base e, de outro, o projeto de desenvolvimento vinculado aos interesses do capital estrangeiro (NETTO, 2014; BRAVO, 2011). O golpe militar de 1º de abril de 1964 significou a derrota do projeto do campo progressista – o nacional-desenvolvimentista -, que não colocava em xeque, imediatamente, a ordem capitalista, mas expressava a modalidade específica de desenvolvimento que o país havia tomado (NETTO, 2014, p. 77). Em consequência disso, a construção de uma política de saúde mais abrangente foi interrompida. A perspectiva dos médicos cancerologistas, vinculados ao sanitarismo desenvolvimentista, era de que o câncer deveria ser visto como um problema de saúde pública e seu controle se daria mediante uma pauta coordenada de ações no campo da prevenção, da educação em saúde, do diagnóstico e do tratamento. Essa maneira de compreender o câncer, bem como, o papel do Estado foi abafado com o golpe (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012, p. 377-378).

A ditadura do grande capital (IANNI, 1981) recebeu amplo apoio dos setores privados da saúde, ocorrendo a criação e a expansão da sua lucratividade nesse período. São exemplos, o surgimento da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a ABRAMGE, criadas em 1966; a Unimed, cooperativa médica de planos de saúde, em 1973. Essas organizações foram os principais grupos prestadores de serviços privados de saúde, respectivamente, instituições filantrópicas, instituições privadas lucrativas, empresas de medicina de grupo, empresas de seguros-saúde e cooperativas médicas (BRAGA; PAULA, 2018, p. 63). Nesse momento, a assistência médica e a previdência social estiveram imbricadas, diante do propósito de expandir os lucros através dessa relação.

18 Nas palavras do médico cancerologista Ugo Pinheiro Guimarães (1959, p. 9-11), assim se constituiu o setor da oncologia no Brasil: “[...] a tendência geral foi a de prestigiar a obra das organizações privadas que se fundaram. Esta mesma ação oficial estadual, quando existente, procura, atuar em cooperação com a entidade privada filantrópica que funciona no Estado. [...] Contam-se atualmente entidades privadas voltadas para a luta anticancerosa em todos os estados da federação complementando a ação governamental. A todos, o Ministério da Saúde através do SNC, fornece ajuda financeira e técnica”.

Bravo (2011), ao analisar a política de saúde no período da ditadura militar, salienta que a assistência à saúde foi ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, o que chamou de binômio repressão-assistência, cuja a finalidade consistiu em “aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital” (BRAVO, 2011, p. 58). As concepções acerca dos problemas da saúde pública estavam centradas na falta de planejamento, capacidade gerencial e pouca participação do setor privado da saúde, elementos que justificaram o incremento e desenvolvimento desse setor e a privatização dos serviços.

Como características da política de saúde, nesse período, pode-se destacar: acentuação da dualidade entre medicina preventiva e medicina curativa; uma tendência à medicalização tanto na saúde pública quanto no sistema previdenciário; declínio considerável da saúde pública e uma ascensão exponencial da medicina previdenciária. Em 1966, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) unificou os antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) para atender as necessidades de controle sobre a sociedade e garantir a exclusão dos trabalhadores da participação política, principalmente, na previdência social.

A ampliação da cobertura de assistência à saúde aos trabalhadores se deu pela ampliação da prestação de serviços privados, surgindo, nesse período, uma rede complexa de prestação de serviços de saúde, empresas médicas, seguradoras e etc. Essa expansão do setor privado em saúde, que se capitalizou às custas do fundo público, deu-se sob o argumento da necessidade de articulação do setor privado com o público para a utilização da capacidade instalada. Todas as ações em saúde, como programas de educação se desenvolveram com o objetivo de privilegiar o setor privado, o que impediu a instalação de uma infraestrutura própria de produção de serviços de saúde (MENICUCCI, 2007; BRAVO, 2011).

Outra característica da política de saúde, nesse período, foi a contribuição para tornar hegemônicas as instituições médicas privadas sob a orientação das práticas medicalizantes. Nessa direção, houve a legitimação da segmentação por demandas, a partir dos interesses corporativos da medicina curativa, mediada por instituições previdenciárias e empresas de planos de saúde. Implantou-se, portanto, uma estrutura no setor, marcada pela medicina previdenciária¹⁹, levando para um novo contexto a relação entre o Estado e as demandas sociais, em especial as de saúde. Assim, no início dos anos 1970, algumas tendências relativas à organização do sistema de saúde foram acentuadas: extensão da cobertura previdenciária; reorientação da política e a viabilização de um complexo médico-industrial, com a crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos.

A política em relação ao câncer seguiu a tendência do projeto privatista da ditadura militar. Por não ser uma doença epidêmica ou contagiosa, o câncer não foi considerado como um problema de saúde pública. Essa concepção restrita de saúde, calcada nos interesses do setor privatista da saúde, passou a postular o câncer como uma questão individual, objeto da medicina hospitalar e privada, direcionando as ações de saúde para práticas curativas e individuais, na contramão das postulações dos cancerologistas da saúde pública, da medicina comunitária e da

19 “Como se sabe, o setor privado da saúde teve sua organização fortemente marcada pelos determinantes macroestruturais das políticas de desenvolvimento socioeconômicos do país e a resposta via ‘medicina previdenciária’, o que marcou a forma como os profissionais do setor, em particular os médicos, se inseriram neste processo. O mercado, que era constituído essencialmente pela prática liberal da medicina até meados do Século 20, foi progressivamente adquirindo um caráter empresarial, cujos produtos principais foram – e são – os Planos de Saúde”. (MENICUCCI, 2010, p. 212-213).

atenção primária em saúde, que vinham ganhando terreno nesse período. Assim, a ação estatal em relação ao câncer se deu pela via da compra de serviços privados pelo Estado, por meio da medicina previdenciária.

Em decorrência disso, as ações de saúde pública contra o câncer conviveram com a falta de verbas e importantes instituições, como o Instituto Nacional do Câncer (INCA), sofreram tentativas de privatização. Segundo Teixeira, Porto e Noronha (2012, p. 98), o caráter privatista chegou a tal ponto que, em 1969, o MS moveu esforços para passar o INCA à iniciativa privada, por meio do Plano Nacional de Saúde (PNS/1967), que previa a transferência de órgãos públicos para a iniciativa privada através de concessões e contratos. A resistência dos cancerologistas da época conseguiu barrar a privatização do INCA, contudo, esse órgão passou para o Ministério da Educação e foi subordinado à Universidade Federal do Rio de Janeiro (Fefierj, atual Unirio). A falta de recursos o levou a uma profunda crise. Em relação ao câncer, as ações de saúde pública foram marcadas pela ampliação das atividades hospitalares privadas e filantrópicas pagas pelo Estados, pela ausência de coordenação planejada de ações que integrassem os serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento e pela ênfase na perspectiva curativa em detrimento da preventiva (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

O modelo privatista já demonstrava suas enormes inadequações à realidade sanitária nacional, pois “a prática médica dominante, curativa, sofisticada e especializada não era capaz de alterar o perfil de morbimortalidade no qual persistiam doenças facilmente evitáveis com medidas simples de caráter preventivo” (FLEURY-TEIXEIRA, 2011, p. 26-27). Em função dos custos crescentes da medicina previdenciária, a política de saúde desse período, sofreu fortes tensões políticas e sociais no processo histórico, quando se desencadeou o fim do “milagre econômico”. Essas tensões estiveram, sobretudo, relacionadas à disponibilidade de recursos financeiros e ampliação de serviços, pontos centrais dos confrontos entre o setor empresarial médico e o Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (MRS), este último defendendo um processo de ruptura com o padrão hospitalocêntrico e privatista, um projeto com base no direito universal à saúde a partir da unificação do sistema (BRAGA, 2012, p. 48).

Paim et al (2011, p. 18) analisaram que a extensão da cobertura da previdência junto ao mercado de saúde, com base em pagamentos para o setor privado (*fee for service*), foram elementos que “geraram uma crise de financiamento na previdência social, que, associada à recessão econômica da década de 1980, alimentou os anseios pela reforma”. Tal advento trouxe consigo: “a pressão das dívidas externa e pública, as exigências do Fundo Monetário Internacional, a recessão econômica e a pressão inflacionária, associados aos altos custos da assistência médica previdenciária, provocam o colapso do sistema²⁰” (COHN, 1997, p. 232).

20 Esse cenário foi agravado no período do governo Figueiredo (1979-1985), ocorrendo um aprofundamento da crise econômica entre os anos de 1980 e 1981, marcado por um acentuado corte orçamentário, que levou o Brasil ao Fundo Monetário Internacional (FMI) e a não continuidade do gasto estatal no campo social, seguindo as exigências externas de cortes no orçamento público. A não formulação de uma Política Nacional de Saúde sob coordenação efetiva do Ministério da Saúde, mais uma vez não fortaleceu o setor público de saúde, acirrando ainda mais as contradições e conflitos marcados pelos interesses capitalistas e por lutas pela democratização da saúde. (BRAVO, 2011). Em 1981, a crise financeira da previdência social chegou a seu ápice. Em 1982 houve uma forte discussão com relação à consolidação de um Estado de segurança nacional e no ano posterior 1983 sobre eleições diretas para presidente, com forte atuação do MRB, com a estratégia de ocupar as instituições. Em relação a política de saúde nesse período, cabe destacar que em 1984 “a direção geral do INAMPS passou a praticar uma política de favorecimento à iniciativa privada, através do uso de expedientes fraudulentos no sistema AIH, aumento nos valores das tabelas de remuneração e claras alianças da tecnoburocracia com a área hospitalar privada” (ESCOREL et al, 2005 p. 76).

Foi a partir de então que a saúde se abre para um forte debate na sociedade brasileira, porém em alguns momentos se tratava de uma estratégia de “lançar as bases da política de saúde para o governo de transição, mostrando as inquietações e proposições a respeito da realidade sanitária brasileira” (BRAVO, 2011, p. 105). Cabe ressaltar que o setor privado de saúde se encontrava consolidado e com uma expansão significativa, contando com o aporte de financiamento público.

Uma das maiores contribuições do MRS se deve às concepções ampliadas de saúde, forjadas para fazer frente ao modelo privatista. A saúde não pode ser tratada como questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como questão social e política a ser abordada no espaço público. Nesse sentido, o debate da universalização da saúde que emergiu do MRS assume uma postura política para além da técnica e se articula com os movimentos sociais. Como descreve Cunha (2016, p. 49), toda a dinâmica de luta do MRS incorporou em seu processo inicial, intelectuais-militantes como Sérgio Arouca, e depois passou a “incorporar trabalhadores, artistas, partidos políticos, (como o Partido Comunista Brasileiro-PCB e o Partido do Movimento Democrático Brasileiro-PMDB), se fortaleceu no final da década de 1970 e, principalmente, no decorrer da década de 1980” (CUNHA, 2016, p. 49).

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a partir de 1988, deixou de ser o executor direto e indireto das ações de saúde e dos recursos financeiros da previdência social, que passou a ser gerido pelo Ministério da Saúde (MS). A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi o marco para essas mudanças, uma espécie de pré-constituente da área, onde foram lançados os princípios da Reforma Sanitária em disputa. O movimento resultou, primeiramente, na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)²¹.

Contudo, a reforma da saúde estava em desacordo com as contrarreformas difundidas no mundo, em que se questionava a manutenção dos Estados Sociais europeus, diante do avanço do neoliberalismo. Foi durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988) que o MRS e os seus aliados alinharam as premissas que garantiram a aprovação da reforma - apesar da oposição de um setor privado poderoso e mobilizado em torno de *lobbies* políticos.

A Assembleia Constituinte se transformou numa arena política em que os interesses na saúde se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congregar cerca de duas centenas de entidades representativas do setor [...] (BRAVO, 2011, p. 115).

No processo constituinte, as diversas tendências no interior do MRS convergiram na formulação do SUS, fortalecendo-se, nesse período, as ideias socialdemocratas, inspiradas nos Estados Sociais de alguns países europeus, responsáveis por avanços consideráveis como a se-

21 Segundo Teixeira e Mendonça (2011, p. 208): “No plano da alteração das práticas institucionais, com o objetivo de promover a Reforma Sanitária, surgiu a proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, que aprofunda a política das Ações Integradas de Saúde (AIS), revitalizando-a e ultrapassando seus limites. Apoiada, essa medida, na organização descentralizada do Sistema de Saúde, com base no setor público executor da política de saúde, comentando suas necessidades de cobertura preferencialmente através de convênios com serviços filantrópicos, segmento a ser privilegiado dentro do setor privado, com contratos regidos pelas normas de direito público [...]”.

gurança social e o direito universal à saúde” (ANDREAZZI, 2018, p. 124-126). Todavia, nas disputas de projetos antagônicos, a assistência à saúde foi constitucionalmente liberada à iniciativa privada através do artigo 199 da Constituição de 1988, que previu a complementaridade no SUS. Dessa forma, a expansão do setor privado, baseado no livre mercado e dentro do setor público tem se dado com apoio do Estado, favorecendo os interesses do capital (BRAVO, 2018, p. 21-22).

2. O SUS e a privatização da atenção oncológica

Como vimos, a privatização tem profundas raízes na construção da política de saúde no Brasil, como também demarcam as ações direcionadas ao tratamento de câncer, tornando evidentes os interesses do capital na atenção oncológica. A Constituição Federal de 1988 regulamentou os princípios e diretrizes da Seguridade Social e o preceito constitucional de saúde como direito universal e dever do Estado foi resultado de um movimento que rompeu com as prerrogativas neoliberais de ajuste estrutural, defendidas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial, contrários a princípios como universalidade e integralidade da atenção à saúde.

Cabe ressaltar que, desde 1970, o capitalismo vivencia uma dura crise estrutural, resultado das contradições intrínsecas a esse sistema, da agudização da contradição entre capital e trabalho, em que a exploração da força de trabalho chega a patamares ignóbeis. Uma das características dessa crise é que ela expressa uma correlação de forças extremamente desfavorável à organização e luta política dos trabalhadores em todo mundo. Para Behring (2008, p. 197) “a tentativa de retomada das taxas de lucros nos níveis do pós-segunda guerra ocorrem a partir de três eixos que se articulam visceralmente”: a reestruturação produtiva – que imprimiu uma fragilização quanto à resistência dos trabalhadores, em face das condições de vida e de trabalho; a mundialização – que rearticula o mercado mundial, redefinindo a especialização dos países, comandada pelo capital financeiro; e o neoliberalismo – que é representado pelas “reformas” liberalizantes e se “combina com uma forte ofensiva intelectual e moral que tem o propósito de refuncionalizar o Estado para criar um ambiente favorável a essas mudanças” (BEHRING, 2008, 197-198).

Um dos elementos centrais da Seguridade Social é o orçamento. Ou seja, há uma disputa em torno dele, ocorrendo um forte embate entre as áreas econômica e social sobre o seu controle - cujos resultados da apropriação do fundo público pelo capital acabam por revelar a subordinação histórica da política social à política econômica. Os recursos que compõem as fontes de financiamento da Seguridade Social desempenham um papel relevante na sustentação da política econômica e social. Desde 1994, vem ocorrendo a captura dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), através do mecanismo de Desvinculação das Receitas da União (DRU), que são retidos pelo Orçamento Fiscal da União e canalizados para a esfera financeira e geração do *superávit* primário para pagamento da dívida pública (SALVADOR, 2010).

Segundo Correia (2005), as organizações multilaterais do capital, em especial o Banco Mundial, passaram a exercer protagonismo na política de saúde dos países periféricos, cuja principal orientação é a privatização da saúde e, conseqüentemente, a quebra do seu caráter público, estatal e universal. Segundo o Banco, os governos deveriam dar prioridade máxima aos setores fundamentais, ou seja, os mais vulneráveis, procurando promover políticas públicas

focalizadas que servissem a eficácia e efetividade dos gastos sociais. Assim, o movimento de reforma sanitária, que veio com a redemocratização do país, foi na contramão dos preceitos neoliberais.

Contudo, cabe ressaltar que a hegemonia do setor privado não foi derrotada. O projeto privatista permeia a política de saúde, que tem o apoio do Estado. Historicamente, o sistema de saúde brasileiro foi constituído por uma variedade de organizações públicas e privadas estabelecidas em diferentes períodos históricos e possui uma rede de prestadores e compradores de serviços que competem entre si (ANDREAZZI, 2018, p. 123). Tampouco é organizado como uma rede regionalizada de serviços e, não existem mecanismos eficazes de regulação, de referência e contra referência. A saúde possui três subsetores: o *público*, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o *privado* (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou particulares; e o *suplementar*, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. As pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento (PAIM et al, 2011).

A regulação do SUS tem sido tensionada por vários grupos de interesse, desde o setor privado e filantrópico, até grupos associados ao movimento pela reforma sanitária e os mecanismos regulatórios existentes ainda não promoveram mudanças diante da relação entre as esferas pública e privada. Como vimos, a política de saúde tem suas raízes na visão assistencial privatista, que visa à privatização e contenções de gastos por intermédio de medidas que promovam austeridade e seleção de demanda, ou melhor, focalização; diminuição da oferta de serviços; e forte apoio à descentralização dos mesmos, com a (des)responsabilização do poder central.

Assim, a consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanece como um desafio fundamental na agenda contemporânea da política de saúde. O MRS ainda resiste, preservando seu ideário contra os novos patamares de relação público-privado, com processos de privatização interna do SUS. Destaca-se o protagonismo exercido pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), criada em 2010, como uma expressão importante na luta contra os processos de privatização do SUS. Trata-se de uma Frente suprapartidária e anticapitalista que aglutina diversos movimentos sociais, sindicais, estudantis, fóruns estaduais e municipais de saúde, partidos políticos e projetos universitários. Atua nas instâncias de controle social - conselhos e conferências -, no campo jurídico, no âmbito do parlamento, nas ruas, na formação popular e acadêmica, nos meios de comunicação e no trabalho de base.

O Estado sustenta, historicamente, o mercado privado de saúde e as políticas implementadas posteriormente à criação do SUS não lograram alterar a predominância da lógica privatista existente. Os primeiros governos democráticos estiveram afinados com a restrição de gastos com as políticas sociais e criaram medidas que visavam o estímulo ao seguro privado, incentivando à adesão aos planos privados de saúde que, quase sempre, não possuem ampla cobertura. O governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC/1994-2002) foi um período de obstaculização da Seguridade Social pública preconizada na Constituição, vista como perdulária e atrasada, apesar das resistências em contrário.

A partir de 1994, com a criação do Plano Real e a realização da contrarreforma do Estado se implantou o ajuste fiscal permanente (BEHRING, 2008). Segundo Behring (2008), o Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado (PDRAE) bresseriano promoveu alterações estru-

turais que, na prática, impossibilitou a materialização dos preceitos constitucionais, principalmente em relação à universalização das políticas sociais e seu orçamento. Assim, o que ocorreu foi o estabelecimento de uma contrarreforma, que se balizou na ideia de uma “gestão pública não estatal”, transferindo as ações e serviços sociais públicos para as Organizações Sociais (OSs) em todas as áreas, especialmente na saúde, e alterando a natureza da relação com o Estado. Desde então, o desafio consiste em desvelar esses “novos modelos de gestão pública não estatal”, bem como uma gama de OSs criadas para esse fim.

Essas medidas foram adotadas também pelos governos do Partido dos Trabalhadores (PT). Durante os mandatos de Luiz Inácio Lula da Silva (Lula/2002-2010) e Dilma Rousseff (2011-2016), também houve a ampliação desses “novos” modelos de gestão sob o discurso de “modernização” do SUS, através das OSs, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Trata-se, segundo Correia (2011, p. 33) de uma privatização “por dentro” do SUS, em que ocorre uma apropriação permanente do fundo público pelo setor privado da saúde, mediante “compra de serviços privados pela rede pública por meio de convênios, em detrimento da alocação de recursos públicos na ampliação dos serviços públicos”.

Em relação à rede oncológica, houve avanços consideráveis a partir da Constituição Federal de 1988, principalmente pelo fato de que a doença passou, explicitamente, a ser um problema de saúde pública. Desde os anos 1980, o INCA se tornou agente diretivo na política nacional no controle da doença, assumindo o protagonismo na elaboração e implantação dessa política de saúde. Em 1989, o INCA²² passou a coordenar o Programa Nacional de Combate ao Fumo, além de campanhas educativas de prevenção contra câncer de mama e de próstata. Em 1990, o Instituto passou a administrar o Pro-Onco, programa criado em 1986, que partiu da necessidade em estabelecer parcerias com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, serviços, hospitais, universidades e setores da sociedade civil.

Entretanto, a atenção oncológica tem sido fortemente balizada por diretrizes das organizações multilaterais. Em 1995, o governo brasileiro estabeleceu contratos de empréstimos com o BID e o BIRD para o reforço à reorganização do SUS, no sentido de implantar uma suposta “reforma no setor saúde”, sob a escusa de reforçar o SUS. O que de fato aconteceu é que se reforçou os processos de descentralização por meio de estratégias de responsabilização dos estados e municípios, incentivando o financiamento dos prestadores privados e filantrópicos de serviços de saúde e priorizando a preocupação em relação à situação dos prestadores de serviços privados (OMENA, 2008, p. 130). Nessa direção, as ações governamentais de ampliação da população à atenção oncológica estão em sintonia com as recomendações e orientações das organizações multilaterais e, conseqüentemente, com a transferência de fundo público para o setor privado de saúde.

Em relação à organização dos serviços de atenção oncológica, destaca-se a Portaria nº. 2.439/2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica e deve perpassar todos os níveis de atenção para a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, que deverá ser criada em todas as unidades federativas, levando em consideração as competências das gestões estaduais e municipais. Destaca-se, também, a Portaria nº. 741/2005, que dispõe sobre a organização de redes assistenciais hierarquizadas e regionalizadas e esta-

22 Transformou-se em um órgão público de referência para o controle do câncer no Brasil devido à criação e ampliação do programa de detecção precoce.

belece parâmetros para o cadastramento de serviços em oncologia; nela, inclui hospitais como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon).

O que se nota é que através dessas legislações se ampliou a abertura para o setor privado de saúde ao conferir o credenciamento como Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia a hospitais públicos, filantrópicos e privados. As possibilidades de parcerias público-privadas são ainda ampliadas com a Lei nº. 12.715/2012, que criou o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), mediante incentivo fiscal para ações e serviços de atenção, desenvolvidos por instituições de prevenção e combate ao câncer. No âmbito da prevenção e combate ao câncer, são incorporadas as pessoas jurídicas de direito privado, associativas ou fundacionais, sem fins lucrativos, a saber, as instituições certificadas como entidades beneficentes da assistência social; qualificadas como organizações sociais; qualificadas como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. Essa lei claramente beneficia as OSs e amplia o espectro de atuação dessas organizações na rede oncológica. Ainda cabe destacar a Portaria GM/MS nº. 874/2013, que dispõe sobre os estabelecimentos que devem oferecer assistência especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico, estadia e tratamento. Cabe às secretarias estaduais e municipais de Saúde organizarem o atendimento, definindo para quais hospitais aqueles que precisam entrar no sistema público de saúde por intermédio da Rede de Atenção Básica, deverão ser encaminhados.

Apesar das inovações, a rede oncológica, enquanto política pública de prevenção, controle e tratamento de câncer, é executada pelo SUS, pelo sistema de saúde privado suplementar, como também pela complementaridade, o que demarca o grande interesse do capital privado nessa área, sendo a atenção oncológica também determinada pelos processos de privatização interna no âmbito do SUS. De acordo com pesquisa realizada por Omena (2008), essa modalidade de gestão público-privada existe no INCA desde os anos 1991, ocasião em que foi criada a Fundação Ary Frauzino (FAF), uma entidade privada sem fins lucrativos que passou a realizar a gestão administrativa do Instituto. Dentre essas atividades administrativas, a FAF se responsabiliza pelos recursos humanos, materiais e tecnológicos do INCA e é por meio da flexibilidade dessa entidade privada que lhe permite contratar trabalhadores e trabalhadoras através do Regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), bem como estabelecer os salários e as metas de produtividade, o que permitiu que até maio de 2007 somente 48% (menos da metade) dos trabalhadores e trabalhadoras tinham estabilidade no emprego.

Nessa relação público-privado na política de saúde, verifica-se que a oncologia é alvo de múltiplos interesses, porque o câncer é uma doença que acomete todas as idades, classes sociais e sua incidência é alta, o que requer procedimentos de custos elevados, tanto em relação ao atendimento ambulatorial, quanto a demanda por cirurgias e tratamentos sofisticados. Esses aspectos da doença estão em consonância com a expansão do capitalismo, com destaque para os crescentes investimentos e fundos que impulsionam a indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares, pois o tratamento exige inovações tecnológicas, bem como trabalhadores especializados. Nessa direção, as relações entre a incidência da doença, as transformações na sociedade capitalista, o complexo médico-industrial-financeiro precisam ser melhor escrutinadas, exigindo pesquisas acerca desses processos que não são recentes, mas que se intensificam em função das condições de precarização da vida e envelhecimento população.

No Brasil, a partir de 2005, a oncologia tem atraído muitos investimentos no setor, principalmente com o aumento do setor de serviços suplementares e o incentivo às parcerias públi-

co-privadas. A oncologia tem propiciado expectativas de altos retornos em investimentos, em função da demanda por tratamentos da doença que exigem procedimentos cada vez mais sofisticados. Conforme um levantamento da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer, estima-se que até 2030 o mundo terá 22 milhões de casos da doença por ano, notícias que movimentam o mercado da oncologia. De acordo com empresas que avaliam o setor (IQVIA) houve um aumento de US\$ 91 bilhões para US\$ 113 bilhões em custos relacionados a doença, no período de 2012 a 2016, e uma previsão que estes custos cheguem a US\$ 147 bilhões em 2021 (The Economist, *Cancer is a curse, but also a growth market for investors*, 03/02/2018).

De “olho” nesse mercado altamente lucrativo, grandes hospitais estão realizando vultosos investimentos em oncologia. A Rede D’or, uma das maiores do Rio de Janeiro tem investido na oncologia na área de cirurgias de alta complexidade, em terapia intensiva e pediatria. Hospitais e clínicas de São Paulo, a exemplo do Hospital Israelita Albert Einstein também têm investido pesadamente no setor, diante também das expectativas criadas pela saúde complementar. O grupo Oncoclínicas tem focado em modelos de parceria com o SUS, em radioterapias, segundo analistas do setor o mercado da oncologia está “aquecido” (Saudebusiness, 08 jun de 2011)²³.

Porém, é nos estados e municípios que as parcerias público-privada são efetivadas, exigindo a realização de pesquisas científicas sobre as formas de transferência do fundo público para o setor privado, em processos de privatização interna do SUS para evidenciar os impactos desses processos. Nos parágrafos seguintes, faremos algumas aproximações analíticas acerca dos processos de privatização da rede oncológica no estado do Tocantins, procurando explicitar tais impactos. Para contextualizar, cabe ressaltar que o Tocantins, estado criado a partir da Constituição Federal de 1988, possui um histórico agudo de privatizações da saúde e contratos de gestão firmados com OSs. A implementação do SUS foi, em seus primeiros anos, já marcada pela gestão das OSs, com destaque para o governo de Wilson Siqueira Campos (DEM, 1995-2002), que transferiu para Associação Beneficente de Assistência Pró-Saúde a gestão de dezessete hospitais estaduais sob o argumento de que daria agilidade nos serviços.

Desde então, os contratos e parcerias estabelecidas com essas organizações têm sido alvo de recorrentes investigações pelo Ministério Público devido às diversas irregularidades em torno dessas contratações, incorrendo na cassação de governadores, realidade observada em diversos estados da federação²⁴. Em seguida, no governo de Marcelo Miranda (MDB), entre os anos 2003-2004, houve a contratação da OSCIP Brasil para administrar 14 hospitais estaduais, que foi alvo de investigações pelo Ministério Público Federal (MPF), no Tocantins, por diversas irregularidades, fator que acarretou na cassação do seu mandato de governador²⁵. Em 2011, o governador Siqueira Campos retornou ao poder e aconteceu novamente a contratação da Pró-Saúde para administrar 17 hospitais, destinando um valor anual de R\$ 258.484.789,00. O que aconteceu é que

23 Disponível em: <https://www.saudebusiness.com/mercado/por-qu-os-grandes-hospitais-esto-investindo-em-oncologia> Longevidade da população dita as tendências. Acesso em 06/05/2021.

24 Fato recente se refere ao governador do Rio de Janeiro Wilson Witzel (PSC) que foi afastado do cargo em 30/04/2021 e perdeu seus poderes políticos pelos próximos cinco anos. Segundo a CNN Brasil, a acusação contra ele era baseada em fraudes na contratação de duas organizações sociais. Uma delas era o Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (Iabas), que gerenciava hospitais de campanha que tratavam pacientes com Covid-19. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/2021/05/01/entenda-o-processo-de-impeachment-que-resultou-na-cassacao-de-wilson-witzel>. Acesso em 06/05/2021.

25 A OSCIP Brasil foi criada dois anos antes e foi contratada pelo governo do Tocantins sem processo licitatório. Disponível em: <https://conexaoto.com.br/2017/11/28/governador-marcelo-miranda-e-condenado-a-perda-do-mandato-por-desvio-de-dinheiro-publico-no-caso-da-oscip-brasil>

em 2012, tanto o MPF²⁶ quanto o Ministério Público do Estado do Tocantins (MPE)²⁷ moveram Ação Civil Pública contra o governo estadual, suspendendo a contratação da organização em função de diversas irregularidades.

O documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”, elaborado pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS, 2012) registrou uma série de denúncias ocorridas nos estados e municípios brasileiros onde houve a gestão das OSs na saúde que demonstram as diversas irregularidades. É demasiadamente comprovado que esses modelos de gestão trazem prejuízos ao erário, aos usuários do SUS e aos trabalhadores e trabalhadoras²⁸. Isso ocorre porque a Lei n.º. 6.937/1998, que criou as OSs, abriu a prerrogativa de que essas podem adquirir bens e serviços sem licitações, bem como, as mesmas não são obrigadas a prestar contas a órgãos internos e externos da administração pública.

Em relação à atenção oncológica podemos destacar dois aspectos que demarcam os processos de intensificação da privatização no Tocantins. Um primeiro aspecto se relaciona à contratação de tratamentos especializados em clínicas privadas por parte do estado. A rede de atenção oncológica do Tocantins está expressa no Plano Estadual de Promoção da Saúde, Prevenção e Controle do Câncer, de 2016. De acordo com o Plano Estadual de Saúde do Estado do Tocantins (2016-2019), a Rede de Atenção à Saúde (RAS) vinha se estruturando de forma fragmentada por meio de Redes Temáticas, que não se integravam, além de ser subfinanciada e dependente do desafio de consolidação da governança regional no âmbito do SUS²⁹.

Com relação aos locais de atendimento para os serviços de quimioterapia, radioterapia e braquiterapia, é importante ressaltar que esses serviços estão separados em dois hospitais de referência: um localizado na capital do estado, o Hospital Geral de Palmas (HGP) e outro na região norte, no município de Araguaína, o Hospital de Referência de Araguaína (HRA). Essa divisão levou em consideração o fato de as cidades onde são oferecidos os tratamentos serem as maiores do estado, possuírem capacidade para atendimentos de alta complexidade e terem o maior número de especialidades e coberturas. Araguaína e Palmas são os municípios com maior índice populacional, econômico e com estrutura para atenderem demandas de outros estados.

O HGP possui um ambulatório da oncologia que realiza consultas, acompanhamentos e tratamento de quimioterapia. Para o tratamento de radioterapia, os pacientes são encaminhados para a Clínica Irradiar, prestadora privada habilitada para ofertar esse tratamento. O HRA oferece tratamento em braquiterapia e também radioterapia. Esses dois hospitais de referência possuem um histórico de terceirização dos serviços especializados de radioterapia, no HRA esse serviço ficou

26 Disponível em: <https://conexaoto.com.br/2012/12/04/mpf-to-requer-suspensao-imediata-dos-17-contratos-da-pro-saude-para-administrar-hospitais-do-tocantins>

27 Disponível em: <http://www.tce.to.gov.br/e-contas/processo/DocumentoVerSite.php?Id=755044&>

28 Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/p/materiais.html>. O documento atualizado em junho de 2012 foi elaborado a partir de depoimentos de usuários e trabalhadores dos serviços das OSs e em pesquisas na imprensa que noticia a realidade desses serviços, como também a situação dos trabalhadores e as diversas fraudes que envolve grande volume de dinheiro público.

29 A gerência da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do Tocantins instituiu, no âmbito do SUS estadual, a política para a prevenção e controle da doença na rede de atenção à saúde junto às pessoas com doenças crônicas, seguindo as determinações da política nacional. Os níveis de atenção em oncologia são: 1) Atenção Básica em Oncologia (presente nos 139 municípios do Tocantins); 2) Atenção Especializada: que compreende os seguintes serviços – ambulatorial, assistência diagnóstica e terapêutica; 3) Atenção Hospitalar – diagnóstico definitivo, tratamento dos cânceres (cirurgia, quimioterapia e radioterapia), além da Rede de Urgência e Emergência (RUE): responsável por prestar cuidado às pessoas com câncer em face das situações agudas, encaminhando, sempre que necessário, à Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).

interrompido por um tempo. Desde o ano de 2015, o Ministério Público do Tocantins busca, por intermédio de uma Ação Civil Pública (ACP), a adequação estrutural da Unidade de Oncologia do Hospital Regional de Araguaína (HRA) e a construção de sala especial (*bunker*) para instalação de um acelerador linear - para o retorno e funcionamento da unidade de radioterapia na Unacon/HRA com a reestruturação do prédio³⁰. O que se nota é que o tratamento de câncer se encontra privatizado no interior dessas duas unidades de atendimento.

Destaca-se, também, a transferência de recursos públicos para instituições filantrópicas. Há um movimento pela criação do hospital filantrópico para atendimento oncológico no estado do Tocantins, chamado “Hospital do Amor”, pertencente à rede Hospital de Câncer de Barretos. A construção desse hospital tem recebido apoio financeiro do Estado, inclusive da assembleia legislativa que tem destinado emendas parlamentares para a sua construção. Observa-se a recorrente propaganda na mídia local ao chamamento da sociedade civil para a arrecadação de fundos para o hospital. Em 2017, a Fundação Pio XII, que administra o hospital filantrópico recebeu do governo do estado, à época sob a gestão de Marcelo Miranda³¹ (cassado pela segunda vez no ano seguinte), a doação do terreno para construção do referido hospital.

Nessa relação público-privado, outro aspecto que chama a atenção é a transferência não só de recursos públicos, mas de equipamentos adquiridos por meio do Plano de Expansão da Radioterapia do Sistema Único de Saúde (SUS), do MS. No caso, trata-se da doação do acelerador linear que seria enviado para o Hospital Geral de Palmas (HGP), adquirido mediante o programa de expansão da rede pública oncológica no estado. A doação do acelerador linear para o Hospital do Amor foi apoiada por parte da bancada federal do Tocantins e pelo governo do estado à época. No primeiro semestre de 2020, iniciou-se uma conturbada discussão³², pois a escolha da localidade para a instalação do acelerador linear fica a critério da gestão estadual e isso deve ser referendado pela Comissão de Intergestores Bipartite (CIB). Acreditamos ter sido pactuado a referente “entrega” para a instituição filantrópica, sem consulta ao Conselho Estadual de Saúde (CES). Como sabemos as próprias portarias ministeriais preveem esta ausência e qualifica a CIB³³.

Contudo, o Ministério da Saúde impediu o credenciamento da instituição e o recebimento do equipamento de radioterapia. Devido às pressões estabelecidas pelo grupo do Hospital do Amor (que ainda se encontra inacabado e não credenciado para atendimento), no dia 09 de novembro de 2020, o então governador Mauro Carlesse (PSL) assinou um documento autorizando a transferência do local de implantação do equipamento de radioterapia para uma área pública ao lado da construção do Hospital do Amor³⁴. Uma maneira de não retirar o serviço da

30 Desde então, houve notificações nos anos de 2016 e 2017, com medidas judiciais que não foram vitoriosas. Com o bloqueio de recursos, a reforma da unidade teve início em 2018. Após esse período, foram retomados os serviços que até então não tinham sido cumpridos. Inconformidades não foram sanadas. Houve vistoria da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações na máquina de radioterapia. Muitos pacientes foram encaminhados para referência interestadual em Imperatriz (MA).

31 <https://g1.globo.com/to/tocantins/noticia/tse-publica-cassacao-de-marcelo-miranda-e-determina-eleicoes-diretas-no-tocantins.ghtml>

32 <https://g1.globo.com/to/tocantins/noticia/2020/05/30/presidente-do-hospital-de-amor-diz-que-foi-traido-apos-descobrir-que-maquina-de-radioterapia-sera-destinada-ao-hgp.ghtml> <https://www.jornaldotocantins.com.br/editorias/vida-urbana/henrique-prata-fala-em-trai%C3%A7%C3%A3o-por-aparelho-de-radioterapia-ir-para-o-hgp-e-n%C3%A3o-para-o-de-amor-1.2060949>

33 Resolução CIB/TO n°.120/2017, de 20 de abril de 2017. DOE n°. 4.856 de 28 de abril de 2017.

34 Até o presente momento esse dilema persiste. Sabe-se que há uma área em construção no HGP de uma estrutura para Unacom, mas até o momento não se tem informações precisas sobre o local de instalação do

rede pública e resolver a disputa pelo aparelho – ele vai atender aos interesses privatistas, mas estará em funcionamento em área pública. Sem dúvida, essa disputa pelo aparelho de radioterapia poderia se traduzir em uma crônica triste da realidade cotidiana de privatização da saúde no Brasil.

Considerações Finais

A história da luta contra o câncer no Brasil é um elemento da própria construção da política de saúde, com fortes imbricações entre o público e o privado e destaque para as instituições filantrópicas, em histórica tradição de atendimento na especialidade. Durante a ditadura militar, o setor privado de saúde e, particularmente, a oncologia recebeu vultosos recursos do fundo público, consolidando clínicas e hospitais privados que estruturaram a área oncológica, hoje, com forte investimento do mercado financeiro. Mesmo após a Constituição Federal de 1988, com a criação do SUS e o reconhecimento do câncer como um problema de saúde pública, na rede oncológica se intensificou os processos de privatização, sobretudo com a portaria nº. 2.439/2005. Assim, a expansão da atenção oncológica no Brasil se insere em intensas contradições entre os interesses públicos e os privados. Vimos que na oncologia o fortalecimento do setor privado se dá tanto pela via da compra de equipamentos e insumos pelo Estado, quanto pela compra de serviços no setor privado.

Na prática, esses aspectos, em relação à rede oncológica, têm cada vez mais tratado o problema do câncer como um problema individual, ao mesmo tempo, em que consolida uma abissal desigualdade no acesso ao diagnóstico e tratamento das pessoas acometidas pela doença. É grande o número de judicializações da saúde por parte de usuários do SUS com a finalidade de conseguir medicamentos e tratamentos especializados para a doença. A saúde não pode ser fonte de lucro, ou seja, não pode ser mercadoria, mas sim um direito de todos e dever do Estado. Sabemos que há questões de não implantação de serviços de saúde, mas também há questões do seu próprio desenho que colaboraram para o confronto entre o real e o legal. Importante se faz a luta contra os interesses dos empresários na saúde brasileira (BRAVO, 2018). Por isso, a nossa luta é todo dia, porque saúde não é mercadoria!

aparelho de radioterapia (acelerador linear).

Referências Bibliográficas

ANDREAZZI, M. F. S. Desafios e lutas pela Universalidade da Saúde. In: CORREIA et al (Orgs.). *Política de Saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal*. Maceió/AL: EDUFAL, 2018.

BEHRING, E. *Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Editora Cortez, 2ª edição, 2008.

BRAGA, I. F. Entidades empresariais e a política nacional de saúde: da cultura de crise à cultura da colaboração. Rio de Janeiro, 2012, 186f. (Tese Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2012.

BRAGA, J. C. S; PAULA, S. G. *Saúde e Previdência: estudos da política social*. São Paulo: Hucitec, 2018.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: CORREIA et al (Orgs.). *Política de Saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal*. Maceió/AL: EDUFAL, 2018.

_____. *Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos*. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. *Serviço Social e Reforma Sanitária*. São Paulo: Cortez, 2011.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (Org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. Trad. Rodrigo León Contrera. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997. p.229.

CORREIA, M. V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS? In: BRAVO, M I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). *Caderno de Saúde, Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

_____. O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. Recife, 2005, 342f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, 2005.

CUNHA, J. R. A. *Avanços e Retrocessos do Direito à Saúde no Brasil: uma análise crítica*. Rio de Janeiro: Multifoco, 2016.

FLEURY-TEIXEIRA, S. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma sanitária. In: FLEURY-TEIXEIRA et al (Orgs.). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. Rio de Janeiro: Cortez, 2011.

FLEURY-TEIXEIRA, S.; MENDONÇA, M. H. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: FLEURY-TEIXEIRA et al (Orgs.). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. Rio de Janeiro: Cortez, 2011.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais (OSs) no Brasil. Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br>. Acesso em 06/05/2021.

GRUZMAM, C.; TEIXEIRA, L. A. Os Materiais Educativos para a Prevenção do Câncer no Brasil: da perspectiva histórica à dimensão educativa. In: BERTUCCI et al (Orgs.). *Saúde e Educação: um encontro plural*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

IANNI, O. *A ditadura do grande capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

INCA. Duas décadas de Dia Mundial do Câncer e “Estimativa 2020” marcam o 4 de fevereiro no INCA. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/duas-decadas-de-dia-mundial-do-cancer-e-estimativa-2020-marcam-o-4-de-fevereiro-no-inca>. Acesso em 06/05/2021.

MENICUCCI, T. M. G. *Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

NETTO, J. P. *Pequena História da Ditadura Brasileira (1964-1985)*. São Paulo: Cortez, 2014.

OMENA, V. C. A relação dos setores público e privado na política de saúde brasileira: os interesses do capital na atenção oncológica. Alagoas, 2008, 164f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Alagoas (UFAL).

ONCONEWS. Fusões e Incorporações movimentam oncologia. Março, 2014. Disponível em: <https://www.onconews.com.br>. Acesso em 06/05/2021.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Saúde no Brasil. The Lancet*, p. 11-31, 2011. Disponível em: <http://www.ammabarbacena.com.br/files/2e9d93b8ab-f8ae74b148b4f04fdb3701.pdf> Acesso em 30/03/2021.

SALVADOR, E. *Fundo Público e Seguridade Social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2010.

saudebusiness. Por que os hospitais estão investindo em oncologia? Junho, 2011. <https://www.saudebusiness.com/mercado/por-qu-os-grandes-hospitais-esto-investindo-em-oncologia>. Acesso em 06/05/2021.

SETOR SAÚDE. Investidores e fundos de investimento miram o mercado da oncologia. Maio, 2016. Disponível em: <https://setorsaude.com.br>. Acesso em 06/05/2021.

TEIXEIRA, L. A.; FONSECA, C. O. *De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

TEIXEIRA, L. A.; PORTO, M. A.; NORONHA, C. P. *O câncer no Brasil: passado e presente*. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012.

TEIXEIRA, L. A.; PORTO, M. A.; HABIB, P. A. B. B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 20 (3): 375-80, 2012.

The Economist. Cancer is a curse, but also a growth market for investors. 03/02/2018. Disponível em: <https://www.economist.com/finance-and-economics/2018/02/01/cancer-is-a-curse-but-also-a-growth-market-for-investors> Acesso em 15/04/2021.

TOCANTINS. *Parecer Técnico Jurídico n.º 156/2011*. Tribunal de Contas do Estado. Disponível em: <http://www.tce.to.gov.br/e-contas/processo/DocumentoVerSite.php?Id=755044&>. Acesso em: 03/03/2021.

JUVENTUDE, EDUCAÇÃO SUPERIOR E SOFRIMENTO PSÍQUICO: SINTOMAS SOCIAIS DE DESALENTO NO CONTEXTO PANDÊMICO

ALBUQUERQUE, Cynthia Studart³⁵

GILÓ, Lara Moreira³⁶

COSTA, Amanda Karol de Oliveira³⁷

FERREIRA, Gabriela Oliveira³⁸

Introdução

A juventude contemporânea vivencia, hoje, uma particular crise civilizatória, conformada não apenas pela pandemia da Covid-19, mas pela fusão das crises ecológica, econômica, sanitária e democrática. Os jovens estão sob o desafio de enfrentar a vida, talvez, na pior fase da crise estrutural do capitalismo, que agora põe em questão a própria continuidade da vida humana.

Na verdade, a pandemia provocada pelo novo *coronavírus* evidenciou a avalanche de incertezas e inseguranças produzidas pela *crise neoliberal*, melhor dizendo, a crise da resposta político-econômica à crise da regulação social e de acumulação capitalista, iniciada no século passado. As crises cíclicas são próprias do capitalismo, mas esta que experimentamos, desde os anos 1970, permanente e contínua, radicalizada após a crise financeira de 2008, dá indícios que poderá piorar consideravelmente e se tornar muito mais profunda, já que invade “[...] não apenas o mundo das finanças globais mais ou menos parasitárias, mas também todos os domínios da

35 Doutora em Serviço Social (UFRJ). Professora colaboradora do Mestrado Acadêmico em serviço Social, Trabalho e Questão Social da Universidade Estadual do Ceará (MASS/UECE). Professora do Curso de Graduação em Serviço Social do Instituto de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE). Líder do Grupo de Pesquisa em Educação, Políticas Sociais e Serviço Social (NEPSSS). *E-mail:* cynthia.studart@ifce.edu.br

36 Graduada em Serviço Social (IFCE). Assistente Social, residente em Saúde Mental Coletiva no município de Aracati, pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Integrante NEPSSS. *E-mail:* gilolaral0@gmail.com

37 Graduada do Curso Bacharelado em Serviço Social (IFCE/Campus Iguatu). Integrante do NEPSSS. *E-mail:* amanda.karol.oliveira06@aluno.ifce.edu.br

38 Graduada do curso Bacharelado em Serviço Social (IFCE/Campus Iguatu). Diretora de Assistência Estudantil da União Estadual dos Estudantes Livres do Ceará (UEE-CE), Membro do Núcleo de Estudos Afro-brasileiros e Indígenas (Neabi) e integrante do NEPSSS. Bolsista FUNCAP. *E-mail:* gabriela.oliveira.ferreira06@aluno.ifce.edu.br

nossa vida social, econômica e cultural”. (MÉSZÁROS, 2009, p. 17). Conforme defendem Dardot e Laval (2021), o neoliberalismo “se alimenta e se radicaliza por meio de suas próprias crises”.

Um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2018), intitulado “Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?”, problematiza os possíveis impactos das crises econômicas e das medidas de ajuste fiscal para sua contenção na condição de saúde mental das pessoas: insegurança, medo, desorientação e sofrimento. Ademais, a adoção de medidas de austeridade fiscal com drástica redução do investimento nas políticas sociais implica na piora da situação de saúde da população.

Nesse sentido, são tensionadores da saúde mental dos brasileiros as providências adotadas para o enfrentamento à crise. Tais medidas, balizadas pela Emenda Constitucional nº 95/2016 que instituiu o Teto de Gastos, sob o pretexto de um ajuste fiscal radical, inegavelmente podem ser identificados como estressores da saúde mental dos brasileiros: o consequente desmonte das políticas sociais; as contrarreformas trabalhista e da previdência; a intensificação da precarização do trabalho; além do avanço do conservadorismo e do irracionalismo na sociedade, potencializados por um governo radicalmente neoliberal, autoritário e negacionista que, sistematicamente, confronta as liberdades democráticas e o pensamento crítico-científico.

Essas tendências se tornam ainda mais agravantes, ao considerarmos as consequências da relação entre a pandemia e crises na conjuntura brasileira, num país com enormes desigualdades regionais e sociorraciais, produzido pela síntese racismo estrutural, patriarcado e capitalismo dependente, que tem vivenciado: colapso na saúde pública; produção organizada de desinformação e notícias falsas; adoção de tratamentos ineficazes e sem comprovação científica como política pública; o luto não vivido por milhares de pessoas; morosidade na aquisição de vacinas; ampla precarização dos trabalhadores informais e o desemprego em massa; fome e extrema pobreza generalizada; incapacidade do sistema de seguridade social e auxílio emergencial insignificante; e ainda, a negligência planejada do Presidente da República.

Tudo isso em um contexto de isolamento social prolongado, inclusive, impossibilitado para uma maioria isolada socialmente de direitos e proteção do Estado. Medo, ansiedade e insegurança frente às difíceis condições de vida e trabalho no contexto pandêmico são expressões do realismo capitalista (FISHER, 2020) e sintomas do desalento da população brasileira. Vive-se hoje sob o risco iminente da morte ou da incerteza do pão de cada dia. Até a finalização deste capítulo, o país apresentava quase 400 mil mortos pela Covid-19, 14,5 milhões de desempregados e 19 milhões de brasileiros literalmente passando fome.

Contudo, a paralisação de atividades econômicas durante a pandemia da Covid-19 afetou principalmente os jovens. Segundo os dados da Pnad Covid, produzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), 24,2% do grupo economicamente ativo entre 14 e 29 anos estavam desempregados em novembro de 2020, um crescimento significativo comparado ao percentual de 18,4%, em maio do mesmo ano. Na mesma direção, os jovens são os mais impactados negativamente pela pandemia da Covid-19 na educação. Estudo da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 2020, apontou que 65% dos jovens consideraram que aprenderam menos durante a pandemia, além das desigualdades no acesso ao ensino remoto, maiores dificuldades na entrada no mercado de trabalho e degradação da saúde mental foram pontos críticos observados; inclusive, o estudo concluiu que, no mundo, 50% dos jovens de 18 a 29 anos estão sujeitos à ansiedade ou à depressão, enquanto outros 17%, provavelmente, já estão afetados por estas condições.

Esse conjunto de fatores, eventos e tragédias desafiam as instituições educacionais em face da agudização da questão social e da deterioração das condições de vida, estudo e saúde mental dos jovens estudantes do Ensino Superior no país. As desigualdades educacionais amplificadas por esta conjuntura e a intensificação do sofrimento psíquico, sob a mediação do ensino remoto emergencial, repercutem diretamente nos processos de ensino e aprendizagem dos estudantes, particularmente, na permanência e no êxito acadêmico. Neste capítulo, busca-se, portanto, analisar a questão do sofrimento psíquico de jovens estudantes do Ensino Superior, no contexto da crise pandêmica e capitalista, na particularidade da realidade brasileira.

1. Realismo capitalista e a patologização da vida: despolarização da saúde mental como mecanismo de hegemonia neoliberal

Prefiro queimar o mapa. Traçar de novo a estrada
Ver cores nas cinzas. E a vida reinventar. (Francisco, *el hombre*)

A reflexão sobre as condições de saúde mental da juventude universitária na pandemia da Covid-19 exige situarmos em que sociedade vivemos e qual a sua lógica de funcionamento; ou seja, é preciso analisarmos como a materialidade do modo de vida no capitalismo tardio determina e condiciona a subjetividade dos sujeitos na contemporaneidade.

Uma primeira reflexão é que a sociedade de trocas mercantis necessita de indivíduos para funcionar, ou melhor, de “um modo-indivíduo de subjetividade [...] um mesmo modo de subjetivação” partilhado pelos sujeitos livres. (TORRE; AMARANTE, 2001).

É nesse sentido que além das *condições objetivas* – e aqui referimo-nos às possibilidades materiais para o desenvolvimento das relações sociais capitalistas – o capitalismo necessita de *condições subjetivas*. Com efeito, os indivíduos precisam ser *formados, subjetivamente constituídos*, para reproduzir em seus atos concretos as relações sociais, cuja forma básica é a troca mercantil. (ALMEIDA, 2021, s/p).

Por esse ângulo, a compreensão de subjetividade aqui trabalhada está ancorada na tradição marxista, como expressão das formas de consciência, ou seja, de um modo de vida que envolve as formas de ser, estar e representar em uma dada sociedade. A subjetividade humana está diretamente entrelaçada à materialidade das relações sociais, quer dizer, com a produção das condições de vida, na perspectiva de que, “[...] não é a consciência que determina a vida, é a vida que determina a consciência”. (MARX, 2009, p. 31). Nesse sentido, o modo de produção capitalista,

[...] atua no inconsciente e move o desejo, a angústia e o medo das pessoas; altera a sensibilidade que é modelada sob a lógica do capital, ficando o desejo de alteridade modelizado em função do consumo de produtos e da posse de objetos, resultando em relações coisificadas. (MANCINI, 1998, p. 05).

O capitalismo tem como fundamento a acumulação e a reprodução ampliada, que se realiza com base na relação antagônica entre capital *versus* trabalho, mediante relações sociais de exploração e dominação de uma classe sobre a outra. Entretanto, as bases fundamentais desse sistema não estão restritas somente à esfera objetiva da produção material, necessita-se, também, garantir a reprodução social, a reprodução de uma subjetividade que conforma determinado modo de vida cotidiana dos indivíduos em sociedade.

A esfera do cotidiano é marcada por relações sociais efêmeras, pautadas pela naturalização das desigualdades sociais e opressões, com base na ultrageneralização, superficialidade, individualidade, pragmatismo e imediaticidade. (HELLER, 1989). Isso acontece através do processo de alienação que tem origem na produção, mas se reflete no âmbito da reprodução da vida social. A ideologia do capital, que é a dominante, oculta à realidade social que desestorica os fenômenos, reproduzindo ideias a partir da aparência das coisas.

Dito isso, propomo-nos a entender como a ideologia neoliberal tornou-se a nova razão do mundo contemporâneo moldando não apenas uma política econômica ou um novo padrão de acumulação de gestão do trabalho e do Estado, mas uma racionalidade que gerencia as relações entre Estado e sociedade, dos indivíduos entre si e consigo mesmos. “Trata-se mais fundamentalmente de uma racionalidade política que se tornou mundial e que consiste em impor por parte dos governos, na economia, na sociedade e no próprio Estado, a lógica do capital até a converter na forma das subjetividades e na norma das existências”. (DARDOT; LAVAL, 2021).

As ideias neoliberais emergem após a crise de 1929, precisamente, em 1938, no Colóquio Walter Lippmann, apresentando-se como uma alternativa ao liberalismo clássico e às economias planificadas das experiências comunistas. Entretanto, é nos anos 1970, que o neoliberalismo se firma como resposta à crise estrutural (MÉSZÁROS, 2009), através do qual o capital estabelece novas formas de obtenção de lucro e intensifica a exploração do trabalho por intermédio da combinação de antigos e novos métodos de produção e gestão social.

O processo produtivo, agora pautado pela lógica da acumulação flexível, implicou a conjugação de outros processos sociais tais como a financeirização, a mundialização do capital e o neoliberalismo. A hegemonia da lógica financeira, para além de sua dimensão econômica, envolve todos os âmbitos da vida social, “[...] dando um novo conteúdo aos modos de trabalho e de vida, sustentados na volatilidade, na efemeridade e na descartabilidade sem limites”. (ANTUNES, 2018, p. 173).

Além disso, na perspectiva defendida por Fisher (2020, p. 34), para garantia da reprodução social do realismo capitalista, exige-se a formatação e moldagem prévia dos desejos, aspirações e esperanças, já que “[...] uma posição ideológica nunca é realmente bem-sucedida até ser naturalizada, e não pode ser naturalizada enquanto ainda for pensada como valor, e não como fato”. Assim, o sentimento e a crença de que o capitalismo é o único sistema político e econômico possível, é o que Marck Fisher (2020, p. 33) denomina como realismo capitalista. “Trata-se de uma atmosfera penetrante, que condiciona não apenas a produção da cultura, mas também a regulação do trabalho e da educação, agindo como uma espécie de barreira invisível que limita o pensamento e a ação”. Nesse sentido,

A era flexível do capital tem demonstrado seu caráter deletério para a classe trabalhadora, objetiva e subjetivamente. Marcado pela empresa enxuta, o toyotismo inaugura uma nova forma de organização e gestão do trabalho, onde

emergem novas formas de precarização. Os trabalhadores se veem imersos em um quadro de desemprego estrutural que os compromete diretamente, aumentando a subordinação destes aos ditames do capital. Estamos vivenciando a intensificação dos processos de exploração e principalmente de alienação [...] agora, sob uma nova roupagem que marca a era do capitalismo manipulatório que não apenas aliena, mas captura a subjetividade do trabalhador – o controle da consciência. (CAMPOS, 2017, p. 798).

É com base nesse processo e no avanço do desenvolvimento tecnológico, que o ambiente produtivo e a vida particular se tornam cada vez mais homogêneos. Com a terceirização e a precarização, o ambiente de trabalho é a casa dos trabalhadores. O espaço doméstico como lugar de trabalho está condicionado também pela rotina laboral, processo este intensificado pela pandemia do novo coronavírus diante da necessidade de distanciamento social. A modalidade de trabalho *home office*, conforme aponta Lizote et al (2021, p. 249), “[...] pode aumentar o esgotamento físico e mental”. Inclusive, antes mesmo da pandemia, Antunes (2018, p. 160, grifos nossos) já refletia sobre os processos de adoecimento físico ou psíquico no espaço laboral, que “[...] entre os fatores que contribuem para a maior incidência do processo de adoecimento, [está] a progressiva diminuição ou ausência do mínimo de controle dos trabalhadores sobre o processo de trabalho”.

Essa apropriação integral da vida social pelo capital e, portanto, a identificação da produção social de patologias psíquicas nos conduz ao entendimento, no horizonte da obra organizada por Safatle, Junior e Dunker (2020), de que o neoliberalismo constitui uma forma de gestão do sofrimento psíquico ou, nos termos de Fisher (2020), uma privatização dos estresses e angústias produzidas pelo capitalismo contemporâneo. Nesse sentido, apresentamos o suposto de que a condição de existência dos sujeitos no neoliberalismo foi transformada em condição clínica através dos mecanismos de patologização da vida e despolitização da saúde mental, fundamentais para reprodução social.

Para isso, a hegemonia neoliberal vinculou a economia à uma psicologia moral que tornou os indivíduos “empreendedores de si”, internalizando a racionalidade neoliberal como única forma de racionalidade possível, mais do que um modelo econômico, transformou-se numa engenharia social com interferência direta nas dimensões produtoras do conflito. A forma-empresa foi universalizada ao “passar do social ao psíquico e levar os sujeitos a não se verem mais como portadores e mobilizadores dos conflitos estruturais”, é uma estratégia de eliminação dos conflitos de classe operacionalizada pela “patologização da insuficiência ou disfuncionalidade à ação”, através de uma disciplina que anula a revolta e a converte em sofrimento psíquico. (SAFATLE, 2020, p. 33-42).

O autor afirma que, não por acaso, a ascensão do neoliberalismo nos anos 1970 foi acompanhada por uma brutal modificação das formas de descrição e categorização do sofrimento psíquico, em um contexto de desenvolvimento da farmacologia e ampliação da produção mercantil das drogas psiquiátricas pela indústria farmacêutica.

Essa modificação consolida-se através do advento da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), no final dos anos 1970: manual de psiquiatria que representa uma mudança profunda com uma gramática social do sofrimento que, até então, dava paulatinamente espaço à

consciência da dimensão conflitual dos processos de socialização próprios à sociedade capitalista. (SAFATLE, 2020, p. 34).

Dito de outro modo, o realismo capitalista neoliberal passou a tratar o sofrimento psíquico dissociado do mal-estar capitalista e, intencionalmente, passou a tratá-lo como algo natural, orgânico e individual. Operou-se o deslocamento da “loucura” como uma categoria política para uma categoria clínica e biomédica, com base na privatização do sofrimento e na individualização da angústia.

E diante de uma suposta epidemia de patologias mentais na juventude, não podemos tomar esse dado como simples retrato estático da sociedade contemporânea, mas problematizá-lo como “um sintoma singular do próprio capitalismo tardio neoliberal”. (MARQUES; GONÇALVES, 2020, p. 186). O desafio é, portanto, reconhecer os processos de sofrimento psíquico das juventudes universitárias distante de uma disfunção ou fraqueza desses indivíduos no seu processo-projeto de empreendimento de si, como indicam os manuais de *coaching* ou mentoria empresarial, mas como patologias sociais produzidas pelo capitalismo tardio e que assumem uma funcionalidade política para manutenção da hegemonia neoliberal.

2. Juventude universitária, sofrimento psíquico e resistências: o futuro no/do Brasil em questão

E eu inda sou bem moço pra tanta tristeza. Deixemos de coisas, cuidemos da vida. Senão chega a morte ou coisa parecida. E nos arrasta moço sem ter visto a vida. Medo, medo, medo. (BELCHIOR).

A vida contemporânea, marcada por crises econômicas, políticas, sociais e culturais, revela que o sofrimento psíquico é algo cada vez mais presente, principalmente, para os jovens que nitidamente vivem o peso de vivenciarem sua condição juvenil (ABRAMO, 2005) em uma conjuntura social caótica e instável. Segundo os dados do Boletim sobre Suicídio da Organização Pan-americana de Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS, 2021a), essa prática é a principal causa de morte no mundo de jovens com idade entre 15 e 29 anos. No Brasil, o suicídio é a terceira causa de morte entre os jovens. (BAHIA, 2021). Entre 2011 e 2018, foram notificados 339.730 casos de autolesão e tentativas de suicídio entre os jovens dessas idades, que representam 45% desse total (OPAS/OMS, 2021b).

São muitas as concepções que envolvem o conceito de juventude, por exemplo, a Organização das Nações Unidas (ONU) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) caracterizam “juventude” como a faixa etária de pessoas entre os 15 e 24 anos. Por sua vez, o Estatuto da Juventude e o Sistema Nacional de Juventude (SINAJUVE), consideram jovens as pessoas com idade entre 15 e 29 anos. Apesar de autores e instituições divergirem em alguns aspectos quando se trata da tematização sobre juventude, o espaço-tempo entre a adolescência e a vida adulta é uma característica em comum.

Geralmente, a juventude é percebida como um momento de transição para a vida adulta, uma fase de transformação e construção do indivíduo. No entanto, a categoria juventude é muito mais complexa, reclama considerá-la como construção histórica e social, portanto, não simples-

mente uma condição etária. (ABRAMOVAY; CASTRO, 2015). Nesse sentido, deve-se considerar a multiplicidade de determinações que contribuem para a formação da subjetividade dos indivíduos jovens, como a classe social, o gênero, a condição racial, as ideologias, a religião, o território, dentre outros.

Segundo Abramo (2005), algumas características estão relacionadas à condição juvenil como a construção das identidades, a necessidade de autorreconhecimento e reconhecimento de si nos outros. Assim, cada jovem se constrói e é construído como sujeito, dentro de circunstâncias sociais, econômicas e políticas, portanto, as juventudes se transformam historicamente e, são vivenciadas de diferentes formas. Por isso, para compreender melhor a condição juvenil na atualidade, faz-se necessário considerar as condições do mundo trabalho no capitalismo neoliberal. Os comportamentos e sentimentos dos jovens frente ao trabalho e as condições de emprego e desemprego, podem contribuir para apreendermos o processo de construção da subjetividade das juventudes na atualidade. (BAJOIT; FRANSSEN, 1997).

As transformações no mundo do trabalho, haja vista a flexibilização das legislações trabalhistas, aprimoramento do aparato tecnológico, aceleração do tempo de giro do capital e precarização do trabalho, têm impactado diretamente a vida dos jovens que, ameaçados pelo desemprego estrutural, são condicionados a realizarem trabalhos instáveis e extenuantes. Conforme Fisher (2020, p. 63), para funcionar com eficiência e integrado ao regime de produção por demanda é preciso constituir a capacidade de responder à imprevisibilidade, é necessário “[...] apreender a viver em condição de total instabilidade, de ‘precariedade’ [...] períodos de trabalho alternam com dias de desemprego”.

Dessa forma, os jovens não conseguem atingir um processo de autorrealização, sentem-se frustrados e confusos diante das expectativas e exigências sociais estabelecidas para o futuro e acabam perdendo o sentido do valor do trabalho. Todavia, ter um emprego continua sendo o principal meio de inserção e reconhecimento social. Como também, é a condição para suprimento das necessidades humanas básicas de sobrevivência, obrigação social e dever moral, atribuindo ao indivíduo um status social que propicia uma espécie de compensação individual. (BAJOIT; FRANSSEN, 1997, p. 79).

Vale ressaltar que a juventude negra, pobre e feminina sofre muito mais com as determinações do trabalho na sociedade capitalista. Ou seja, são as jovens, mulheres, negras e pobres que têm vivenciado com maior intensidade e profundidade o sofrimento e o mal-estar psíquico causado pela lógica neoliberal, pois “as carências e dificuldades nos domínios da habitação, do emprego e da vida afetivo-sexual podem converter-se numa fonte aguda de conflitos e problemas” (PAIS, 1990, p. 142). Indicação das conexões entre a condição de vida e a saúde mental dos sujeitos é o fato de que, segundo a OPAS/OMS (2021b), 79% dos suicídios no mundo ocorrem em países de baixa e média renda.

Como dito anteriormente, a condição juvenil compõe o processo de formação da identidade dos indivíduos. A necessidade de pertença a grupos em comum possibilita a aproximação e compartilhamento de momentos, vivências e questionamentos à realidade social, a partir das necessidades específicas desses sujeitos. Historicamente, quando essas necessidades não foram atendidas ou deixadas de lado, despertou-se a potencialidade para subversão das condições dadas e para transformação da sociedade.

Entretanto, com o avanço da racionalidade neoliberal e, cada vez mais, a fetichização das relações sociais intensificadas pelo advento das redes sociais virtuais, os jovens estão cada vez mais imersos na cultura da espetacularização. A juventude, hoje, dedica significativa parte do seu tempo à auto exposição nesses espaços. Isso, também, conduz os jovens ao isolamento físico e à dependência dos instrumentos tecnológicos, fragilizando o acesso à comunidade e seus conflitos, mantendo-se na sua zona de conforto. Com esse espaço mais restrito, os jovens tendem a se sentirem aprisionados e impotentes diante dos seus medos e desafios cotidianos. Os espaços coletivos e encontros pessoais se tornam dispensáveis e as pessoas mais dependentes dos aparelhos de comunicação virtual. Até mesmo em situações que requerem o contato pessoal, as pessoas permanecem presas na dimensão virtual paralela e não conseguem desfrutar das experiências reais do cotidiano. (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2014, p. 88).

O neoliberalismo emolda uma subjetividade universal juvenil, publicizada e promovida através das mídias sociais, leva os indivíduos a desejar para si um modo de vida fixado no consumo, no espetáculo e na instantaneidade. Para atender as demandas do mercado e aumentar a escala do consumo, a racionalidade neoliberal estimula continuamente os indivíduos sociais “ao prazer e à felicidade plena – cuja realização pode ser alcançada pela riqueza e pelo prestígio, personificados pelo dinheiro e todas as mercadorias que com ele se pode comprar”. (BRITES, 2006, p. 65). Assim, não há espaço para vivenciar qualquer forma de sofrimento, porém, esta lógica produz frustração e angústia para os jovens que tendem a comparar a sua realidade ao padrão de vida, sucesso e beleza.

A juventude vive na era da hiperinformação e conectividade, em que a todo instante são bombardeados por notícias, propagandas, dados, opiniões, novas tecnologias e novas descobertas, além das mudanças constantes e cada vez mais rápidas. A esse respeito, Brites (2006, p. 53) afirma: “As barreiras espaciais são superadas pela velocidade das informações, da comunicação e da circulação de mercadorias.” Ou seja, a série de estímulos constantes do cotidiano leva ao indivíduo viver tudo no tempo presente, desconsiderando os determinantes e conexões que caracterizam tais informações. Os sujeitos apenas absorvem e reproduzem dados, muitas vezes, incongruentes e, até mesmo, mentirosos. Assim, se originam as conhecidas *fake news*, que favorecem cada vez mais o processo de alienação capitalista.

Todavia, é preciso ressaltar que as interações virtuais através do uso das novas tecnologias não são exclusivamente danosas para as juventudes. Ao contrário, pode, também, facilitar o acesso à informação e entretenimento, além de propiciar espaço para expressão das juventudes em suas diversas singularidades. Sendo assim, é possível afirmar que as inovações tecnológicas resultam das intencionalidades humanas, por isso, configuram-se como instrumentos que, a depender do contexto histórico em que surgem, podem ou não facilitar a efetivação da democracia. (SOUSA, 2011).

Contudo, com a pandemia causada pelo coronavírus e a proposital negligência do Governo Federal no seu enfrentamento, nesse momento, a solução mais efetiva encontrada está nas medidas de isolamento social. Tal fato conduziu às instituições de ensino a aderirem ao ensino remoto, como estratégia paliativa, diante desse cenário. Para que o ensino remoto tenha o mínimo de qualidade, seria necessário suporte técnico e ferramentas digitais adequadas, conectividade e capacitação nas escolas e universidades, tanto para os docentes quanto para os alunos, algo que não tem sido garantido amplamente. Pelo contrário, impõe-se aos jovens a autorresponsabilização sobre suas condições de estudo. Vale lembrar, que devido a própria realidade de desigualdade

de econômica do Brasil nem todos os alunos têm acesso a computadores, celulares ou à *internet*. (DIAS; PINTO, 2020).

Outro elemento fomentador de angústias é o fato de que, se o vírus é democrático na contaminação, é seletivo na mortalidade. Enquanto a classe média e a elite podem trabalhar em casa no regime *home office*, mesmo que estressante como já apontamos, com certeza não é maior do que a tensão e o medo que milhares de jovens têm de contaminar seus familiares, já que muitos tiveram que assumir a condição de provedores de suas famílias, seja pelo desemprego, seja como medida de proteção dos mais vulneráveis. Além disso, vários estudantes tiveram que lidar com o cuidado dos seus familiares adoecidos. As jovens estudantes assumem, ainda, a extenuante ampliação da jornada de trabalho, já que num país patriarcal as mulheres são responsabilizadas na divisão sexual do trabalho, prioritariamente, pelo trabalho doméstico e de cuidado, fundamentais para reprodução social.

É preciso considerar que houve uma mudança substancial no perfil de ingressantes no Ensino Superior, público e privado, no país, com a criação de programas, como o Programa Universidade para Todos (ProUni), o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni) e a criação da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica juntamente aos Institutos Federais de Educação, Ciência. E ainda, diante da ampliação do Fundo de Financiamento Estudantil (Fies), da implantação das cotas sociais e raciais; e da criação do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) e do Sistema de Seleção Unificada (SISU), em substituição ao vestibular.

A “democratização” do acesso ao Ensino Superior não significou a garantia das condições de permanência, mesmo com as significativas ações do Plano Nacional de Assistência Estudantil (PNAES). A ampliação e a interiorização das IES, como também, a diversificação dos sujeitos que passaram a compor essas instituições, que se tornaram mais populares, negras, femininas e diversas, mas que ainda apresentam profundas desigualdades de classe, gênero e raça, configuram preocupantes desigualdades educacionais que espelham as desigualdades raciais e sociais no país e foram aguçadas pela crise sanitária brasileira.

Estudo como de Maia e Dias (2020), realizado com 460 estudantes universitários, no início da quarentena, indica um aumento significativo de perturbação psicológica (ansiedade, depressão e estresse) no período pandêmico, comparativamente, a períodos ditos normais. Esses processos se não cuidados podem acarretar práticas de automedicalização, uso abusivo de álcool e outras drogas, ou mesmo, busca de uma solução extremada como o suicídio. “Dentre os principais fatores de estresse identificados, sobressaem o efeito da duração do período de quarentena, os receios em relação ao vírus ou à infecção, a frustração, a diminuição de rendimentos, a informação inadequada e o estigma” (MAIA; DIAS, 2020, p. 02).

Desse modo, a conjuntura pandêmica tem afetado negativamente o bem-estar de todos, sobretudo, dos jovens, elevando os níveis de ansiedade e cansaço mental. Além disso, há uma infinidade de informações falsas circulando nas mídias sociais que aumentam a insegurança e a indeterminação na vida dos jovens. Em junho de 2020, o Conselho Nacional de Juventude (CONJUVE) realizou a pesquisa “Juventudes e a pandemia do coronavírus”, na avaliação sobre efeitos da pandemia em aspectos da vida, mais especificamente em relação ao estado emocional, em que 29 % dos jovens responderam que piorou muito, 41% que piorou um pouco, 22% disseram que ficou igual, 5% que melhorou um pouco e 2% disseram que melhorou muito. Segundo a referida pesquisa, entre os jovens, predominam os sentimentos como ansiedade, tédio e impaciência.

É possível identificar que a pandemia da Covid-19 exacerbou a produção social do sofrimento psíquico para as juventudes que vivem precariamente. As preocupações com o ingresso na universidade, a pressão por êxito acadêmico, o desemprego, a precarização das condições de vida das famílias e até a insegurança alimentar são experiências, atualmente, extremamente traumáticas. “A incerteza material não é determinante novo na vida da população brasileira, majoritariamente pobre, negra e subempregada. Mas essas incertezas e inseguranças se aprofundam de forma aguda com a pandemia, circunstância que chegou muito repentinamente para a maioria da população”. (ALVES, 2020, p. 01).

Nesse momento, as mídias sociais são uma das principais ferramentas de diálogo e organização entre a juventude que, com muitos limites, tenta construir uma luta política de enfrentamento ao genocídio em curso. Apesar dos inúmeros desafios, visto que a pandemia escancara a desigualdade estrutural, houve algumas iniciativas por parte de entidades estudantis, movimentos sociais e coletivos jovens com resultados positivos a exemplo das pautas pelo adiamento do Enem, ampliação da assistência estudantil, como a concessão de auxílios emergenciais e a promoção das condições de conectividade para o ensino remoto em certas Instituições de Ensino Superior (IES) acesso a equipamentos estruturais. Inclusive, recentemente, a União Nacional dos Estudantes (UNE) lançou a campanha “Saúde, Pão, Vacina e Educação”, mobilizando jovens em todo o país em torno de uma agenda pública comum da juventude brasileira. Além disso, para além das redes sociais, jovens se mobilizaram em torno de campanhas de solidariedade, mostrando o compromisso com a vida do povo brasileiro.

As campanhas de solidariedade popular envolvem a participação de diversas organizações urbanas e do campo na arrecadação e distribuição das doações, incorporando a juventude e promovendo a relação do alimento agroecológico, fruto da reforma agrária, com a panela vazia da periferia: é o encontro entre pessoas do campo e da cidade, fortalecendo uma rede de luta contra o atual governo e por reforma agrária e urbana popular. Inspirado nessas práticas, protagonizadas por jovens que rejeitam a indiferença que o capitalismo busca impor [...] (TRICONTINENTAL, 2020, p. 32).

Faz parte da condição juvenil a “[...] busca identitária e tendência de estar em grupo”, além da “atitude de contestação e insatisfação sociais, intelectualização dos fatos e questionamento de valores sociais”. (SOUSA, 2006, p. 11). Nesse sentido, podemos acreditar que está incutida nas juventudes a potencialidade da mudança e da transformação social. Apesar dos desafios postos pelo realismo capitalista à brasileira, é preciso considerar que as juventudes não estão completamente submissas e têm capacidade de, coletivamente, realizar a crítica à racionalidade neoliberal.

Precisamos reformular política e coletivamente a questão do sofrimento psíquico na sociedade. Em vez de responsabilizarmos individualmente as pessoas a lidarem com seus “problemas psicológicos”, aceitando a ampla *privatização do estresse*, ou mesmo, a adequação dos indivíduos aos métodos de inteligência emocional propagados pelos empreendedores do caos, questionemos “quando se tornou aceitável que uma quantidade tão grande de pessoas, e uma quantidade especialmente grande de jovens, estejam doentes?”.

A peste dos transtornos mentais produzidos pelo neoliberalismo deveria nos sugerir que, “ao invés de ser o único sistema que funciona, o capitalismo é inerentemente disfuncional, e o custo para que ele pareça funcionar é demasiado alto”. (FISHER, 2020, p. 37).

Considerações Finais

Tenho sangrado demais, tenho chorado pra cachorro
Ano passado eu morri, mas esse ano eu não morro. Permita que eu fale, e não
as minhas cicatrizes. Elas são coadjuvantes, não, melhor, figurantes. Que nem
devia tá aqui. Permita que eu fale, e não as minhas cicatrizes. Tanta dor rouba
nossa voz, sabe o que resta de nós? Alvos passeando por aí. (EMICIDA).

O trecho da poesia musicada do rapper Emicida, com sua releitura da potente música “Sujeito de sorte” do cearense Belchior que, por ironia do destino, faleceu padecido com as dores do mundo, expressa a intenção maior deste capítulo, quer seja, problematizar a funcionalidade política do sofrimento psíquico nos jovens, hoje. Objetivamos aqui, refletir sobre a relação crise, pandemia e sofrimento dos estudantes do Ensino Superior, na particularidade brasileira, buscando apreender as implicações da resposta neoliberal à crise estrutural do capital na produção do realismo capitalista. Analisamos os sintomas sociais produzidos por esse “eterno presente”, como a insegurança social, a ansiedade e a frustração, como determinantes fundamentais para o sofrimento psíquico das juventudes. Além disso, consideramos o recrudescimento desse processo na conjuntura nacional autoritária e regressiva para os jovens estudantes-trabalhadores, adensada pela crise sanitária da Covid-19 e pelas pressões do ensino remoto.

Consideramos a condição juvenil um processo complexo e determinante para a subjetivação e constituição dos sujeitos na vida adulta. Desse modo, os tensionamentos econômicos, sociais, políticos e emocionais vivenciados pelos estudantes no contexto da pandemia da Covid-19, no Brasil, diante de um projeto intencional de negligência e genocídio da população mais vulnerável, repercutem diretamente na saúde mental desses jovens e na condição de permanência na vida acadêmica. Mas também, na própria resignação frente à sociabilidade capitalista neoliberal, através dos processos de patologização, privatização do sofrimento, medicalização e busca de adaptação ou correção disfuncional à vida como empreendimento de si.

Entretanto, historicamente, as juventudes carregam a potencialidade do questionamento e da contestação, de abertura para o novo e de não adequação à ordem social vigente. (GROPPO, 2015, p. 10). A capacidade de resistência das juventudes se manifesta, principalmente, pelos movimentos sociais, como o movimento estudantil. Esse espaço organizativo foi, por muitas vezes, fundamental para o cenário de lutas no Brasil como, por exemplo: a campanha O petróleo é nosso; a resistência contra à ditadura; as Diretas Já; o Fora Collor; o Fora Temer; e as recentes lutas pela educação. Assim, por meio dos atos públicos, embates políticos, da arte e das próprias vidas, as juventudes coletivamente possibilitaram a transformação social em determinados tempos históricos. Resistir a esse tempo de desesperança com base em reflexões críticas sobre a dimensão política da saúde mental para as resistências juvenis coletivas, para tal, faz-se urgente queimar o mapa mental neoliberal para superação destes mórbidos sintomas do realismo capitalista que rouba nossa voz. “Ver cores nas cinzas e a vida reinventar”, outro mundo é possível!

Referências Bibliográficas

ABRAMO, H. W. O uso das noções de adolescência e juventude no contexto brasileiro. In.: FREITAS, Virgínia F. (Org.). *Juventude e adolescência no Brasil: referências conceituais*. Textos Helena Wendel Abramo e Oscar Dávila León. Ação Educativa, 2005.

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G. Ser jovem no Brasil hoje: políticas e perfis da juventude brasileira. **Cadernos Adenauer XVI**. n.º. 1, p. 13-25, 2015.

AGÊNCIA BRASIL. Pesquisa revela que 19 milhões passaram fome no Brasil no fim de 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2021-04/pesquisa-revela-que-19-milhoes-passaram-fome-no-brasil-no-fim-de-2020> Acesso em 20/04/2021.

ALMEIDA, S. L. Estado racista e crise do capitalismo. Blog da Boitempo, 2020. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/silvio-almeida-estado-racista-e-crise-do-capitalismo/>. Acesso em: 20/04/2021

ANTUNES, R. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviço na era digital*. Boitempo Editorial, 2018.

BAHIA. OMS alerta: suicídio é a 3º causa de morte de jovens brasileiros entre 15 e 29 anos. Disponível em: OMS alerta: Suicídio é a 3ª causa de morte de jovens brasileiros entre 15 e 29 anos | Sesab (saude.ba.gov.br) Acesso em: 14/04/2021

BAJOIT, G; FRANSSSEN, A. O trabalho, busca sentido. **Revista Brasileira de Educação**. n.º. 5-6. especial sobre Juventude e Contemporaneidade, mai./dez., 1967.

BRITES, C. M. *Ética e uso de drogas: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

CAMPOS, M. R. Trabalho, alienação e adoecimento mental: as metamorfoses no mundo do trabalho e seus reflexos na saúde mental dos trabalhadores. **Revista de Políticas Públicas**. V. 21, n.º. 2, p. 797-812, 2018.

DARDOT, P.; LAVAL, C. A “nova” fase do neoliberalismo. Outras Mídias. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/dardot-e-laval-a-nova-fase-do-neoliberalismo/> Acesso em 20/04/2021.

DIÁRIO DE NOTÍCIAS. Covid-19 teve impacto negativo na educação de 70% dos jovens. Disponível em: Covid-19 teve impacto negativo na educação de 70% dos jovens (dn.pt) Acesso em 20/04/2021

DIAS, E.; PINTO, F. C. F. A Educação e a Covid-19. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**. V. 28, n°. 108, p. 545-554, 2020.

FISHER, Marck. *Realismo capitalista: é mais fácil imaginar o fim do mundo do que o fim do capitalismo?* São Paulo: Autonomia Literária, 2020.

GROPPO, L. A. Teorias críticas da juventude: geração, moratória social e subculturas juvenis. **Em tese**. v. 12, n°. 1, p. 4-33, 2015.

HELLER, A. *O cotidiano e a história*. Trad. Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pnad-Covid**. Disponível em: <https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/> Acesso em 18/04/2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf> Acesso em 10/04/2021.

LIZOTE, S. A. et al. Tempos de pandemia: bem-estar subjetivo e autonomia em home office. **Revista Gestão Organizacional**. V. 14, n°. 1, p. 248-268, 2021.

MANCIE, E. A. O capitalismo atual e a produção da subjetividade. *Semana de Filosofia da UFES*. V. 5, 1998. Disponível em: <http://www.solidarius.com.br/mance/biblioteca/subjetividade.htm> Acesso em 13/04/2021.

MARQUES, V.; GONSALVES, R. Contra o cancelamento do futuro: a atualidade de Marck Fisher na crise do neoliberalismo. In: FISHER, M. *Realismo capitalista: é mais fácil imaginar o fim do mundo do que o fim do capitalismo?* São Paulo: Autonomia Literária, 2020.

MARX, K. *A ideologia alemã*. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MÉSZÁROS, I. *A crise estrutural do capital*. São Paulo: Boitempo, 2009.

OLIVEIRA, J.; ALMEIDA, R. O. Juventudes e novas tecnologias da informação e comunicação: tecendo redes de significados. **Periódicos Eletrônicos em Psicologia**. [s. l.], p. 70 - 89, 2014.

OPAS/OMS. Suicídio. Disponível em: Suicídio - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org) Acesso em 14/04/2021a.

OPAS/OMS. Uma pessoa morre por suicídio a cada 40 segundos. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6017:suicidio-uma-pessoa--morre-a-cada-40-segundos-afirma-oms&Itemid=839 Acesso em 15/03/2021b.

PAIS, J. M. A construção sociológica da juventude: alguns contributos. **Análise social**. Vol. XXV, p. 139-165, 1990.

SAFATLE, V. A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e neoliberalismo como economia moral. In: SAFATLE, V.; JUNIOR, N. S.; DUNKER, C. (Orgs.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte/MG: Autêntica, 2020.

SAFATLE, V.; JUNIOR, N. S.; DUNKER, C. (Orgs.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte/MG: Autêntica, 2020.

SOUSA, C. Novas linguagens e sociabilidades: como uma juventude vê novas tecnologias. **Revista interações**. n.º. 17, p. 170-188, 2011.

SOUSA, J. T. P. Apresentação do Dossiê A sociedade vista pelas gerações. **Política & Sociedade**. [s. l.], 2006. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/viewFile/1802/1561> Acesso em 21/10/2019.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. V. 6, n.º. 1, p. 73-85, 2001.

TRICONTINENTAL. Um olhar sobre juventude e periferia em tempos de coronachoque. Brasil: Tricontinental. V. 33, 05 out. 2020. Trimestral. Disponível em: <https://www.thetricontinental.org/pt-pt/dossie-33-brasil-juventude/> Acesso em 10/10/2020.

SEÇÃO II

**DIREITOS HUMANOS E
JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE**

MERCANTILIZAÇÃO E JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE A LUZ DA TEORIA CRÍTICA DE HERBERT MARCUSE

SOARES, Paulo Sérgio Gomes³⁹

RADDATZ, Lucimara Andreia Moreira⁴⁰

Introdução

Este capítulo apresenta as contradições entre o público e o privado no âmbito da saúde, com o intuito de evidenciar as consequências do processo de mercantilização da saúde e sua relação com o gradual (des)atendimento aos usuários nos serviços públicos de saúde, cuja última instância para requererem o seu direito recai sobre o Poder Judiciário. Então, trata-se de um trabalho teórico que discute a judicialização da saúde a partir da defesa constitucional dos direitos fundamentais, com uma perspectiva dialética alinhada à Teoria Crítica da sociedade do filósofo frankfurtiano Herbert Marcuse, para expor as contradições que envolvem o tema. A dialética é um modo de pensar as contradições sociais e de compreender a realidade como contraditória, transformando-se permanentemente. A verdade é o todo, mas para chegar próximo ao todo é preciso realizar as sínteses dessas contradições, captando o movimento.

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) garante o direito à saúde como direito fundamental, consoante o disposto no artigo 196, com acesso universal e igualitário para todas as pessoas, garantido mediante políticas sociais e econômicas para a sua promoção. Implica em dizer que mais de 200 milhões de brasileiros, hoje, podem utilizar o Sistema Único de Saúde (SUS) para prevenção e tratamento, independente da condição social, fator que faz do Brasil, um exemplo em saúde pública para o mundo. O respeito aos Direitos Humanos começa com o respeito à vida no que tange a saúde nas suas várias esferas. A concretização desse direito fundamental passou por muitas transformações desde a promulgação da CF/1988, mas o principal fator de entrave para a sua implementação decorre do modo de produção capitalista em estreita relação com o ideário neoliberal, adotado como projeto societário, desde os anos 1990, pelo

39 Doutor em Educação (UFSCar). Professor no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos (UFT/Esmat) e no Mestrado Profissional em Filosofia (PROF-FILO/UFT). Professor Adjunto no Curso de Licenciatura em Filosofia da Universidade Federal do Tocantins. Integrante do Grupo de Pesquisa em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos. Bolsista FAPTO. *E-mail*: psoares@uft.edu.br

40 Mestre em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos (UFT/Esmat). Professora Adjunta do Curso de Direito da Universidade Federal do Tocantins. *E-mail*: lucimara.raddatz@gmail.com

governo FHC. O projeto neoliberal preconiza a existência de um Estado mínimo e capital maximizado como proposta de mercantilização para todos os serviços, com vistas a atender a todos os cidadãos consumidores. Esse projeto societário está em franco conflito com a CF/1988, no que tange à seguridade social.

O capítulo está dividido em três seções: a primeira seção mostra como esse ideário influenciou na ascensão da saúde privada e degradação do SUS pela introjeção de uma ideologia nefasta que manipula a opinião em relação a tudo o que é público e estatal, para formar uma racionalidade privatista em estreita consonância com o modo capitalista de produção e consumo. A segunda seção aborda o problema das privatizações em franca contradição com os princípios constitucionais de universalidade para os serviços de saúde, mas com foco nas Organizações Sociais (OSs), que estão assumindo a gestão da saúde via transferência do fundo público. Desde a Emenda Constitucional n.º. 95, a chamada PEC da morte, aprovada pelo Congresso Nacional em 2016, que congelou os investimentos em saúde por 20 anos, a saúde pública corre o risco iminente de sucateamento total, sem recursos para investir na manutenção dos serviços e expansão dos atendimentos, deixando um campo aberto para o processo de mercantilização da saúde e expansão da saúde suplementar para atender as demandas dos cidadãos consumidores. Partimos do pressuposto de que os interesses de mercado visam o enfraquecimento dos serviços públicos de saúde, tendo em vista os lucros com a individualização nos atendimentos e a perspectiva de abocanhar uma fatia dos consumidores insatisfeitos com o SUS, num processo constante de administração total da vida. Para Marcuse (1967), ao reproduzir a sua existência, conforme os condicionamentos do modo capitalista de produção e consumo, o cidadão consumidor reproduz o próprio sistema. Cabe salientar que o cidadão consumidor, em sua maioria, é o trabalhador que introjetou a lógica do sistema e tem a sua vida administrada, exigindo o consumo de mercadorias e de serviços essenciais para a manutenção da vida, como saúde e educação, para movimentar o mercado.

A degradação da saúde pública tende a levar os trabalhadores a adquirirem planos de saúde em função do desatendimento do serviço público, mas as operadoras da saúde privada, fazem reajustes abusivos, quebram contratos e deixam de atender aos consumidores com as coberturas mínimas quando estes mais precisam. A precarização do SUS, de um lado, e a mercantilização da saúde que visa o lucro em detrimento da vida, de outro, rompem com o disposto na CF/1988 e conduzem os cidadãos ao litígio. Diante do exposto, a terceira seção aborda a função do Poder Judiciário, que deveria preservar e proteger os princípios constitucionais e, no caso e em tese, garantir a efetividade do direito à saúde, apoiando-se na prestação jurisdicional para efetivar a saúde como um direito fundamental pela maximização das decisões judiciais.

O conflito entre o público e o privado decorre das contradições do modo de produção capitalista e não é possível uma análise da judicialização da saúde sem considerar a totalidade e as múltiplas determinações que envolvem a decadência da saúde pública e a ascensão da saúde suplementar como fatores indissociavelmente interseccionados. As enfermidades da saúde, pública e privada, decorrem do avanço do capital e da predominância dos lucros acima da vida, ferindo os Direitos Humanos pela negação de um direito fundamental.

1. Uma análise marcuseana do direito à saúde em tempos de neoliberalismo

Atualmente, a política pública de saúde integral e universal vem sofrendo ataques e desmontes a partir das contrarreformas⁴¹ do Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2007), que sempre cedem espaço aos interesses do mercado e fazem com que a concepção do público e universal se curve diante dos interesses dominantes. Nesse processo perverso de desmonte, o SUS⁴² vem sendo visto equivocadamente, mas com intencionalidade, como um programa destinado aos que não possuem condições financeiras de arcar com planos privados de saúde. Imagina-se que quem não está nessa condição deve migrar para a saúde suplementar. Para Souza (2017, p. 115), “o domínio da elite sobre a classe média é simbólico e pressupõe convencimento”, - a dominação pelo convencimento, enquanto para as classes populares resta a violência material e a repressão. A intencionalidade, no caso, associa-se ao convencimento, devendo produzir a esperada influência mercadológica, cuja ideologia propicia que o privado se fortaleça e expanda os negócios à medida que o público se deteriora. Esta seção se destina a mostrar como o neoliberalismo se consolidou como ideologia dominante para corroer as políticas públicas.

O modelo neoliberal de gestão chegou ao Brasil com mais intensidade a partir dos anos 1990, após o então Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) adotá-lo como projeto societário, exatamente no momento em que a CF/1988 apontava para a possibilidade de importantes avanços na conquista dos direitos sociais, imprescindíveis para conferir a cidadania aos brasileiros. O ideário neoliberal se interpôs nessa conjuntura exigindo uma concepção de Estado mínimo para o trabalho, com severas restrições em relação aos gastos com as políticas públicas, expressando um projeto de nação neoliberal que cedeu aos interesses dos organismos internacionais para a mercantilização da vida e a privatização dos serviços públicos. Trata-se, portanto, de um projeto privatista de Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital, determinado pelo modelo de organização social em função do modo de produção capitalista, que interfere diretamente em qualquer concepção de política pública.

Na ótica do neoliberalismo não se admite o conceito de direitos sociais, pois são gastos que o capital não quer pagar, já que interfere nos lucros, de forma que tudo tem de se tornar mercadoria passível de ser comprada pelo cidadão consumidor, pelo trabalhador cuja força de trabalho mercantilizada tem de reproduzir o modo capitalista de produção e consumo.

De acordo com Petersen (2010), o neoliberalismo promoveu uma reestruturação (ou desmonte) das políticas sociais a partir de três perspectivas de ação: a descentralização, a desconcentração e a focalização. A **descentralização** incumbiu Estados e Municípios de certas responsabilidades, justificando que quanto mais centralizada estiver a administração, mais distantes de seus usuários estarão os centros de decisão. A **desconcentração** implicou a delegação de tarefas de gestão (com financiamento e/ou transferência de fundo público) a entidades não governamentais, de forma a privatizar os serviços e, ao mesmo tempo, dinamizar o chamado terceiro setor – o de prestação de serviços. A **focalização** tem o fulcro direto nas determinações das organizações multilaterais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), que defendiam e impunham que os gastos com

41 O termo contrarreforma é utilizado aqui para designar o caráter regressivo das “reformas”, em curso desde a implantação do ideário neoliberal como projeto societário por FHC.

42 O SUS foi regulado pelas Leis n.º 8080/1990 e n.º 8.142/1990.

políticas públicas e sociais apenas para a população de baixa ou nenhuma renda, com vistas na manutenção da sobrevivência e não na superação da miserabilidade. Esse último aspecto, entra em choque com os preceitos da Constituição Federal no que tange à universalidade dos serviços públicos de saúde, por exemplo, embora no artigo 199 da Carta Magna, §1º, permita a complementaridade: “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.

Esse artigo constitucional permite uma análise dialética a partir da Lei da interpenetração dos contrários (KONDER, 2006), em que a realidade se entrelaça, em diferentes níveis, envolvendo tudo o que existe, de maneira que nada pode ser compreendido isoladamente sem as conexões e em estreita relação com o contexto social. A realidade é contraditória, portanto, envolve dois lados que se constituem numa unidade: a totalidade. (KONDER, 2006). O contexto da promulgação da constituição cidadã estava imerso em contradições, mediado por pressões do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial para implementar uma política de ajuste fiscal e um amplo movimento de reforma sanitária que organizou as bases em torno da pauta da universalização da saúde. Entretanto, a garantia da complementaridade, no artigo 199 da CF/1988 não fortaleceu o setor público de saúde, acirrando ainda mais as contradições e conflitos marcados pelos interesses capitalistas e por lutas pela democratização da saúde. (BRAVO, 2011).

As três perspectivas de ação mencionadas por Petersen (2010) perfazem a base neoliberal contra tudo o que é público e estatal, visivelmente para fortalecer o mercado e, no caso, a rede privada de saúde e a saúde suplementar, considerando que o investimento em políticas públicas para garantir a universalização do direito à saúde é visto como um gasto desnecessário. Nesse contexto, a saúde suplementar, fornecida pelos planos de saúde, expandiu os negócios a partir dos anos 1990, tornando-se a principal forma de acesso à saúde privada no Brasil.

O mercado de planos e seguros de saúde ganhou importância econômica e poder político nos últimos anos. Somente em 2013, a saúde suplementar movimentou cerca de R\$ 110,8 bilhões no atendimento de 25% da população. Pelo fato de serem doadoras de campanhas eleitorais, essas empresas passaram a ter forte influência no Congresso Nacional. Um reflexo disso está na aprovação pelo Senado Federal, após indicação do Poder Executivo, de pessoas ligadas a empresas de planos de saúde para compor a diretoria colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (BRASIL/CNS, 2015, p. 17).

Essa expansão se deve sobretudo à redução de financiamento do SUS e, conseqüente sucateamento, prejudicando a qualidade dos serviços prestados e afastando diversos hospitais privados que mantinham convênio com o SUS. (RODRIGUES, 2011). Ainda não existia a regulação da saúde e, nesse ínterim, as prestadoras de serviços de saúde estabeleciam as regras dos contratos, fazendo com a saúde se tornasse uma mercadoria altamente valorizada. Com o objetivo de estabelecer as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, foi sancionada pela Lei nº. 8.080/1990, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), que em seu artigo 2º prevê que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Ainda em 1990, entrou em vigor a Lei nº. 8.142, que 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. Foram medidas importantes, mas o Código de Defesa do

Consumidor, sancionado pela Lei nº. 8.078/1990, passou a ser praticamente a única alternativa de questionamento das regras vigentes nos planos de saúde.

Somente em 1998 foi criado o Departamento de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde, a fim de propor uma regulamentação do funcionamento do mercado dos planos de saúde (RODRIGUES, 2011), consolidando a saúde suplementar pela Lei nº. 9.656, de 03 de junho de 1998. A Lei nº. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, reguladora das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde.

A lei exigiu que os planos de saúde seguissem um padrão de redação dos contratos com letras legíveis e que todas as patologias da Classificação Internacional de Doenças (CID – 10) fossem cobertas pelo plano-referência. Um dos desafios da ANS era a migração dos clientes dos planos antigos para os novos com a proteção das coberturas, porém a maioria dos planos estabeleceram valores maiores (RODRIGUES, 2011, p. 159-161). “Esse momento foi de grande ceticismo para o setor, em função das práticas correntes no mercado, como reajustes de preços acima da inflação, negação de coberturas e exclusões (*cream-skimming*)” (ANDREAZZI, 2014, p 56). Embora beneficiasse o cidadão consumidor, a ANS, contraditoriamente, fortaleceu o mercado ao dar segurança jurídica às regras de funcionamento, além da possibilidade de a própria agência abrigar postos de comando tendenciosamente afeitos ao potencial mercadológico. A partir dos anos 2000, as empresas de saúde abriram capital na bolsa de valores, ou seja, passaram a ser captadoras de recursos do capital financeiro. “Tudo isso a despeito da proibição constitucional de participação de empresas transnacionais no mercado de atenção à saúde, mas sob a benção de decisão administrativa da Diretoria Colegiada da ANS” (ANDREAZZI, 2014, p. 57).

Naquele momento histórico, o Brasil vivenciava um paradoxo que limitava o desenvolvimento das políticas públicas, por si mesmo, em decorrência, também, de equívocos e distorções discursivas que incidiam sobre a opinião pública, de forma a cooptá-la, para atenderem ao cumprimento das agendas neoliberais na imposição da focalização como política para a saúde, preconizando o desmonte rápido das políticas universais.

O paradoxo nesses setores é que existe um avanço institucional, mas as restrições econômicas colocam em risco tais avanços [...]. Um último aspecto da política social do período, absolutamente em acordo com a agenda neoliberal, é o progressivo crescimento da importância dos chamados programas de transferência de renda, os programas focalizados [...]. Nesse contexto, há todo um discurso equivocado e mal-intencionado no sentido de iludir a opinião pública, sugerindo que as políticas universais atendem os ‘ricos’, considerando ‘rico’ o sujeito que tem carteira assinada. [...] Em suma, desde 1990, progressivamente, a focalização passa a ser vista pela direita como a política social possível nesses novos tempos de distribuição de migalhas. (FAGNANI, 2005, s/p)⁴³.

O excerto mostra que havia a necessidade de introjetar uma ideologia para cooptar a subjetividade dos trabalhadores, sobretudo da classe média, no sentido de afirmar que o privado é melhor do que o público, mesmo que todo cidadão utilize os serviços públicos de saúde, através de serviços da vigilância epidemiológica, de vacinação e de educação em saúde, mesmo os/as

43 Trecho de uma entrevista do Prof. Eduardo Fagnani ao Jornal da Unicamp, em 2005. Disponível em: https://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/setembro2005/ju301pag06.html

que têm um plano de saúde e pagam pelos serviços privados. Através da ideologia e das estratégias de mercado, a ideia da necessidade de um plano de saúde privado foi sendo introduzida, afirmando que se deveria perseguir as condições financeiras capazes de suportar os custos da contratação desse serviço como prioridade básica. Nesse ponto, é necessário compreender “como é possível se apropriar dos desejos, ambiguidades e insegurança da classe média para mantê-la servil, mesmo contra seus melhores interesses [...]”. (SOUZA, 2017, p. 115).

A proposta neoliberal de processo civilizatório se ancora no mercado e “a ideologia está no próprio processo de produção. [...] O aparato produtivo e as mercadorias e serviços que ele produz ‘vendem’ ou impõem o sistema social como um todo” (MARCUSE, 1967, p. 32), caracterizando a sociedades capitalistas como totalitárias por invadirem todas as esferas da vida, propondo uma relação racional com as coisas, mas que impõem um comportamento repressivo e uma racionalidade privatista em estreita consonância com o sistema. É uma doutrinação para a cultura do consumo de bens e serviços que se torna um estilo de vida. A mercantilização aparenta ser um processo racional sem retorno e um passo que todos os indivíduos precisam dar para se concretizar a promessa de felicidade e prosperidade do modelo de organização social capitalista.

Conforme Mota (2009), essa é uma tendência da seguridade social, a saber, transformar os setores médios assalariados em consumidores de serviços privados de saúde. O SUS vem sendo visto equivocadamente como um programa destinado aos que não possuem condições financeiras de arcar com planos privados e que podem dar um passo adiante para um “estilo de vida melhor”. A corrosão das políticas públicas, por exemplo, dos serviços públicos de saúde, começou com a introjeção de uma ideologia que cooptou os usuários e ganhou espaço no campo econômico com o desfinanciamento desses serviços sem que houvesse resistência dos próprios usuários que, em algum momento, acreditaram na promessa de felicidade. Notadamente, “quem não enxerga nada que dependa da sua ação tende facilmente a instalar-se na passividade (tende a contemplar a história, em vez de fazê-la)” (KONDER, 2006, p. 66) e essa é uma condição que engloba uma parte substancial dos cidadãos consumidores condicionados, cuja escolha tende a corresponder ao jogo dos interesses dominantes.

Conforme Marcuse (1967), a produção e o consumo nas sociedades capitalistas estão associados aos condicionamentos para destruir o livre desenvolvimento das faculdades humanas e introjetar a racionalidade tecnológica do sistema, a começar pelas necessidades repressivas de consumo. Para tanto, “a elite econômica precisa travestir seus interesses de proprietário em suposto interesse geral para garantir o controle da reprodução social, mantendo seus privilégios”. (SOUZA, 2017, p. 114). No caso do consumo de bens associados à seguridade social, como a saúde, por exemplo, significa que o cidadão introjetou a lógica do mercado e deu início ao processo de administração total da vida, no sentido em que ele deve reproduzir a sua existência em estreita relação com a reprodução do sistema. “A intensidade, a satisfação e até o caráter das necessidades humanas acima do nível biológico, sempre foram condicionados”. (MARCUSE, 1967, p. 26).

Diante desse quadro, em que a ideologia foi introjetada, se o cidadão consumidor não consegue arcar com os custos do plano de saúde suplementar devido aos aumentos abusivos ou se o contrato foi rompido e não cobre determinada demanda, ele pode recorrer ao Poder Judiciário e prestar a sua queixa. Da mesma forma, o usuário que está diante de um serviço público de saúde extremamente precarizado, com *déficit* no atendimento, falta de estrutura, remédios, leitos, etc., recorre ao judiciário como última alternativa. Em ambos os casos, no público e no

privado, pode haver a negação em cumprir esse direito fundamental, sem que necessariamente isso seja consciente para os indivíduos, senão quando são diretamente afetados pela perversidade da mercantilização.

Uma análise dialética permite olhar para o cidadão consumidor, por exemplo, a partir da Lei da negação da negação, tendo-o como unidade e luta dos contrários, considerando que o movimento geral da realidade faz sentido e nada se esgota em contradições irracionais. A tese e a antítese geram uma síntese que é o próprio cidadão consumidor como objeto mercantilizado e afirmação do sistema, mas que carrega em si o *gérmen* da negação e da transformação desse sistema. O cidadão consumidor é a negação da negação. “A afirmação engendra necessariamente a sua negação, porém a negação não prevalece como tal: tanto a afirmação como a negação são superadas e o que acaba por prevalecer é uma síntese, é a negação da negação”. (KONDER, 2006, p. 59). Invariavelmente, as crises constantes do capital⁴⁴, pois “não existe capitalismo sem crise” (NETTO, 2012b, p. 415), colocam o cidadão consumidor – trabalhador e trabalhadora - em situação de insustentabilidade, em relação a manutenção de um *status* conferido pelo consumo, fazendo-o recuar em função de uma queda na renda ou do desemprego, etc. Em meio à crise sanitária gerada pela pandemia da Covid-19, a crise do capital se agravou e milhares de brasileiros foram colocados diante desta situação, tendo de se desfazer dos serviços privados da seguridade social, como o plano de saúde, embora isso se estenda, eventualmente, para a educação privada dos filhos. Os sistemas públicos de saúde e educação precisam estar fortalecidos para receber de volta esses novos usuários e, nesse sentido, a defesa dos serviços públicos e de qualidade é fundamental.

Sintomaticamente, as crises do capital acentuam as desigualdades sociais estruturais desse modo de produção, que são evidenciadas pelas contradições entre o público e o privado, mas sem que a maioria das pessoas percebam a engenharia social ideológica que corroeu os seus direitos e que introjetou um falso discurso – a falsa consciência - em relação a tudo o que é público. Em última análise, o modo de produção e consumo nas sociedades capitalistas é capaz de eliminar a crítica e ofuscar qualquer possível transformação social e “nas condições de um padrão de vida crescente, o não-conformismo com o próprio sistema parece socialmente inútil [...]” (MARCUSE, 1967, p. 24), senão em momentos de crise em que o próprio capitalismo dá sinais de esgotamento das possibilidades civilizatórias, como se vivencia hoje. As sociedades capitalistas são unidimensionais, ou seja, eliminam a oposição pela privação da crítica, embora não possam sustentar a falsa consciência frente ao agravamento das crises do capital. O objetivo da Teoria Crítica, nesse sentido, é recuperar o potencial da crítica negativa que permita uma reflexão sobre o modelo de organização social e o modo de produção capitalista, com vistas em outras possibilidades históricas de florescimento humano. O modelo e o modo capitalista de produção e consumo são apenas uma possibilidade histórica, dentre tantas possíveis que foram ofuscadas pela unidimensionalidade desse sistema perverso em que “os produtos doutrina e manipulam; promovem uma falsa consciência que é imune à sua falsidade” (MARCUSE, 1967, p. 32).

44 A crise contemporânea, também chamada de estrutural, iniciada em 1987 com a crise da Bolsa de Nova York, manifesta-se em tempos diferentes nas várias regiões do planeta, como efeito cascata expressos em crises localizadas, conforme uma dinâmica específica. “Na verdade, desde os anos 1990, em todos os continentes registraram-se crises financeiras, expressões localizadas da dinâmica necessariamente contraditória do sistema capitalista” (NETTO, 2012, p. 415). A pandemia da Covid-19 não é a causa da crise do capital, mas gerou uma crise sanitária sem precedentes que vem aprofundando a crise do capital.

O totalitarismo do ideário neoliberal se inseriu no campo das mentalidades, cuja predominância do capital na mercantilização da vida conquistou espaços na vida social que, nesse momento histórico, precisam ser recuperados pelos trabalhadores e trabalhadoras, sobretudo no que tange aos direitos sociais.

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação. A proposta de Política da Saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma das suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos. (BRAVO, 2009, p. 100).

A perspectiva do excerto evidencia a hegemonia de um sistema que não pode se sustentar, pois beneficia uma parcela ínfima da população – aqueles que detém os meios para explorar os outros e que são responsáveis pela mitigação dos direitos sociais. Frente a esse contexto, os recursos para a efetividade das políticas públicas de acesso universal, que foram corroídas pelo sistema devido ao avanço e a extensão do mercado privado, precisam ser recuperados. A situação da crise sanitária da Covid-19 vem mostrando a importância do sistema público de saúde universal para atender a todos os brasileiros sem nenhuma distinção, evitando que a tragédia humanitária seja maior. Não é mais possível admitir que cifras volumosas, renúncias fiscais, dentre outras maquinações do mercado, destruam as políticas sociais públicas.

2. A contradição entre o público e o privado em meio à pandemia da Covid-19

Em meio à tormenta causada pela pandemia da Covid-19, parece que o tema da contradição entre o público e o privado na saúde não faz o menor sentido, embora seja fundamental, já que, mesmo nesses tempos difíceis, o SUS foi novamente ameaçado com a perspectiva de mais desmonte por Programas de Parcerias de Investimentos (PPI) promovidos pelo Governo Federal. O Decreto n.º. 10.530, de 27 de outubro de 2020, foi assinado pelo então presidente Bolsonaro, que permitia a privatização da atenção primária em saúde. Porém, diante da recepção negativa da opinião pública e das entidades do setor, o governo recuou e, no dia seguinte, em 28 de outubro, revogou o decreto. Independente da revogação, as intenções revelaram muito as propostas do Governo Federal acerca de seu projeto societário elitista e privatista, que descon sidera as reais necessidades da população brasileira em relação aos direitos sociais, a ponto de permitir a parceria entre o SUS e a iniciativa privada para inserir as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) em projetos de concessões e privatizações. Nota-se o absurdo, as UBSs seriam geridas pela iniciativa privada, em plena pandemia da Covid-19.

Hoje, sabe-se que as UBSs – os chamados postinhos de saúde – são fundamentais para a manutenção da população mais fragilizada, sendo responsáveis pela atenção primária à saúde. O Brasil possui cerca de 44 mil dessas unidades espalhadas pelo país, ofertando atendimento em Ginecologia (pré-natal, por exemplo), Pediatria, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia.

Cabe questionar: a iniciativa privada atenderia plenamente o direito à saúde da população mais pauperizada que demanda esses serviços? Qual é o real interesse da iniciativa privada na saúde pública? Quanto esses PPIs estão visando de lucratividade com a transferência do fundo público?

Atualmente, o SUS é um sistema que envolve os três níveis da federação – União, Estados e Municípios -, sendo responsável por uma gama de serviços de atenção hospitalar de urgência e emergência, distribuição gratuita de remédios e diferentes formas de vigilância⁴⁵ (epidemiológica, ambiental e sanitária), ou seja, é um sistema complexo de atenção primária, secundária, terciária e quaternária que tem por objetivo a assistência à saúde de forma extremamente abrangente, fatores que permitem assegurar um sistema voltado para garantir os direitos fundamentais. É um exemplo de saúde pública para o mundo.

Todavia, a concretização da saúde universal como um direito fundamental vem passando por muitas transformações desde a promulgação da CF/1988. “Os governos petistas legitimaram a política econômica neoliberal de FHC, conferindo papel central à estabilidade monetária como requisito indispensável ao crescimento econômico estável” (CASTILHO; LEMOS; GOMES, 2017, p. 453), ou seja, não foram além da ordem capitalista, deixando de implementar os recursos do SUS. Durante os governos petistas se deu continuidade aos processos de privatização por dentro do SUS, que permitiu através das parcerias público-privadas apropriação privada do fundo público, isto é, o repasse de dinheiro público para novos modelos de gestão privados nas políticas de saúde. Essa gestão privada ficou a cargo das Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações estatais de Direito Privado (FEDP) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Trata-se da privatização e da terceirização dos serviços públicos, na medida em que o Estado abdica de ser o executor direto desses serviços, mediante repasse de recursos, de equipamento e instalações públicas e de pessoal para entidades de direito privado, permitindo fazer tudo o que o setor privado faz no espaço estatal e quebrando as amarras impostas pelo direito público. (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 36).

As OSs tendem a precarizar os vínculos empregatícios dos trabalhadores da saúde e, conseqüentemente, a própria saúde. No governo Temer, após o golpe ilegítimo que o empossou, os desmontes aceleraram para atender às exigências dos organismos internacionais e seu receituário neoliberal contra o que o capital entende ser um privilégio dos trabalhadores, como a Seguridade Social, que inclui a saúde. Nesse governo as privatizações encontraram um campo fértil, porque a implementação da Emenda Constitucional nº. 95, a chamada PEC da morte, aprovada pelo Congresso Nacional em 2016, congelou os gastos com as políticas sociais pelos próximos 20 anos, ou seja, até o ano de 2036 a saúde pública não vai receber os investimentos necessários para acompanhar as severas mudanças que se acentuam com o rápido processo de mercantilização da saúde e expansão da saúde suplementar. A PEC da morte, atendendo aos interesses privatistas, deixou o caminho aberto para a livre iniciativa que, deliberadamente, agradece, aprova e autoriza a prestação de serviços pelo sistema de saúde suplementar, mediante a transferência de vultosas somas do fundo público. Nesse sentido, a ideia de enxugar a máquina pública e minimizar os gastos do Estado, com o intuito de minimizar o próprio Estado, além de inviabilizar o funcionamento pleno da saúde pública, acarreta em sérios problemas que, conseqüentemente,

45 BOCCATO, M. Vigilância em saúde. UNIFESP/UNASUS. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/3/unidades_conteudos/unidade21/unidade21.pdf Acesso em: 15/01/2021.

acabam em litígios e processos encaminhados para o Poder Judiciário. O repasse de dinheiro público para as empresas privadas de saúde fazerem os serviços que o Estado abdicou, não por incompetência dos agentes de saúde, mas pela inépcia do Estado e daqueles que enxergam na decadência do público uma oportunidade de obter lucros com a ascensão das empresas privadas, tem redundado em saques aos cofres públicos.

Por todo o país a corrupção e as fraudes na gestão da saúde promovidas pelas OSs tem causado prejuízos gigantescos aos cofres públicos, inclusive em tempos de pandemia, com a construção de hospitais de campanhas que sequer foram entregues. Ao invés de fortalecer e expandir o SUS para atendimento em todo o país, durante a pandemia se resolveu repassar dinheiro público para a empresas privadas. No Pará, sob a administração de Barbalho, a CGU⁴⁶ apura irregularidades na contratação de OSs para a gestão de hospitais regionais e de campanha: “as apurações revelaram que um grupo de quatro OSS firmou, ao menos, 12 contratos ou termos aditivos com o Governo do Estado do Pará entre agosto de 2019 e maio de 2020, totalizando aproximadamente R\$ 1,2 bilhão, já tendo sido pagos o montante de R\$ 310 milhões”. (BRASIL, CGU, 2020, s/p). No Rio de Janeiro⁴⁷, oito OSs são investigadas e receberam 1,8 bilhão da saúde, durante o mandato Witzel, cassado em 2020. Em São Paulo, a gestão do SUS pelas Santas Casas e organizações sociais são pouco transparentes. A Santa Casa de Pacaembu – SP, desviou 500 milhões de reais que deveriam ter sido investidos para combater a pandemia, conforme matéria da Carta Capital⁴⁸ de 08/11/2020:

A história da Santa Casa de Pacaembu não é o único exemplo de uma relação tortuosa entre a saúde pública e os interesses privados. O assunto voltou à tona no fim de setembro, por um decreto do presidente Jair Bolsonaro que previa estudos sobre transferir à iniciativa privada a construção e a operação de postos de saúde. (OLIVEIRA, 2020, s/p).

Enfim, a lista da corrupção das OSs poderia ser gigantesca se colocássemos todas as denúncias e investigações em curso, mas preferiu-se colocar apenas alguns exemplos gritantes ocorridos durante a pandemia, a fim de expor como a transferência do fundo público ajuda o capital a se fortalecer sem oferecer saúde de qualidade para garantir esse direito fundamental aos brasileiros.

Retorna, aqui, o debate sobre o neoliberalismo, que influencia na limitação das políticas públicas com a finalidade de privatizar e sugar os recursos do Estado, como um vampiro. Sabidamente, a precarização dos serviços públicos de saúde advém do próprio Governo Federal, que deveria investir e ampliar a rede pública de atendimento e jamais permitir que isso seja feito pela iniciativa privada via transferência de fundo público.

Em meio ao desatendimento fica o usuário da saúde pública, acreditando que o SUS não presta ou que tudo o que é público precisa acabar porque não funciona, respaldando o discurso da privatização e abrindo mão do seu direito ao atendimento no serviço público de saúde. O senso comum e o desconhecimento acerca do funcionamento do SUS e do financiamento dos serviços, associado ao avanço da mercantilização da saúde, têm feito o Brasil perder um dos seus maiores patrimônios públicos: a saúde pública e universal como um direito fundamental.

46 Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/noticias/2020/09/covid-19-cgu-e-pf-apuram-irregularidades-com-recursos-da-saude-no-para> Acesso em: 20/04/2021.

47 Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/oito-organizacoes-sociais-investigadas-receberam-18-bilhao-da-saude-do-estado-em-dois-anos-24626625> Acesso em: 13/04/2020.

48 Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/saude/gestao-do-sus-por-santas-casas-e-organizacoes-sociais-peca-em-transparencia/> Acesso em 13/04/2021

3. A reconhecimento do direito à saúde pela via judicial

O reconhecimento do direito universal à saúde e a sua inclusão na CF/1988 exigiu a participação da sociedade civil organizada em pleno processo de redemocratização do país, representando uma vitória do cidadão em relação à garantia da saúde como um direito fundamental, que vai além, e se vincula a outros diversos princípios e direitos que a garantem, como os direitos sociais. Conforme o artigo 196: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (CF/1988). A saúde se inscreve no título referente aos direitos e garantias fundamentais e no capítulo dos direitos sociais, considerados direitos de segunda dimensão, aqueles de titularidade coletiva e positivados, que exigem a presença do Estado para a sua efetivação. Os direitos sociais são aqueles concernentes aos direitos econômicos, sociais e culturais, baseados na igualdade e que têm o cidadão como titular por excelência.

O que há de ser devidamente enfatizado, é a circunstância de que direitos humanos e fundamentais, sejam eles civis ou políticos, sejam eles sociais e econômicos e culturais (assim como ambientais, em certo sentido), são sempre direitos referidos, em primeira linha, à pessoa individualmente considerada, e é a pessoa (cuja a dignidade é pessoal, individual, embora socialmente vinculada e responsiva) o seu titular por excelência. (SARLET, 2015, p. 223).

A qualidade de direito social não tem a ver com a capacidade postulatória, ou seja, não afasta do cidadão individualmente a capacidade de requerer em juízo o direito para si. As políticas públicas estabelecidas pelo Estado é que devem ser sociais, de forma a atingir indistintamente a coletividade, mas a titularidade do direito social é de cada indivíduo. Não se trata de direito eminentemente coletivo, ainda que possa ser pleiteado coletivamente, mas direito social destinado a atender cada indivíduo enquanto inserido na sociedade. Cabe salientar que o direito subjetivo faz jus ao direito de exigir, no sentido de o cidadão fazer valer o seu direito individual aos direitos fundamentais, como é o caso do direito à saúde. Em termos de definição, essa matéria foi muito bem explorada pelo Supremo Tribunal Federal, tendo como relator o Ministro Celso de Mello, no RE nº. 271.286-8/RS, conforme segue⁴⁹:

O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSEQUENTE. O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro - não pode converter-se em promessa constituo-

49 Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/779142/agregno-recurso-extraordinario-re-agr-271286-rs> Acesso em: 25/05/2020

nal inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado [...]. (BRASIL/STF, 2000 grifo do RE).

O direito à saúde, enquanto direito fundamental, não pode ser apenas uma norma programática ou um objetivo a ser perseguido pelo Estado porque está previsto na Constituição Federal, mas sim um direito efetivamente garantido, como um direito pleno e exequível dos indivíduos, cabendo a cada cidadão requerer o seu direito – como “consequência constitucional do direito à vida”. Na Declaração Universal dos Direitos Humanos⁵⁰ consta o seguinte no artigo 3º: “Toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.” Então, o direito à saúde, como um direito à vida é um direito humano.

A precariedade na execução das políticas públicas relacionadas à saúde, que colocam em risco a vida e os princípios basilares da administração pública, previstos no art. 37 da CF/1988, e a falta de cumprimento das normas de coberturas mínimas e dos contratos (que colocam em risco à vida) pelas operadoras de planos privados à saúde, têm desencadeado uma procura dos cidadãos ao Poder Judiciário, a fim de que seja concretizado o seu direito estabelecido. A partir do momento em que o Estado positivou constitucionalmente o direito à saúde como direito fundamental, de forma universal e igualitária, criou-se a expectativa de que tais normas fossem efetivadas e o não cumprimento passou a ser objeto de garantia através do Judiciário, quando acionado.

Como nenhuma lesão ou ameaça a direito pode ser excluída da apreciação do Poder Judiciário, as questões que envolvem conflitos relacionados ao direito social à saúde podem ser levadas a juízo, e podem ser objeto da atuação judicial. E, uma vez acionado, o Poder Judiciário tem o dever de proferir uma resposta. (DELDUQUE, 2013, p. 184).

Uma das queixas recorrentes quanto ao acesso ao direito da saúde, pela via judicial, concerne na alegação de que o Judiciário interfere na atuação dos Poderes, já que é necessário compelir o Executivo a executar as prestações individuais em virtude da inefetividade das políticas públicas, as quais o cidadão deveria estar respaldado e, ainda, devido à falta de parâmetros concretos acerca da destinação dos recursos. O fato é que enquanto não houver, por parte do Executivo e do Legislativo, um efetivo empenho em primar pelo direito à saúde da forma constitucionalmente prevista, haverá a judicialização das demandas, e a alegação ficta de que não é possível economicamente não justifica a negação do direito à vida, mesmo em face dos recorrentes argumentos e discursos da reserva do possível.

Os interesses divergentes em relação à prestação da saúde se intensificaram com a consolidação do ideário neoliberal e postulados econômicos divergentes dos princípios constitucionais, de forma que os avanços no plano legal não correspondem as implementações das políticas garantidoras. Nessa seara, as ações do Executivo nem sempre visam à concretização da efetividade

50 Adotada e proclamada pela Resolução nº. 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Assinada pelo Brasil na mesma data. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos/declaracao-universal-dos-direitos-humanos.html#:~:text=em%2010%20de%20dezembro%20de,e%20da%20paz%20no%20mundo%2C&text=Todas%20as%20pessoas%20nascem%20livres%20e%20iguais%20em%20dignidade%20e%20direitos>. Acesso em 25/05/2020.

do estabelecido pela Constituição. Quando se trata da judicialização em desfavor do Estado, uma das teses de defesa a justificar o não cumprimento é a reserva do possível, alegando que o desatendimento de direitos sociais se originou da impossibilidade econômica e inviabilizou a prestação. Ocorre que, em se tratando de direito à saúde, tal argumento não deve prosperar em detrimento do princípio da dignidade da pessoa humana e à vida. Em se tratando de direito fundamental, esta regra sofre algumas restrições, pois ao ser acatada a reserva do possível em desfavor da concretização da saúde, que não encontra respaldo apenas na conveniência e discricionariedade, fere-se o princípio também constitucional da dignidade da pessoa humana.

É necessário que haja o entrosamento dos Poderes do Estado, de forma a serem cumpridas as disposições constitucionais; os casos levados ao Judiciário por alegação de descumprimento destes preceitos devem ser analisados de forma a possibilitar a execução das políticas públicas pelo Estado, sem descuidar dos interesses de cada pessoa, no tocante a sua parcela de cidadania.

[...] o desafio de incorporar a política pública de saúde em suas decisões revela-se indispensável para o avanço da jurisprudência, no sentido de compatibilizar a justiça comutativa, dentro de cada processo, com a justiça distributiva, representada pela decisão coletiva formulada e formalizada por meio dos diversos atos normativos que compõem a política de assistência à saúde, emanados dos poderes legislativo e executivo do Estado. (MARQUES, 2008, p. 66).

As demandas chegam ao Judiciário, na maioria das vezes, com pedidos de urgência para apreciação. O juiz de posse do pedido e dos documentos juntados decidirá pelo deferimento ou indeferimento da liminar, ou ainda, pela realização de diligência. Como também, em posse de um processo pode decidir, por exemplo, se uma pessoa irá ser internada na UTI, se é necessário realizar cirurgia, se será fornecido um medicamento, entre outras demandas frequentes. A análise desses requerimentos pelo Judiciário depende de um suporte técnico de área alheia ao conhecimento dos julgadores, a fim de propiciar um subsídio para as decisões e, ainda, de forma célere, como os processos exigem. A busca por este subsídio demonstra a preocupação do Judiciário em relação ao tema, bem como a necessidade da integração dos diversos olhares a respeito do problema, de forma a vislumbrar um debate que proporcione direcionamentos mais acertados para os processos. Em uma análise, observa-se que o Poder Judiciário tem se preocupado com a implementação de instrumentos que viabilizem uma melhor prestação jurisdicional para a efetivação das questões da saúde e os elementos capazes de propiciar uma maximização das decisões para garantir o previsto pela CF/1988.

Considerações Finais

Hoje, a falta de efetividade prática do direito à saúde está sendo revelada pelo descaso do próprio Governo Federal com a vida das pessoas em meio à pandemia da Covid-19, pela ausência de ações integradas entre União, Estados e Municípios sob a coordenação do Ministério da Saúde. No entanto, antes mesmo da pandemia, o desatendimento ao direito à saúde pública no SUS já apresentava os indícios de precarização e sucateamento e, da mesma forma, a saúde suplementar se apresentou como substituta do SUS para atender aos interesses do mercado, mas também não atende plenamente aos interesses do cidadão consumidor exigidos pelas agências reguladoras, tanto que ambas - a saúde pública e a saúde suplementar - são constantemente

acionadas na justiça. No que tange a saúde pública, os litígios ocorrem pelo não reconhecimento do direito constitucional à prestação da saúde universal e integral como um direito fundamental e princípio para a dignidade da pessoa humana. Na saúde suplementar, por sua vez, os litígios contra as operadoras dos planos de saúde sempre ocorreram em virtude de diferentes fatores – quebra de contrato, aumentos abusivos, não atendimento quando o cidadão consumidor mais precisa, etc.

A precarização do SUS se deve ao avanço do capital e das agendas neoliberais inseridas no projeto societário brasileiro, com mais ênfase a partir dos Governos Temer e Bolsonaro, para atender aos interesses das elites dominantes ávidas por lucros em detrimento da vida. As OSs são um exemplo marcante de corrupção na gestão da saúde, desviando o dinheiro do fundo público para fins escusos às demandas da saúde em praticamente todos os Estados brasileiros. Enquanto isso, a escassez de recursos materiais e humanos, a precarização do trabalho na saúde e degradação da estrutura física, necessariamente, sendo possível identificar as razões do não cumprimento do direito à saúde e a tendência de migração do cidadão consumidor para a saúde suplementar. Mas, também, está sendo possível verificar um movimento oposto em tempos de pandemia, quando o cidadão consumidor teve uma queda na renda ou ficou desempregado, tendo de desistir do plano de saúde e, agora, tende a retornar ao SUS, mas encontra um sistema de saúde precarizado.

Vimos que a mercantilização da vida é um dado inexorável para o neoliberalismo, que visa consolidar o processo de administração total da vida para fazer com que os trabalhadores precondicionados reproduzam o sistema de produção e consumo no cotidiano da luta pela existência, adotando uma racionalidade que absorve as contradições pela falsa consciência. Dessa perspectiva, o cidadão consumidor foi engolfado por sua existência alienada. Sabidamente, qualquer sistema privado visa o lucro. Então, a oferta de serviços de saúde que ocorre mediante o pagamento de valores aumentados substancialmente em função da idade do consumidor, muitas vezes, com reajustes abusivos, a quebra de contratos, o desatendimento aos cidadãos consumidores com as coberturas mínimas previstas pelas agências reguladoras, etc., reafirma a lógica do capital. Todavia, quando a crise do capital se agrava, como se agravou durante a pandemia e vai se agravar ainda mais no pós-pandemia, verifica-se que o cidadão consumidor é o primeiro a ser afetado, mostrando que o sistema capitalista de produção e consumo não sustenta a promessa de felicidade enquanto organização social, pelo contrário, está dando mostras do esgotamento das possibilidades civilizatórias.

O capítulo procurou trazer à tona essas contradições entre o público e o privado, sem perder de vista a totalidade que, por um lado, apresenta a precarização e sucateamento do SUS e, por outro, a saúde como mercadoria, que deixa de atender aos consumidores nos momentos em que mais precisam. A judicialização vem acontecendo, porque ambos, público e privado, apresentam algo em comum: o desrespeito ao constitucionalmente previsto e a negativa da prestação da saúde estabelecida. Esse é o fulcro do problema que conduz à judicialização da saúde, mas agravado pelo contexto neoliberal de inserção do capital, via diferentes processos de mercantilização da vida, nas políticas públicas e influências nefastas para a corrosão do Estado, no que tange ao investimento em políticas sociais. O direito à saúde, previsto constitucionalmente e ratificado pelo Supremo Tribunal Federal como direito subjetivo de cada cidadão, portanto, não pode ser mera norma programática, mas uma política de Estado para garantir o direito à vida como um direito humano.

Referências Bibliográficas

ANDREAZZI, M. F. S. Os planos de saúde e as ameaças ao sistema de saúde brasileiro na atualidade. In.: BRAVO, M. I.; MENEZES, J. S. (Orgs.). *A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política Social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2007.

BOCCATO, M. Vigilância em saúde. UNIFESP/UNASUS. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/3/unidades_conteudos/unidade21/unidade21.pdf Acesso em: 15/01/2021.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 25/05/2020

_____. *Lei n.º 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde (LOAS). 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/18080.htm Acesso em: 10/12/2020.

_____. Combate à corrupção. Covid-19: CGU e PF apuram irregularidades com recursos da saúde no Pará. Controladoria Geral da União (CGU). 29/09/2020. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/noticias/2020/09/covid-19-cgu-e-pf-apuram-irregularidades-com-recursos-da-saude-no-para> Acesso em: 20/04/2021.

_____. Supremo Tribunal Federal STF – Recurso Extraordinário: RE 271286 RS. Ministro relator Celso de Mello. Brasília, 02 de agosto de 2000. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/779142/agregno-recurso-extraordinario-re-agr-271286-rs> Acesso em: 25/05/2020.

_____. Documento orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Conselho Nacional da Saúde (CNS). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf Acesso em 10/07/2020.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In.: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2009.

CASTILHO, D. R.; LEMOS, E. L. S.; GOMES, V. L. B. Crise do capital e desmonte da Seguridade Social: desafios (im)postos ao Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.º. 130, p. 447-466, set./dez. 2017.

CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. Privatização da saúde via modelos de gestão: Organizações Sociais (OSS) em questão. In.: BRAVO, M. I. et al (Orgs.). *A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Adotada e proclamada pela Resolução n.º. 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Assinada pelo Brasil na mesma data. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos/declaracao-universal-dos-direitos-humanos.html#:~:text=em%2010%20de%20dezembro%20de,e%20da%20paz%20no%20mundo%2C&text=Todas%20as%20pessoas%20nascem%20livres%20e%20iguais%20em%20dignidade%20e%20direitos>. Acesso em 25/05/2020.

DELDUQUE, M. C. et al. Judicialização das Políticas de Saúde no Brasil. In.: ALVES, S. M. C. (Org.). *Direito Sanitário em perspectiva*. Brasília/DF: ESMPU: FIOCRUZ, 2013.

FAGNANI, E. Entrevista. In: FUGIMOTO, L. O Desmonte do Projeto de Estado Social e a distribuição de migalhas. *Jornal da Unicamp – Eletrônico*. Sala de Imprensa. 2005. Disponível em: http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/setembro2005/ju301pag06.html Acesso em 20/07/2020.

GALDO, R. Oito organizações sociais investigadas receberam R\$ 1,8 bilhão da Saúde do estado em dois anos. *O Globo*, 06/09/2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/oito-organizacaoes-sociais-investigadas-receberam-18-bilhao-da-saude-do-estado-em-dois-anos-24626625> Acesso em: 13/04/2020.

KONDER, L. *O que é dialética*. São Paulo: Brasiliense, 2006.

MARCUSE, H. *A ideologia da sociedade industrial*. Trad. Giasone Rebuá. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MARQUES, S. Judicialização do Direito à saúde. **Revista de Direito Sanitário**. v. 9, n.º. 2 p. 65-72. São Paulo: USP, 2008.

MOTA, A. E. Seguridade Social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In.: MOTA, A. E. et al. *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, J. P. Crise do capital e consequências societárias. **Revista Serv. Soc. Soc.** São Paulo, nº. 111, p. 413-429, jul./set. 2012.

OLIVEIRA, T. R. Gestão do SUS por Santas Casas e organizações sociais peca em transparência: debate voltou à tona com temor de ‘privatização’ do SUS após decreto de Bolsonaro. *Carta Capital*, 08/11/2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/saude/gestao-do-sus-por-santas-casas-e-organizacoes-sociais-peca-em-transparencia/> Acesso em 13/04/2021.

PETERSEN, A. T. O papel dos organismos multilaterais na definição das políticas sociais brasileiras a partir dos anos noventa. In.: GUIMARÃES, G. T. D. G.; EIDELWEIN, K. *As Políticas Sociais Brasileiras e as Organizações Financeiras Internacionais*. Porto Alegre/RS: EdPUCRS, 2010.

RODRIGUES, P. H. *Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS*. 2ª ed. rev. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

SARLET, I. W. *A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional*. 12. Ed. ver. Atual e ampl. Porto Alegre/RS: Livraria do Advogado Editora, 2015.

SOUZA, J. *A elite do atraso: da escravidão a lava-jato*. Rio de Janeiro: Leya, 2017.

DIREITOS HUMANOS, JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E PANDEMIA: QUE FUTURO CONSTRUIREMOS?

*ROSA, Carlos Mendes*⁵¹

*COSTA, Franciana Di Fátima Cardoso*⁵²

*FERNANDES, Kenia Martins Pimenta*⁵³

Introdução

Este capítulo tem seu nascedouro no XI Congresso Internacional de Direitos Humanos, promovido pela Escola Superior da Magistratura Tocantinense (Esmat) e pela Universidade Federal do Tocantins, no qual os autores participaram da mesa com o tema “Direitos Humanos e saúde: uma leitura crítica da atuação judicial durante a pandemia”. O evento ocorreu em junho de 2020, quando havia apenas três meses da declaração da pandemia, ocorrida em 11 de março, pela Organização Mundial da Saúde. Naquele momento observava-se com preocupação os impactos da pandemia na vida das pessoas e, também, a forma com que o Poder Judiciário, em especial, no Tocantins, vinha enfrentando as questões relacionadas à saúde e aos direitos a ela correlatos como, por exemplo, o direito das grávidas, parturientes e puérperas ao acompanhante de sua livre escolha no momento do parto.

Nessa travessia sombria e necrofágica, quando já completamos mais de um ano de pandemia e nos deparamos no seu pico de gravidade, com o registro de quase 350.000 (trezentos e cinquenta mil) mortes no Brasil, que coloca o país, em dados absolutos, na liderança de mortes diárias, tendo em vista que no mês de março de 2021 teve mais do que o dobro de mortes do continente asiático, notoriamente mais populoso do que o Brasil, ficamos a nos perguntar: como fica o direito humano à saúde e qual o papel do Poder Judiciário nesse contexto da judicialização da política pública de saúde? Quais tensões as políticas neoliberais exercem sobre esse direito humano fundamental, nas decisões judiciais a partir do (sub)financiamento da política pública e as medidas administrativas tomadas pelo Poder Executivo Federal no enfrentamento da Covid-19?

51 Doutor em Psicologia. Professor do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde (PPGECS/UFT) e no Programa de Pós-Graduação em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos (PPGPJDH/UFT/Esmat). Professor Adjunto do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins. Líder do Grupo de Pesquisa da Subjetividade, Psicanálise e Direitos Humanos. *E-mail*: carlosmendesrosa@gmail.com

52 Mestre em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos (UFT/Esmat). Defensora Pública. Integrante do Grupo de Pesquisa da Subjetividade, Psicanálise e Direitos Humanos. *E-mail*: franciana.fc@gmail.com

53 Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos (PPGPJDH/UFT/Esmat). Defensora Pública. Integrante do Grupo de Pesquisa da Subjetividade, Psicanálise e Direitos Humanos. *E-mail*: keniafernandes.dpto@gmail.com

As respostas para essas questões não são simples e, portanto, não temos a pretensão de fornecê-las integralmente. Até porque, como diz Chomsky, “agora há a crise civilizacional” (2021, p. 15), que torna os caminhos da humanidade imprevisíveis, em que pese imagináveis. Nosso objetivo, bem menos pretensioso, é apenas traçar algumas reflexões, influenciadas pela atuação prática e profissional de duas das autoras do capítulo, que são defensoras públicas no Estado do Tocantins, cujas análises críticas sobre a temática permitem a compreensão dos possíveis gargalos para concreção desse direito humano fundamental – o direito à saúde -, assegurado em nossa Carta Política como um Direito Social inerente à dignidade da pessoa humana.

Para tanto, é importante conhecer um pouco sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e suas bases principiológicas, regulamentares e o seu subfinanciamento. Num segundo momento, compreender o fenômeno da judicialização da saúde para que, de posse dessas informações básicas, possamos refletir sobre o papel do Poder Judiciário para assegurar a primazia do Direito Humano à saúde, em especial, no contexto pandêmico. Essas análises não apontam para uma resposta conclusiva, apenas apontam caminhos para romper essa travessia indigna a partir da crença de que o fortalecimento do SUS e seu adequado financiamento parecem ser uma trilha para a dignidade.

1. A saúde como direito humano fundamental e as barreiras do subfinanciamento do SUS

O Brasil é um dos poucos países que possui um sistema público de saúde constitucionalmente assegurado, de caráter preventivo e curativo, constituído a partir do conceito amplo de saúde que compreende o descrito pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”.

Formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, o Sistema Único de Saúde, conforme a Lei nº. 8.080/1990), deve ser de acesso gratuito e tem como pilares a universalidade, a integralidade e a igualdade na prestação dos serviços. Criado pela Constituição Federal de 1988, ele é fruto da luta do Movimento Sanitarista, o qual, inserido no movimento pela redemocratização do país, buscou a criação de um sistema que proporcionasse o acesso equânime de todas as pessoas às políticas públicas em saúde.

Isso porque até então, os serviços de saúde prestavam-se apenas aos trabalhadores formais e contribuintes da previdência social, excluindo-se a maior parte da população, a qual estava inserida apenas em políticas relacionadas ao controle epidemiológico. (OLIVEIRA, 2012).

A Carta Magna de 1988 foi concebida também em sintonia com o movimento vivenciado no contexto internacional de afirmação dos Direitos Humanos de caráter social, dentre eles, o direito à saúde, reconhecido tanto pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH, de 1948, quanto pelos posteriores Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 1969, e Pacto Internacional sobre Direitos Sociais, Econômicos e Culturais, de 1976.

Para financiamento do SUS, o texto constitucional originário determinou, por meio do artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que até a aprovação da lei de diretrizes orçamentárias, de todo o orçamento da seguridade social - que compreende a previdência social, a assistência social e a saúde -, 30% deveria ser destinado à saúde. A norma constitucional garantiu assim sustentabilidade financeira ao sistema de saúde, em equilíbrio com as demais esferas da seguridade social, uma vez que o universo de pessoas que necessitam de assistência à saúde é bem maior que aquele concernente à assistência social e previdência social.

Ocorre que essa regra de financiamento jamais foi cumprida. (PINTO et al, 2016). A promulgação da Magna Carta de 1988 foi considerada marco de uma nova ordem social. Criava-se um Estado Democrático de Direito fundamentado na dignidade da pessoa humana e comprometido com a erradicação da pobreza e a redução das desigualdades sociais. Assim, além da saúde, o texto constitucional estabeleceu como garantias fundamentais, outros direitos sociais como educação, trabalho, alimentação, moradia, previdência social.

Nada obstante, a nova Carta Republicana aconteceu num contexto de mudanças na conjuntura econômica internacional. A globalização fundada em práticas neoliberais, surgiu como resposta ao desequilíbrio do capitalismo instalado a partir da crise do petróleo iniciada na década de 1970. (IENSUE; CARVALHO, 2017). Baseava-se na globalização da produção das empresas multinacionais e sustentava-se pelo consenso neoliberal de regulação estatal mínima da economia, direito de propriedade internacional para investidores estrangeiros e subordinação dos Estados a instituições como o Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional (FMI) e Organização Mundial do Comércio (OMC) que passaram a pressionar fortemente os países periféricos e semiperiféricos, dentre eles o Brasil, impondo programas de ajustamento estrutural como condição para a renegociação da dívida externa. (SANTOS, 2002).

A constante necessidade de ajustes estruturais para atender às exigências do capitalismo neoliberal provocou sucessivas alterações no texto constitucional, ocasionando o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e, a partir da aprovação da Emenda Constitucional nº. 95/2016, iniciou-se o desfinanciamento do orçamento dessas políticas públicas. (MENEZES et al, 2020).

As modificações inviabilizaram o custeio das políticas públicas necessárias à concreção do direito à saúde. A primeira alteração⁵⁴ desvirtuou a intenção da constituinte de 1988 de aplicar em saúde 30% das receitas provenientes da seguridade social, visto que proibiu a utilização desses recursos para fins distintos do pagamento dos benefícios do regime geral da previdência social. Com essa mudança, das três esferas da seguridade social, apenas a previdência social passou a contar com fonte constitucional específica, ficando a assistência social e a saúde sem financiamento definido. (PINTO et al, 2016).

Na tentativa de solucionar a questão, produziu-se nova alteração na Carta Republicana⁵⁵ fixando um regime transitório para financiamento das políticas de saúde pública, o qual se estendeu por 12 anos e acabou cancelado por lei complementar que manteve o patamar de 12% (doze por cento) da receita de impostos e transferências para os Estados e de 15% (quinze por cento) para os Municípios e o Distrito Federal, bem como fixou um critério distinto e especí-

54 Realizada por meio da Emenda Constitucional nº. 20/1998

55 Agora pela Emenda Constitucional nº. 29/1998, que inseriu no ADCT o artigo 77 e delegou à Lei Complementar (LC) a definição do custeio do conjunto da saúde por todos os entes federativos. A LC nº. 141/2012, promulgada 12 anos depois, não modificou substancialmente a regra provisória.

fico para União, permanecendo para essa esfera, o valor do ano anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). (PINTO et al, 2016).

Esse critério de financiamento estendeu-se por 15 anos, nos quais a União não investiu em saúde pública, apenas corrigiu sucessivamente pela variação nominal do PIB o valor aplicado no exercício anterior. Em que pese a receita da União tenha sido progressiva ao longo de todos esses anos, o piso federal de gastos com ações e serviços públicos de saúde não esteve a ela vinculado (como ocorria com Estados e Municípios), agravando-se dessa forma o subfinanciamento do sistema. (PINTO et al, 2016).

Em consequência da luta do Movimento Nacional de Defesa da Saúde Pública, realizou-se nova alteração no texto constitucional, em 2015. O movimento apresentou ao Congresso Nacional projeto de iniciativa popular que buscava a alteração do investimento em saúde pela União. Porém, o texto original do projeto foi desvirtuado, tanto no percentual de financiamento fixado, como pela determinação de que os recursos oriundos da exploração do petróleo e do gás natural seriam contabilizados como gasto mínimo da União, em vez de operarem como acréscimos a essa despesa⁵⁶. (PINTO et al, 2016).

Além disso, o texto constitucional tornou obrigatória a execução das emendas parlamentares individuais em saúde. Funcia (2015) alertou para o fato de que essa nova alteração constitucional, em verdade, trouxe retrocesso, já que as projeções revelavam que o orçamento federal em saúde para 2016, calculado pelo índice mínimo anual estabelecido, seria R\$ 9,2 bilhões menor do que se o cálculo fosse efetuado pela regra anterior baseada na variação nominal do PIB. O novo patamar de financiamento deveria “ser lido no ordenamento constitucional como piso que admite absorção de novos acréscimos, mas não como teto do gasto Federal em saúde tal como vinha ocorrendo com a regra fixada a partir da emenda constitucional nº. 29/2000”. (PINTO et al, 2016, p. 218). Mas a possibilidade de teto viria.

Em 2016, outra modificação da Carta Magna⁵⁷ instituiu o chamado novo regime fiscal e impôs limitação de gastos públicos pelo período de 20 anos. A emenda representa grave retrocesso, uma vez que ocasiona a impossibilidade de que o Estado cumpra as obrigações sociais previstas pela Constituição Federal de 1988, dentre as quais aquelas relacionadas à saúde. A nova regra, instituiu um valor mínimo a ser investido pela União em ações e serviços públicos de saúde em 2017⁵⁸ e, pelos próximos 20 anos, tão somente o mesmo valor acrescido da reposição inflacionária, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), congelando dessa forma a aplicação em políticas públicas sanitárias.

Apesar de o valor para investimento em saúde ser fixado como “gasto mínimo” pela disposição constitucional, revela-se em teto de gastos, uma vez que a regra geral que prevê

56 O projeto de iniciativa popular foi aprovado por meio da EC nº. 86/2015. O texto original previa o investimento pela União no patamar de 10% de sua Receita Corrente Bruta (RCB). Todavia, a norma aprovada fixou o financiamento por esse ente em 15% da sua Receita Corrente Líquida (RCL) e estabeleceu para a chegada a este patamar, índices mínimos anuais que iriam de 13,2%, em 2016, até a chegada em 15% em 2020. Nos termos do disposto na Lei Complementar nº. 101/2000, artigo 1º, § 3º, IV, a RCL da União corresponde ao somatório das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes deduzido dos valores transferidos aos Estados e Municípios por determinação constitucional ou legal, das contribuições sociais de empregadores e segurados da previdência social e das contribuições para o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP).

57 Emenda Constitucional nº. 95/2016.

58 15% da RCL da União naquele ano.

correção apenas pela perda inflacionária não deixa espaço para crescimento real. Dessa forma, o orçamento da saúde, que já se encontrava em situação de subfinanciamento crônico, passou a verdadeira condição de desfinanciamento.

Pinto et al (2016) asseveram que, em 2015, caso ainda prevalecesse a regra da constituinte originária, o orçamento disponível em saúde foi de R\$ 240 bilhões, mais de 100% maior que o orçamento previsto para aquele ano, de cerca de R\$ 100 bilhões. Menezes et al (2020) apontam para o fato de que pelas regras do novo regime fiscal, instituído em 2016, houve até 2019 uma perda de R\$ 8,2 bilhões de reais para os gastos com ações e serviços de saúde, já que o valor anteriormente previsto correspondia sempre ao percentual de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União e estimam que, ao final dos 20 anos, os investimentos em saúde corresponderão a apenas 10% da RCL da União, comprovando a existência do desfinanciamento dessas políticas. (MENEZES et al, 2020).

Toda essa sucessão de normativas revela o desafio ainda enfrentado no Brasil para garantir a saúde da população, conforme assegurado pela Constituição. Trata-se de um direito que está além da mera prestação de serviço público e depende, para sua consecução, de investimento adequado. Contudo, o que se tem visto é a adoção, pelos sucessivos governos, de práticas que atendem ao capitalismo neoliberal. As políticas estatais adotadas nas últimas décadas, que priorizaram a manutenção da estabilidade econômica e o compromisso com o mercado financeiro por meio de controle inflacionário, equilíbrio fiscal e acordos com credores da dívida externa, sobrepuseram-se às políticas sociais, dentre as quais às políticas de saúde. (GOMES, 2006).

O neoliberalismo possui uma lógica inversa à do liberalismo clássico. Enquanto este fundamenta-se no “*laissez-faire*”, no deixar fazer, ficando o Estado limitado pelo respeito à forma do mercado, no neoliberalismo o Estado passa a ser regulado pelo mercado para “não deixar o governo fazer”. As ações estatais passam a ser avaliadas pelo mercado e o Estado torna-se “profundamente intervencionista” não para garantir políticas sociais, agora vistas como “excesso a se conter”, mas para modelar a “sociedade inclinada a funcionar por meio da concorrência”. (MENEZES et al, 2020, p. 61).

As ações e serviços públicos de saúde também estão sendo agudamente impactados por essa lógica concorrencial presente na política estatal. A Constituição Federal permitiu a livre iniciativa privada na assistência à saúde, criando o denominado regime de saúde suplementar que atua por meio de planos de saúde e outros serviços privados. Esse fato, aliado às deficiências ainda apresentadas pelo SUS, trazem para os serviços privados a parcela da população que pode pagar pelos planos de saúde, tornando-se de interesse de empresas particulares e investidores o desfinanciamento das ações e serviços públicos de saúde ao longo dos anos.

Assim, ao mesmo tempo em que atende à coerência neoliberal de compromisso com a estabilidade monetária, o desfinanciamento das políticas públicas favorece a iniciativa privada. Estudo divulgado em 2018, pela Confederação Nacional dos Municípios (CNM), mostrou que o Brasil havia perdido, nos últimos dez anos, mais de 41 mil leitos hospitalares no âmbito do SUS. Mas, no mesmo período foram abertos 18 mil leitos hospitalares no sistema privado. (BRASIL, 2018).

A adoção de medidas de austeridade e de redução do financiamento dos serviços públicos de saúde pela União tem provocado, ainda, grande pressão no investimento público de Estados e Municípios. Desde a EC n°. 29/2000, foi estabelecido um critério distinto para os gastos

públicos com saúde desses entes federativos, que tiveram suas despesas vinculadas à RCL. Segundo Menezes et al (2020), entre 2003 e 2017, as despesas federais passaram de 58% para 43% das despesas públicas totais e com a vigência da EC 95 esse percentual pode se reduzir a 30%.

Bravo et al (2019) alertam para o que chamam de privatização da saúde, que ocorre desde o governo Temer, por meio de contrarreformas, e visam acelerar a mercantilização do setor com o avanço de um novo regime fiscal e o desmantelamento do Estado para promoção de políticas públicas, a partir de posturas conservadoras que priorizam a assistência à saúde centrada no adoecimento, abandonando as discussões do Conselho Nacional de Saúde. Apontam várias medidas que implicam em retrocesso na política pública de saúde, com incentivo a planos de saúde a preços acessíveis e parcerias público-privadas, como as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e terceirizações para alguns serviços através das Organizações Sociais (OSs), que canalizam o dinheiro público para iniciativa privada, atendendo à perspectiva neoliberal.

Tudo isso nos leva à evidência de que o SUS, tal qual gestado por nossa Carta Política, é a expressão da dignidade da pessoa humana no que se refere ao direito à saúde, mas que, no percurso histórico desses trinta e dois anos de redemocratização, vem sendo acintosamente atacado pelas forças neoliberais rumo a sua desconstituição. Portanto, as falhas no atendimento à população não podem ser depositadas no SUS, extremamente valioso enquanto sistema público de acesso universal, mas sim, nos ataques que vem sofrendo a partir das contrarreformas que priorizam o sistema econômico em detrimento das políticas sociais, em especial, pelo Poder Executivo Federal e seu esforço histórico, após 2016, para aniquilá-lo.

2. A judicialização da saúde: o contexto pré-pandemia

A essa altura, ninguém olvida que o direito à saúde é um direito humano fundamental e que compete às nações signatárias dos Tratados Internacionais de Direitos Humanos⁵⁹ envidar todos os esforços para proporcionar ao seu povo o acesso a esse direito que, no Brasil, além de ser direito de todos – por isso o princípio da universalização – é um dever do Estado, nos precisos termos do art. 196 da Constituição Federal de 1988.

Nada obstante, o cenário de subfinanciamento das políticas públicas em saúde trouxe como consequência a inabilidade estatal em assegurar o direito à saúde, tal como constitucionalmente previsto, e é responsável pela explosão de judicialização das políticas públicas em saúde que vem ocorrendo nos últimos anos. A saúde é sem dúvida o direito social constitucional mais demandado judicialmente. Pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ-INSPER, 2019) aponta para um crescimento de demandas judiciais relacionadas à saúde em 130%, entre 2008 e 2017, e causou preocupação face aos impactos que as decisões judiciais produziram no orçamento junto ao Ministério da Saúde com o crescimento dos gastos com as demandas judiciais.

59 Declaração Universal dos Direitos Humanos, artigo 25: “Toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários”.

Os principais motivos pelos quais se procura a judicialização da saúde são a busca por ações e medicamentos já incorporados ao SUS, e não disponibilizados à dispensação, assim como por novas tecnologias ainda não adotadas pelo sistema público de saúde, seja pela demora na sua incorporação ao sistema, seja pelo avanço da indústria farmacêutica e médica. A questão é polêmica. Nessas mais de três décadas de Constituição Cidadã, o tema não está pacificado e o Poder Judiciário passou a ser, no campo do direito à saúde, em muitos casos, a última esperança das pessoas. O Estado Juiz assumiu o lugar de protagonismo na garantia do direito à saúde e, em última análise, interfere nas atribuições do Poder Executivo relacionadas à elaboração e implementação de políticas públicas.

Esse contexto trouxe várias reflexões acadêmicas em torno da judicialização da saúde. A maioria delas assume um caráter extremamente crítico ao crescimento do número de ações judiciais que buscam a tutela da saúde, uma vez que afirmam ter a judicialização um caráter elitista - supostamente a justiça seria acessada apenas pela elite brasileira para buscar novos produtos lançados pela indústria farmacêutica -, que fomenta o aumento das iniquidades no acesso à saúde, compromete a gestão administrativa e orçamentária e o caráter universal do SUS. (SANT'ANA, 2018). Todavia, essa não é a realidade, sobretudo quando se verifica o trabalho das Defensorias Públicas.

O acesso ao Poder Judiciário, antes de 1988, era realmente elitizado, porém sofreu evidente alargamento com a constitucionalização e instalação das Defensorias Públicas pelo Brasil, de sorte que hoje as pessoas podem fazer chegar seus pleitos em saúde, não apenas sob o patrocínio de um advogado ou pelo Ministério Público, mas também e especialmente, pelas portas da Defensoria Pública. É fato que a Instituição precisa crescer, visto que ainda não está presente em todas as comarcas, apesar da determinação constitucional, porém é possível afirmar que o fortalecimento defensorial no país teve papel essencial no crescimento de demandas judiciais em saúde e afasta o argumento do acesso elitizado à justiça.

Também a partir da experiência das Defensorias Públicas é possível questionar as afirmações de suposto aumento das iniquidades no acesso à saúde, comprometimento da gestão administrativa e orçamentária, bem como o caráter universal do SUS. Grande parte das demandas judiciais propostas pela Defensoria Pública (e aqui se fala no âmbito da Defensoria Pública do Estado do Tocantins), buscam a tutela de ações e serviços em saúde já incorporados pelas políticas do SUS. As pessoas assistidas pela Instituição pleiteiam procedimentos básicos, tais como consultas médicas especializadas, exames, cirurgias com filas de espera, que se estendem por anos, acesso a leitos de UTI, cirurgias e medicamentos para tratamento de câncer, dentre outros serviços essenciais para manutenção da saúde presentes nas políticas do SUS.

A pesquisa sobre judicialização da saúde no Brasil, publicada pelo CNJ, em 2019, permite afirmar a existência de três períodos diferentes relacionados às decisões judiciais em saúde. O estudo revelou, a partir da análise das decisões de concessão de antecipação de tutela relativas ao período de 1980-2018, que menos de 3% dessas decisões liminares foram concedidas em período anterior à 2008, havendo grande crescimento nas concessões nos anos posteriores, com pico em 2015, porém revelando-se um arrefecimento desse progresso em 2016, convergente com o golpe⁶⁰ de 2016 e o avanço fervoroso da política neoliberal, em sua versão mais voraz.

60 Nominamos de golpe a deposição legislativa e jurídica da única presidenta democraticamente eleita no Brasil, sob a acusação formal de crimes de responsabilidade não comprovados que, segundo Silva (2018, p. 257-258), contou com a atuação do Poder Judiciário “como verdadeiro partido político sem voto, [...] uma

É possível afirmar, assim, a existência de um primeiro período escasso em decisões judiciais positivas para a tutela em saúde, provavelmente, relacionado ao entendimento de muitos intérpretes da Constituição⁶¹, que defenderam o referido direito como uma promessa estatal, uma norma programática⁶² de eficácia limitada⁶³ ou contida⁶⁴ e que, portanto, sem eficácia imediata, não sendo assim, exigível de pronto. Por isso, durante a primeira década de vigência da Constituição Federal, prevalecia o entendimento limitado ao direito à saúde como uma mera promessa estatal, e, portanto, não era exigível, apesar da vigente Lei Federal n.º. 8080/1990 que instituiu o SUS.

No segundo período, houve a explosão do número de ações judiciais que postulavam tratamentos para enfermidades e ocorreu a modificação da interpretação do texto constitucional, reconhecendo-se a saúde como direito fundamental social e de aplicabilidade imediata, levando a um tensionamento entre o Poder Executivo e o Poder Judiciário e tendo como palco a tripartição e independência dos Três Poderes e a teoria da reserva do possível. Todavia, a maior parte das decisões judiciais, nesse período, pauta-se no deferimento das tutelas em saúde como forma de garantir o mínimo existencial, o qual exige prestações positivas estatais não considerando violação ao princípio da separação dos poderes a ingerência do Judiciário para assegurar o direito à saúde, ante a omissão do Executivo⁶⁵. Dessa forma, se o Estado Executivo não cumpre as promessas constitucionais e legais realizadas aos seus cidadãos, é um direito que cabe a eles exigir, valendo-se, também, do Poder Judiciário segundo a teoria dos freios e contrapesos.

Num terceiro período, vivenciado agora, vê-se que tais decisões já arrefecem, indicando que o Poder Judiciário responde às críticas relacionadas à judicialização da saúde, atendendo assim as teses defendidas pelo Poder Executivo. Os que censuram tais demandas judiciais afirmam que o arrefecimento das decisões liminares pode estar relacionado ao maior conhecimento do Poder Judiciário acerca da execução das políticas do SUS, trazido pelos chamados instrumentos administrativos do sistema de saúde (CNJ-INSPER; 2019), quais sejam, a Comissão

gravíssima ruptura democrática e que teve no Legislativo a instituição destinada a cumprir o ritual do golpe institucional”.

61 Como norma jurídica, ela é dotada de imperatividade e hierarquicamente superior às demais normas do ordenamento, cuja efetividade, o fato real de ela ser aplicada e observada, cumpre concretamente a sua função social.

62 Segundo Barroso, são àquelas normas “que abrigam particularidades diversas na determinação de seu sentido, alcance e eficácia que exigem técnicas especiais de interpretação [...] traçam fins sociais a serem alcançados pela atuação futura dos poderes públicos, [...] não geram direitos subjetivos na sua versão positiva. [...] Modernamente, já se sustenta a operatividade positiva de tais normas, no caso de repercutirem sobre direitos materialmente fundamentais, como por exemplo, os que se referem ao mínimo existencial” (2010, p. 200/203)

63 Seria àquela norma constitucional de eficácia limitada ou reduzida são as normas definidoras de princípios institutivo e as definidoras de princípios programático que dependem de integração constitucional (SILVA, 1998) e “não receberam do constituinte normatividade suficiente para sua aplicação” (BARROSO, 2010, p. 215)

64 Sobre a eficácia e a aplicabilidade, Silva (1998) define como de eficácia contida aquelas normas de aplicabilidade imediata, mas passíveis de restrição e dependem de meios normativos para integrá-las.

65 STF ARE 745745 AGR, Segunda Turma, Relator: Ministro Celso de Melo.

Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC)⁶⁶ e os Núcleos de Avaliação das Tecnologias em Saúde (NAT)⁶⁷.

Não se pode negar a importância de que os atores do Sistema de Justiça conheçam a fundo o funcionamento das políticas SUS e seus trâmites administrativos. O conhecimento evita a propositura de demandas desnecessárias e a emissão de decisões judiciais que atropellem a atividade do sistema. Também é necessário que se prime pelas diretrizes do SUS, dentre as quais a verificação, para adoção de uma nova tecnologia em saúde, da existência de evidências científicas acerca de sua acurácia e segurança, conforme a Lei nº. 8.080/1990.

Todavia, a redução de decisões positivas às pretensões em saúde também pode se revelar em submissão à ideologia neoliberal, presente na pressão orçamentária estatal, que já conduziu a reforma do entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF) a partir do julgamento do Recurso Extraordinário (RE) 657.718, de relatoria do voto vencedor, Ministro Luís Roberto Barroso, que impôs limites à concessão de medicamentos experimentais e sem registros na Anvisa, assim como no RE 566.471⁶⁸, que trata de requisitos para fornecimento de medicamentos não incorporados à Lista Nacional de Medicamentos do SUS, a RENAME. (FERRAZ, 2019).

Outra mudança importante na jurisprudência do STF, também fruto de pressão orçamentária, é aquela relacionada ao RE 855.178, de Repercussão Geral, e que, em que pese tenha mantido o entendimento da solidariedade dos entes federativos quanto às prestações em saúde, direcionou o cumprimento dessas decisões ao ente estatal responsável nos termos das distribuições de competências do âmbito administrativo do SUS. A depender da interpretação dada a tal decisão, os magistrados podem direcionar à União ações que pretendam medicamentos ou ações em serviços e saúde ainda não incorporados ao SUS, sob o argumento falível de que compete ao Governo Federal, por meio da CONITEC, a incorporação de novas tecnologias. Porém, é preciso considerar que a Lei Orgânica do SUS, atendendo ao princípio da descentralização dos serviços de saúde, permite aos Estados e Municípios que mantenham suas próprias relações de medicamentos e serviços, atendendo-se, assim, ao perfil epidemiológico das diferentes regiões do país. Outra consequência muito danosa que pode advir de tal decisão é a restrição do acesso à justiça por pessoas que necessitem tutelar o direito à saúde, uma vez que a necessária inclusão da União no polo passivo de tais demandas transfere a competência para julgamento para o âmbito da Justiça Federal, dificultando o acesso das pessoas mais hipossuficientes atendidas pelas Defensorias Públicas e Ministérios Públicos dos Estados mais capilarizados nas comarcas, em paradoxo com os Ministério Público e Defensoria Pública da União, presentes apenas nas capitais.

Fica, portanto, evidenciado que o desfinanciamento do SUS, analisado no título anterior, está inversamente proporcional ao crescimento das demandas judiciais. Ou seja, estamos diante de um tema sobre o qual muitos olhares têm se voltado, cujos debates estão longe de terminar. Essas decisões demonstram certa razoabilidade e proporcionalidade para o julgamento das

66 Criada pela Lei nº. 12401/2011, a CONITEC é responsável por indicar ao Ministério da Saúde as novas tecnologias a ser incorporadas ao SUS, tanto relacionadas aos medicamentos, como as ações e serviços em saúde, além de definir os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, ou seja, a relação entre as tecnologias de saúde e o seu uso.

67 “Os NAT são instrumentos auxiliares de que podem dispor os magistrados em suas decisões e que fornecem subsídios técnicos sobre as tecnologias em discussão” (CNJ, 2019).

68 Segundo o Ministro Alexandre de Moraes, “o excesso de judicialização da saúde tem prejudicado políticas públicas, por decisões favoráveis a poucas pessoas, [...] não há mágica orçamentária e não há nenhum país do mundo que garanta acesso a todos os medicamentos e tratamentos de forma generalizada”.

questões postas, mas são, sem dúvida alguma, resposta à pressão econômica e política feita pelos Estados e Municípios em razão dos efeitos da judicialização da saúde e apontam para a restrição ao acesso à saúde pela via judicial, atendendo as pressões de ordem econômica em detrimento ao direito da saúde.

Porém, o alívio para as consequências da judicialização suportadas por Estados e Municípios deveria vir de uma melhor política de financiamento do sistema público de saúde pela União, a qual como vimos, tem praticado conduta regressiva de investimento em tais políticas públicas, ao longo dos anos. Percebe-se que, após um breve período em que o Poder Judiciário reconheceu a necessidade de assegurar por meio de decisões judiciais o direito social à saúde, o Sistema de Justiça também tem sido objeto da pressão exercida pela ideologia neoliberal capitalista.

O Conselho Nacional de Justiça e a Escola de Formação de Magistrados (EFAM) passaram a produzir Fóruns, Seminários e Cursos que se debruçaram na temática da judicialização da saúde, muitas das vezes, na perspectiva apresentada pelos censores das demandas judiciais sanitárias, apontando para busca de soluções “dialogadas”, que visem “equalizar” as forças entre Executivo e Judiciário, com vistas à questão orçamentária e do financiamento.

Costa (2020), por exemplo, analisa as representações sociais dos Direitos Humanos na magistratura tocantinense em que esse elemento equalizador da judicialização da saúde aparece nos debates, defendendo um Estado minimalista:

[...] vou te dar um exemplo que eu concedi uma liminar, mas no fundo no fundo, eu concedi a liminar por medo, por medo da criança morrer na minha mão. Porque era uma questão cardíaca, muito cara, essa questão que entra na sexta-feira, no final da tarde, que você não sabe o que você faz e assim, foi a única vez que eu dei, depois fui estudar, esses tempos atrás até participei de um congresso onde tudo isso, se eu tivesse tido tudo isso quando eu estava na saúde tinha decidido tudo de forma contrária sem peso na consciência.

Infere-se aí, que a interferência da ideologia neoliberal e a concepção de Estado Minimalista, cujos valores sociais se ancoram, também, na meritocracia pode impactar, sobremaneira, a forma de prestação jurisdicional quanto ao direito à saúde. Nesse sentido, a equalização do direito à saúde defendida por Ferraz (2019) está muito próxima a conformação judicial ao sistema neoliberal e capitalista de desmantelamento do SUS que, em última análise, atende ao interesse do sistema financeiro em detrimento do direito à saúde e a vida – ainda que no sentido mais estrito e profilático – da população brasileira, em especial, àqueles que não possuem recursos para saúde suplementar.

Nos parece claro que existe um forte movimento, dentro dessa busca de solução consensual do CNJ, alinhado à equalização do direito à saúde trazido por Ferraz (2019), para que o Poder Judiciário ceda às teorias, como a da reserva do possível. O princípio da reserva do possível tem sua origem na jurisprudência alemã e expõe que os deveres impostos ao Estado apenas devem ser cumpridos na medida em que permitam os recursos públicos disponíveis. (NETO; SARMENTO, 2012, p. 345). Esse argumento é amplamente defendido pelas Procuradorias dos entes federados como forma de motivar a ausência ou a deficiência na prestação de serviços públicos. Atualmente, o entendimento dominante dos tribunais é de que essa justificativa não é oponível quanto aos direitos fundamentais, que exigem prestações estatais positivas para as quais

é necessária a destinação orçamentária. Porém, os recentes movimentos do Conselho Nacional de Justiça por seus cursos de formação, os últimos julgados do STF, a necessidade de utilização dos denominados instrumentos administrativos da saúde (NAT e CONITEC), apontam para uma mudança de entendimento rumo à adoção de teorias como a reserva do possível como tese justificável para negar o acesso à saúde.

3. A pandemia chegou: a quem a judicialização atende?

A pandemia da Covid-19 trouxe ao Poder Judiciário uma nova forma de judicialização da, saúde, para além das demandas individuais relacionadas à busca por tratamento de saúde adequado e das demandas coletivas que pleiteiam a estruturação de hospitais e o incremento nas ações e serviços, agora voltado para atendimento aos casos de infecção pelo vírus Sars-Cov2 ou Coronavírus, que causou a pandemia da Covid-19, além de casos que aportaram na justiça ações relacionadas a isolamento social e *lockdown*, definição sobre serviços essenciais, uso de máscaras, descumprimento da lei federal, que garante acompanhamento às gestantes no momento do parto, vacinação e plano nacional de imunização, além de outras demandas que, apesar de não se referirem à prestação de serviços em saúde, referem-se ao direito à saúde, entendida em seu conceito amplo.

No Tocantins houve queda no número de demandas judiciais relacionadas ao direito à saúde, queda verificada sobretudo nos números de demandas individuais. Entre março de 2018 e março de 2019, segundo dados da Corregedoria de Gestão Estratégica, Estatística e Projetos do Tribunal de Justiça do Estado, houve o ajuizamento de 1922 ações relacionadas à saúde, das quais 201 eram demandas coletivas. Porém, entre março de 2020 e março de 2021, esse número foi de apenas 1234 demandas, das quais 133 eram coletivas.

Essa queda no número de demandas pode estar relacionada à suspensão dos serviços de saúde considerados de caráter eletivo, tais como consultas, exames médicos e cirurgias não urgentes, ocorridos desde o início da pandemia como forma de liberar leitos hospitalares e prevenir infecções, cuja retomada ainda não ocorreu em razão do alto índice de contaminação pelo novo coronavírus.

Dentre as demandas ajuizadas entre março de 2020 e março de 2021 e relativas à prestação de serviços em saúde é possível afirmar a existência de uma prevalência de importância das demandas coletivas por estruturação dos serviços públicos, havendo resposta positiva do Poder Judiciário em boa parte delas, a exemplo de decisões proferidas referentes aos hospitais dos Municípios de Gurupi, Palmas, Porto Nacional, Araguaína e Guaraí. Não obstante tais decisões, a resposta do Poder Judiciário nem sempre é a mesma no que concerne àquelas demandas inseridas no conceito amplo de saúde, dentre elas, em específico, as demandas que pretendem assegurar, mesmo em contexto de pandemia, o direito das gestantes a ter consigo acompanhante de sua escolha no momento do parto, restringido no âmbito do SUS, pela Secretaria de Estado da Saúde. Ao contrário do que se viu em outros estados, no Tocantins diversas liminares foram negadas em demandas individuais com tal objetivo e em demanda coletiva intentada pela Defensoria Pública. A justificativa adotada para tal negativa, para além de afirmar um cenário de exceção ocasionado pela pandemia, também, faz-se pela própria deficiência na estrutura do

SUS para assistência à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, melhor visualizada no contexto pandêmico, porém, acolhida judicialmente como razão plausível para cometimento de violência obstétrica - em absurda situação de *venire contra factum proprium* - e maior violação aos direitos humanos das mulheres.

Analisar essa situação, sobretudo sem perder de vistas as representações sociais dos Direitos Humanos apontadas pelos magistrados tocantinenses (COSTA, 2020), muito alinhados ao neoliberalismo e seus pilares fundamentais, adotando os valores da meritocracia - que um dos entrevistados nominou como “espiral virtuosa” hábil a determinar o sucesso ou o fracasso de determinada pessoa, convida-nos a premência de descolonizar o pensamento jurídico⁶⁹ e o sistema de justiça brasileiro, inclusive, e em especial, dos Defensores e Defensoras Públicas que por vocação constitucional prestam assistência jurídica integral e gratuita ao povo brasileiro em situação de vulnerabilidade e necessitam de um olhar contra colonial, sob pena de executar um papel que apenas reforça as injustiças.

Se não adotarmos uma teoria crítica dos Direitos Humanos como pilar orientador de nossas condutas e lutas, reconhecendo nosso neocolonialismo e com os ranços impregnados de uma sociedade escravocrata e patriarcal, terminaremos conformados com o sistema vigente e com as orientações sinalizadoras de ajustes consensuais, que silenciarão o direito à saúde de milhões de brasileiros em favor do mercado privado⁷⁰.

Ao contrário do discurso autoritário e conformista do Ministro Moreira Alves⁷¹, quando da promulgação da Constituição Federal de 1988, é preciso fazer valer as promessas constitucionais e frear o poder contrarreformador que tem tomado conta de nosso país, em especial, no Poder Executivo, cujo discurso do consenso pode contaminar o Judiciário e minar uma possibilidade eficaz de acessar os direitos fundamentais.

Quando um magistrado se apresenta preocupado com “a máquina de geração de riqueza” (COSTA, 2020), aderindo a ideia neoliberal de ajuste fiscal e do financiamento público, fica evidenciado o alinhamento ao modelo neoliberal do Estado Mínimo, que sufoca a efetivação dos Direitos Humanos e que não encontra forças para enfrentar o Estado Suicidário descrito por Vladimir Safatle (2019), que não apenas gere a morte, mas também a cultiva⁷². Ou seja, essa análise econômica do direito à saúde (COSTA; 2020), que um dos entrevistados mencionou,

69 Valendo-nos dos ensinamentos de Zulma Palerma em uma de suas entrevistas, descolonizar o pensamento significa romper com o modelo colonial ou neocolonial que nos é imposto pelos princípios da homogeneidade e autoridade. A (neo)colonialidade é uma forma de organização e gestão que regula a vida em todas suas esferas e que internalizadas, nos sujeitam ao domínio dos impérios, valendo-se da relação dicotômica de superioridade/inferioridade. Decolonialidade é, portanto, pensar num futuro pluriverso, com uma ordem policêntrica, capaz de potencializar alternativas a partir de outros lugares, memórias e experiências que conduzem a solidariedade. É preciso compreender que é possível outro “fazer-dizer o saber na expressão dos conhecimentos construídos comunalmente, um tipo de enunciado não verbal formalizado pelos corpos em movimentos. [...] Resultado de uma criação comum, pois, como processo cognoscente, é produto do sentir-pensar, conforme Fals Borda” (SPYER; LEROY; NAME, 2019, p. 56).

70 “Estado que se funda nessa mistura tão nossa de capitalismo e escravidão, de publicidade de *coworking*, de rosto jovem de desenvolvimento sustentável e indiferença assassina com a morte reduzida a efeito colateral do bom funcionamento necessário da economia” (SAFATLE, 2020)

71 “[...] Com o passar do tempo, as imperfeições da [Constituição] serão corrigidas” (SILVA, 2018, p. 243).

72 “Há várias formas de destruir o estado e uma delas, a forma contra revolucionária, é acelerando em direção a sua própria catástrofe, mesmo que ela custe as nossas vidas [...] se o fascismo sempre foi uma contrarrevolução preventiva, não esqueçamos que ele sempre soube transformar a festa da revolução em um ritual inexorável de auto-imolação sacrificial. [...] o pior medo da pandemia é o desemprego. [...] O engenho não pode parar. [...] A população é apenas o suprimento descartável para que o processo de acumulação e concentração não pare de forma alguma” (SAFATLE, 2020).

somada com a tese da ingerência do judiciário na saúde pública e a reserva do possível como pano de fundo do desfinanciamento das políticas públicas de saúde, evidencia que o pêndulo da balança tem lado certo: o neoliberalismo⁷³.

Portanto, parece-nos evidente que a politização da Covid-19, que pode ser analisada inclusive nas decisões judiciais pela negação de liminar a favor de regras mais rígidas de distanciamento social, priorizando a economia e abertura de comércio, são marcas, não só da necropolítica (MBEMBE, 2018) brasileira, mas do estado suicidário de Safatle (2019).

Por meio da necropolítica, o Estado faz morrer corpos que não mais interessam ao sistema vigente. Trata-se de uma tecnologia de governo. O ser humano é entendido como um objeto que pode e deve, dadas as circunstâncias, ser eliminado. A negação de direito social faz morrer corpos políticos considerados descartáveis. Essa forma de gerir os corpos é clara em vários aspectos da política brasileira e se mostra muito evidente com as contrarreformas realizadas, sobretudo, a partir do Governo Temer, responsável pela aprovação da emenda constitucional do teto de gastos, a EC 95, apelidada de “PEC da Morte”, que agravou o subfinanciamento do SUS, convertendo-o em desfinanciamento.

O Estado Suicidário, a partir do que defende Safatle, é um estágio mais avançado da necropolítica, um modelo mais agressivo de gestão dos corpos. “Cultivador de sua própria explosão”, destruindo vidas, independentemente de quem seja; ele “começa a devorar seus próprios filhos” (SAFATLE, 2019) por meio da morte generalizada, sem escolher quem vai morrer, quais são os corpos descartáveis. Em nome da prevalência do interesse econômico, o Estado assume o risco de qualquer e toda morte. Essa parece ser a forma de gestão dos corpos trazida pelo Governo Bolsonaro, sobretudo pela conduta negacionista da ciência, das disputas de narrativas históricas, na (má) gestão da crise sanitária, conduzindo muitos a defender que “o engenho não pode parar” (SAFATLE, 2019), ainda que implique na própria morte.

Considerações Finais: há esperança em um futuro distinto?

Como visto, em verdade, o grande número de questões judiciais relacionadas à saúde visibiliza a dificuldade de alcance dos resultados necessários a eficiência do SUS, a qual decorre em sua maior parte, de décadas da adoção de políticas neoliberais que descaracterizaram a forma originária de financiamento das políticas de saúde, colocando-as numa condição de subfinanciamento e prejudicando o alcance da universalidade a que se propõem.

A pandemia pelo vírus Sars-Cov2 alcançou o Brasil num momento em que o debate em torno da temática da judicialização da saúde, compreende a disputa de narrativas estabelecidas entre a defesa da judicialização como meio idôneo para assegurar o acesso ao direito à saúde e a crítica à excessividade de demandas e a possibilidade de prejuízo à gestão do sistema de saúde, que influenciada por ideologias neoliberais já encontra ressonância junto ao Poder Judiciário.

73 Mascaró (2020, p. 11) explica com muita propriedade que “modelos pós-fordistas de produção e acumulação constituem sujeitos sem maiores organicidades político-econômico-sociais - desconexão com partidos políticos e movimentos sociais de massa, ausência de representação sindical, locais de trabalho remotos e individualizados, interações mais virtuais que presenciais, subjetividades narcísicas e cínicas especificadas e ampliadas, orientação plena pelo cálculo econômico da vida”.

Dessas reflexões nos parece que um fato é notório: mesmo com todo estrangulamento realizado contra o Sistema Único de Saúde, em especial na gestão necropolítica de 2016 e na suicidária de 2019, a existência do SUS tem sido a única forma de minorar a dizimação da população brasileira mais vulnerável. Com seus dolorosos suspiros o SUS se mostra, na guerra contra a pandemia, com toda ineficiência de seus gestores, o melhor modelo estatal para garantia de saúde. Portanto, desse fato, extrai-se a certeza de que, por ele é preciso que lutemos.

Nos parece claro, portanto, que há muito o SUS enfrenta percalços que conduziram ao colapso que experimenta hoje diante da pandemia da Covid-19. O país já possui quase 350 mil mortos, dos quais milhares morreram à espera de leitos, evidenciando que “a pandemia do novo coronavírus veio dar mais urgência à necessidade, ao expor com extrema acuidade, as fraturas abissais da exclusão de nossos tempos”. (SANTOS, 2021, p. 253).

O SARS-Cov2 trouxe um severo agravamento dos problemas, mas não é o responsável, exclusivo, pela tragédia que assola o Brasil, visto que “a crise atual é estrutural na economia, na política e na sociabilidade: das reações mantenedoras às amplas mudanças, estão abertas múltiplas possibilidades históricas”. (MASCARO, 2021, p. 15).

Um futuro distinto apenas será possível se assumirmos, diante do momento atual, a premência de um Sistema de Justiça contra hegemônico⁷⁴ e capaz de fazer parar esse estado suicidário, antes necropolítico. A esperança nessa travessia tormentosa reside na teoria crítica dos direitos humanos.

Porém não é o que se tem visto em terras tocantinenses, onde acompanhamos decisões judiciais contra as medidas restritivas quando ainda não se tem a população vacinada, promotor de justiça pleiteando nulidade de atos do executivo que determinam fechamento do comércio⁷⁵, chancela de violação de direitos humanos das grávidas, parturientes e puérperas, dando espaço para a violência obstétrica, demonstrando como adverte Mascaro (2021, p. 18) que “as reações políticas às crises não salvam *do* capital; salvam *o* capital”.

Em terras tocantinenses, por exemplo, quando o assunto é abertura e fechamento de comércio com vistas a garantir o isolamento social o argumento que prevaleceu, tanto para o não ajuizamento de demandas, como para fundamentação de decisões na impossibilidade de o Judiciário ingerir em decisões administrativas do Poder Executivo, alinha-se com a tese neoliberal de que o sistema produtivo não pode parar⁷⁶. Mais uma vez assumindo uma postura suicidária, o Estado através de diversos agentes, induz a uma falsa dicotomia entre saúde e economia, aparentemente optando por esta, porém conduzindo sua política de forma a tornar perene a situação pandêmica, perdendo vidas e destruindo as pequenas empresas.

74 O campo hegemônico, atrelado ao positivismo jurídico e presente no interesse econômico, reclama reformas no Poder Judiciário que atendam à primazia pela eficiência e agilidade (produtividade) para resguardar a segurança jurídica e o direito à propriedade como pressupostos para manutenção do sistema patriarcal e capitalista. O campo contra-hegemônico, por sua vez, é representado pelos cidadãos que conscientes de seus direitos assegurados constitucionalmente enxergam o sistema de justiça como instrumento importante para suas reivindicações por acesso a direitos e inclusão social. (SANTOS, 2011).

75 <https://conexaoto.com.br/2021/03/12/na-contramao-de-autoridades-da-saude-e-ciencia-promotor-aciona-a-prefeitura-de-palmas-e-defende-tratamento-precoce>

76 “As propensões de Trump e Bolsonaro e dos capitalistas seus áulicos contra quarentenas e a favor da circulação de pessoas e do envio dos pobres aos postos de trabalho são provas de que sequer questões de vida e morte detêm o interesse do capital. Nazismo, fascismos e genocídios não são pontos abomináveis do sistema; são suas margens extremas e possíveis” (MASCARO, 2021, p. 19).

Muitas são as elucubrações sobre futuros possíveis após essa tormentosa travessia. Boaventura aponta três cenários possíveis: a) tudo como antes e pior num capitalismo abissal e estado de exceção securitário; b) pele capitalista com máscara socialista para um novo nekeynesianismo e, c) baseado na sociologia das ausências, propõe o melhor dos mundos: barbárie ou civilização: alternativas ao capitalismo, ao colonialismo e ao patriarcado.

Sem a pretensão de apontar a solução, nos parece mais crível que a esperança resida, de fato, no rompimento com o paradigma colonialista, patriarcal e patrimonialista que nos rege, promovendo uma mudança no circuito dos afetos, como defende Safatle (2019), para um pensar coletivamente, tendo como pilar a solidariedade (2020).

Afinal, como supõe Mascaro, o desespero e o deslocamento das subjetividades podem levar a um atrito só semelhante ao das grandes guerras (2021) e daí, impulsionar algum rompimento concreto.

Para tanto, é necessário que o Sistema de Justiça visualize o neoliberalismo como ideologia que provoca distâncias abissais entre as classes sociais, aprofundando situações de vulnerabilidade e fomentando a cultura da indiferença. (SANTOS, 2011).

Como diz Joaquin Herrera Flores, “nunca poderemos avançar rumo à dignidade sem a existência de condições sociais, econômicas e culturais que possam ser garantidas a todas e a todos” (FLORES, 2009, p. 77), o que por sua vez é improvável à efetividade dos direitos humanos, na lógica neoliberal e globalizada, de forma que o Judiciário, assim entendendo, termina por homologar injustiças sociais e fomentar a necropolítica (MBEMBE, 2018) adotando essa postura de conformação ao sistema, “dócil ao chefe político e insonso às realidades e aflições sociais”. (SILVA, 2018, p. 245).

Nesse sentido, nos parece fundamental que haja investimento em educação em direitos humanos e fortalecimento dos movimentos sociais progressistas assim como, que instituições como a Defensoria Pública apropriem-se do seu papel constitucional contra hegemônico, para fortalecer as lutas sociais e tensionar a mudança de postura dentro do Sistema de Justiça de forma a possibilitar o acesso aos direitos sociais, fortalecendo a resistência contra as políticas de morte, em favor de um novo modelo de Estado.

Referências Bibliográficas

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e constituição do novo modelo.** São Paulo: Saraiva, 2010

BRASIL, Agência. 2018. **Brasil perdeu mais de 40 mil leitos no SUS nos últimos dez anos.** Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-10/brasil-perdeu-mais-de-40-mil-leitos-do-susnos-ultimos-dez-anos>. Acesso em 02 04 2021.

BRASIL. CNJ. Conselho Nacional de Justiça; INSPER; Instituto de Ensino e Pesquisa. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução.** Brasília;

2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/66361404dd5ceaf8c-5f7049223bdc709.pdf> Acesso em 05/04/2021

CHOMSKY, N. *Internacionalismo ou extinção: reflexões sobre as grandes ameaças à existência humana com prefácio sobre o coronavírus*. São Paulo: Planeta, 2020

COSTA, F. D. F. C. As representações sociais de Direitos Humanos na magistratura tocantinense. **Dissertação**: Mestre em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos, UFT/ESMAT, 2020. Disponível em: <https://repositorio.uft.edu.br/handle/11612/2174>

FERRAZ, O. L. M. Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. **Revista Direito GV**. V 15, nº. 03, São Paulo, 2019, Epub. Nov 14, 2019

FLORES, J. H. *A (re)invenção dos Direitos Humanos*. Trad. Carlos R. D. Garcia et al. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.

FUNCIA, F. Nota de esclarecimento a respeito do cálculo das perdas decorrentes do início da vigência da nova regra da Emenda Constitucional nº. 86/2015 para calcular a aplicação mínima da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde. Disponível em: http://idisa.org.br/site/documento_13168_0_2015---domingueira-004-2015.html Acesso em 30/04/2021.

IENSUE, G.; CARVALHO, L. C. Estado, Mercado e Direitos Humanos Fundamentais: um convite à reflexão da legitimidade a partir da política sobre a economia. **Revista de Direito Brasileira**. São Paulo, SP. V. 18, nº. 7, p. 63-81, set/dez 2017.

MASCARO, A. *Crise e pandemia*. São Paulo: Boitempo, 2021.

MBEMBE, A. *Necropolítica*. São Paulo: N-1 edições, 2018.

MENEZES, A. P. R. et al. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro. V. 43, nº. Especial 5, p. 58-70, dez. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde. 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em 05 04 2021.

OLIVEIRA, A. L. História da Saúde Pública no Brasil: *dos primórdios ao surgimento do SUS*. 2012. Disponível em <https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/view/198/189> Acesso em 28 03 2021.

PINTO, E. G et al. O financiamento da saúde na Constituição de 1988: um estudo em busca da efetividade do direito fundamental por meio da equalização federativa do dever do seu custeio mínimo. **A&C – Revista de Direito Administrativo & Constitucional**. Belo Horizonte. Ano 16, n°. 66, p. 209-237, out./dez. 2016.

SAFATLE, V. *Bem-vindo ao estado suicidário*. N1, 2019.

_____. *O circuito dos afetos: corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo*. Belo Horizonte/MG: Autêntica, 2020.

SANT'ANA, R. N. Atuação da Defensoria Pública para a garantia do direito à saúde: a judicialização como instrumento de acesso à saúde. **Rev. Bras. Polít. Públicas**. Brasília. V. 8, n°. 3, p. 194-211, 2018.

SANTOS, B. S. *Os processos da globalização: a globalização e as Ciências Sociais*. 2 ed. São Paulo, Cortez, 2002.

_____. *Para uma revolução democrática da justiça*. 3 ed. São Paulo. Cortez, 2011.

SILVA, D. F. *De guardião a vilão: a contribuição poder judiciário no desmonte da democracia no Brasil*. Florianópolis: EMais, 2018.

SOUSA NETO, C. P; SARMENTO, D. *Direito constitucional: teoria, história e métodos de trabalho*. 1. ed. Belo Horizonte/MG: Fórum, 2012.

SPYER, T.; LEROY, H.; NAME, L. Z. P. A opção decolonial como um lugar-outra de pensamento. Trad. Bruno M. Oliveira. **Epistemologias do Sul**. V. 3, n°. 2, p. 44-56, 2019.

A RESTRIÇÃO DO DIREITO AO ACOMPANHANTE ÀS PARTURIENTES, DURANTE E APÓS O PARTO, NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE PALMAS/TO EM MEIO À PANDEMIA DA COVID-19

MARQUES, Vinicius Pinheiro⁷⁷
ARAÚJO, Leticia Dayanne Coelho⁷⁸

Introdução

A pandemia do Covid-19 gerou grandes mudanças na vida da sociedade mundial. Com a rápida disseminação do coronavírus, entidades mundiais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), rapidamente estabeleceram precauções que deveriam ser seguidas, de forma geral, por todos os países. Os Poderes Públicos de todas as nações elaboraram medidas de segurança e enfrentamento à doença, tendo em vista a excessiva quantidade de pessoas que vieram a óbito em todos os continentes. Entretanto, como a gravidade da pandemia é diferente em cada local, no Brasil coube a cada ente da federação estabelecer as restrições e providências locais a serem adotadas.

No Tocantins, por exemplo, pelo Decreto nº. 6072, de 21 de março de 2020, foi declarado o estado de calamidade quando o primeiro caso de Covid-19 foi comprovado e, desde então, o ente estadual e entes municipais do território tocantinense publicaram decretos, recomendações, leis, entre outros, instituindo regras de segurança para toda a população. Dentre as medidas de enfrentamento à doença, foi restringida a presença de acompanhantes as parturientes antes, durante e após o trabalho de parto. A restrição foi feita por meio de Memorando Circular emitido pela Secretaria Estadual de Saúde e, logo após, justificada em Nota de Esclarecimento pelo Hospital e Maternidade Dona Regina, em Palmas-TO, pela falta de recursos do governo

77 Doutor em Direito (PUC-Minas). Professor no Programa de Pós-Graduação em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos (UFT/Esmat). Professor Adjunto do Curso de Direito da Universidade Federal do Tocantins (UFT) e do Centro Universitário Católica do Tocantins (UniCatólica). Integrante do Grupo de Pesquisa em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos. *E-mail*: viniciusmarques@uft.edu.br

78 Graduada do Curso de Direito na Centro Universitário Católica do Tocantins (UniCatólica). Membro do Grupo de Pesquisa em Direitos Humanos da UniCatólica/TO. *E-mail*: leticia.coelho@a.catolica-to.edu.br

em fornecer um ambiente seguro para todas as mães, recém-nascidos, acompanhantes e equipe médica do hospital.

Apesar de todos os fundamentos apresentados, o direito ao acompanhante no parto é anterior e legalmente garantido a todas as parturientes atendidas pela rede pública de saúde, pela Lei nº. 11.108/2005, e reafirmado por diversas outras leis, portarias, recomendações nacionais e internacionais. Essa garantia foi estabelecida, principalmente, para proteger a dignidade e a vida das grávidas no momento do parto.

Discordando da restrição, algumas parturientes optaram por levar essa demanda ao Poder Judiciário. Diante da celeuma jurídica gerada pela restrição supramencionada, este capítulo objetiva refletir sobre os fundamentos das decisões dos hospitais públicos de Palmas-TO e Poder Judiciário, acerca da restrição do direito ao acompanhante às parturientes durante e após o trabalho de parto, em meio à pandemia do Covid-19.

Para tanto, utilizou-se o método dedutivo para estabelecer a conexão entre as premissas e a conclusão, com foco na abordagem qualitativa, procurando descrever um problema social à guisa de entendimento jurídico, além da análise documental como instrumento de pesquisa para verificar os processos judiciais protocolados na Vara de Saúde e Execuções Fiscais de Palmas-TO, seguindo o método indutivo para a análise dessas demandas judiciais. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, na medida em que aprofunda o debate acerca de um problema emergente que ainda carece de literatura científica específica.

Estando o problema e a metodologia definidos, na primeira seção foram apresentadas as normas pré-existentes acerca do direito ao acompanhante às parturientes em todo o período de parto. Na segunda seção foram expostas as justificativas divulgadas pelo Hospital e Maternidade Dona Regina, explicitando a restrição imposta pela Secretaria Estadual de Saúde. A terceira e última seção consistiu na identificação e análise dos processos judiciais protocolados em Palmas-TO, com intuito de trazer à tona o entendimento jurídico, no âmbito do Poder Judiciário estadual, acerca do problema em comento.

1. O direito de acompanhante de parto às parturientes

Durante todo o período gestacional, parto e puerpério, a presença de um acompanhante à mulher é uma prática que deve se mostrar cada vez mais presente pelos benefícios que podem ser gerados. A gestação causa mudanças físicas e, principalmente, psicológicas à grávida/mãe. O trabalho de parto é um momento extremamente delicado para a mulher e o tratamento fornecido pode interferir, positiva ou negativamente no parto e pós-parto. Nessa perspectiva, Organização Mundial de Saúde (OMS) há muito tempo reconheceu a importância do acompanhante às parturientes, visto que este traz uma maior segurança às grávidas e, conseqüentemente, o trabalho de parto se torna humanizado, evita a agressividade, o uso excessivo de medicamentos e as práticas rígidas.

Por acompanhante de parto não se entende a equipe médica, mas sim uma terceira pessoa, aquela escolhida livremente pela parturiente, considerando a relação de confiança existente entre ela e tal pessoa. Podem fazer o papel de acompanhante o esposo ou companheiro, o pai do bebê,

a mãe da gestante, uma amiga, uma doula, dentre diversas outras possibilidades, isto é, qualquer pessoa que faça com que a parturiente se sinta mais invulnerável naquele momento.

A própria OMS reconheceu a indispensabilidade de um acompanhante de parto às parturientes durante o trabalho de parto em Recomendação específica sobre tratamentos que deveriam ser dispensados às parturientes, mães e bebês, publicada em 2018 (Recomendações da OMS - Cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva).

De acordo com este documento, um acompanhante de escolha é recomendado para todas as mulheres durante o trabalho de parto e parto. Várias justificativas foram apresentadas para fundamentar tal recomendação, dentre elas as comprovações de que, nos casos em que a parturiente é acompanhada, o ambiente se torna mais seguro e facilita o parto, tendo em vista que o acompanhante está ali para fornecer apoio emocional para a mulher, diminuindo as chances de abalo psicológico e depressão pós-parto. Também ficou evidenciado que o índice de parto normal é elevado, sendo este consideravelmente menos invasivo que o parto cesáreo; há também uma diminuição no uso de medicamentos para dor, como anestésicos; e a duração do trabalho de parto é significativamente menor. Ademais, menores interferências na amamentação no pós-parto foram observados nos casos em que a parturiente foi acompanhada por alguém de sua livre escolha.

No Brasil, com as altas taxas de mortalidade materna e infantil, consideradas como um problema de saúde pública, foi emitido ainda em 2004 o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Nesse documento foi apresentada medidas para reduzir a mortalidade, ao mesmo tempo em que mostrava a desigualdade social e a violação dos Direitos Humanos das mulheres e crianças.

A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas se configuram como uma violação dos Direitos Humanos de Mulheres e Crianças e um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras com maior prevalência entre mulheres e crianças das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais. Entendendo que o enfrentamento da problemática da morte materna e neonatal implica no envolvimento de diferentes atores sociais, de forma a garantir que as políticas nacionais sejam, de fato, executadas e respondam às reais necessidades locais da população, o Ministério da Saúde propôs a adoção deste Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal. (BRASIL, 2004).

Ao final do documento, comprovações das taxas de mortalidade e verificação da necessidade de se adotar medidas que visem a redução dos óbitos foram apresentadas como Ações Estratégicas em consonância com a oferta de um atendimento humanizado pela rede de serviços de saúde. Dentre as diversas ações estabelecidas está o direito a acompanhante e ao alojamento conjunto: “Assegurar o direito ao acompanhante participante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e o alojamento conjunto, inclusive nos serviços privados e que seja de livre escolha da usuária” (BRASIL, 2004). Tal medida orienta que quando a mulher está acompanhada de alguém de sua confiança há uma melhora tanto no processo do parto em si, quanto no tratamento dado pela equipe à mulher, ajudando a combater a violência obstétrica:

[...] constatou-se que a maior parte das mulheres relatou a presença de um acompanhante em algum momento do parto e que essa presença foi relacionada

a menores índices de violência verbal, psicológica ou física, menor tempo de espera no atendimento, maior respeito por parte dos profissionais, maior privacidade no processo parturitivo, maior clareza nas explicações, maior tempo para fazer perguntas, maior participação nas decisões, culminando em maior satisfação com o atendimento ao parto. (HOLANDA et al, p. 6-7, 2018).

A oferta do parto humanizado às parturientes tem sido reiterada no ordenamento jurídico brasileiro. Verifica-se um reconhecimento por parte do Estado acerca da imprescindibilidade de práticas humanizadas em toda a gravidez e pós-parto, objetivando fornecer uma experiência de parto não violenta para a mulher e, conseqüentemente, proteção à sua dignidade e à vida. A Lei nº. 11.108/2005, Lei do Acompanhante, trata especificamente sobre os acompanhantes de parto em hospitais públicos:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. § 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (BRASIL, 2005).

A lei supracitada disserta apenas sobre acompanhantes nos serviços médicos prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), isto é, da rede pública. Contudo, de forma ampla e genérica, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº. 8.069/1990), apresentou, à mesma época, interesse em garantir um tratamento adequado às grávidas com vistas na proteção da criança:

Art. 8º. É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 1990).

Em 2005, um ano após a publicação do Pacto Nacional pela Redução de Mortalidade Materna, considerando a indispensabilidade de adoção de medidas concretas para a melhoria no atendimento prestado às gestantes e parturientes, devido à alta taxa de mortalidade materna, que é um problema de saúde pública, foi publicada a Portaria nº. 1.067/2005 pelo Ministério da Saúde, que instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal: “Art. 2º - Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação da Política de Atenção Obstétrica e Neonatal: VIII - toda gestante tem o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato de acordo com a Lei nº. 11.108/05” (BRASIL, 2005).

Em junho de 2008, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução de nº. 36, dispondo sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, reiterando a necessidade de acompanhante de parto e estabelecendo diversas garantias e tratamentos que devem ser disponibilizados tanto às parturientes e recém-nascidos, quanto aos acompanhantes. No caso, violar o estabelecido pela Resolução da Anvisa é, claramente, uma violação sanitária.

Sete anos após proferido o Pacto Nacional de Mortalidade Materna, isto é, em 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº. 1.459, pois a taxa de mortalidade materna e neonatal ainda era alta àquela época, reafirmando, então, algumas normas já existentes, e instituindo outras. Esta portaria criou a Rede Cegonha no âmbito do SUS, isto é, uma rede de cuidados

que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável, conforme seu artigo 1º. Mais uma vez, a Portaria se preocupou em reiterar a indispensabilidade do acompanhante de parto como direito de todas as mulheres.

Em 2015, o Ministério da Saúde promulgou a Portaria nº. 11, constituindo as diretrizes para a implantação e habilitação do Centro de Parto Normal (CPN) na rede pública de saúde. Além de reiterar o direito ao acompanhante de parto às parturientes, esta norma também determinou o seguinte:

Art. 2º Para efeito desta Portaria, considera-se: VI - quarto pré-parto, parto e puerpério (PPP): espaço destinado ao pré-parto, parto e puerpério, privativo para cada mulher e seu acompanhante, onde a atenção aos períodos clínicos do parto e do nascimento ocorre no mesmo ambiente, da internação à alta, com ambiência adequada à Resolução - RDC nº. 36/ANVISA [...]. (BRASIL, 2015).

A portaria estabeleceu o direito a um espaço destinado ao pré-parto, parto e puerpério, privativo para cada mulher e seu acompanhante, uma garantia que corrobora para o parto humanizado. Em âmbito estadual, no Tocantins, foram publicadas a Lei Estadual nº. 3113/2016, apontando a obrigatoriedade do direito de dispor de acompanhante de livre escolha da gestante, em seu artigo 2º, e a Lei Estadual nº. 3385/2018, ao dispor sobre a implementação de medidas de informação e proteção às gestantes e parturientes e também da violência obstétrica, uma realidade ainda comum que acomete a mulheres no Brasil. A Lei Estadual nº. 3385/2018 aduz o seguinte: “Art. 3º. Para efeitos da presente Lei, considerar-se-á ofensa verbal ou física, entre outras, as seguintes condutas: IX - impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;” (TOCANTINS, 2018). Considerando todas as normativas, resta indubitável que o Poder Público garantiu e reafirmou, por diversas vezes, o direito ao acompanhante de parto às parturientes em atendimentos ofertados pela rede pública de saúde, bem como o parto humanizado e seguro às mulheres, resguardando a dignidade da pessoa humana.

Frente a pandemia do Covid-19, uma realidade emergente que colocou a humanidade frente a uma crise sanitária sem precedentes, foram publicadas Recomendações pela OMS e Ministério da Saúde (MS) com orientações para que o direito ao acompanhante continuasse a ser garantido, mesmo nesse momento pandêmico, inclusive às mulheres contaminadas pelo vírus durante e após o parto, devendo-se seguir todas as regras e medidas de segurança e saúde. A Nota Técnica nº. 9/2020-COSMU/CG CIVIL/DAPES/SAS/MS apresenta as orientações.

Todavia, ainda assim o direito ao acompanhante de parto foi restringido nos hospitais públicos da rede estadual tocantinense, a partir do Memorando Circular nº. 44/2020, emitido pela Secretaria Estadual de Saúde e motivado pelo estado de calamidade pública causado pelo Covid-19.

2. A Covid-19 e a fundamentação técnica da Maternidade Dona Regina, em Palmas-TO, acerca da restrição do acompanhante às parturientes

O direito ao acompanhante de parto à livre escolha da parturiente era devidamente garantido no hospital público estadual e Maternidade Dona Regina (HMDR), em Palmas-TO. Contudo, a pandemia da Covid-19 mudou essa realidade. O Ministério da Saúde a doença da seguinte forma:

A Covid-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com Covid-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), e aproximadamente 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório. (BRASIL, 2021).

Diante da situação e da rápida disseminação da doença em todos os continentes, com milhares de casos confirmados e óbitos, a OMS declarou, em março de 2020, apenas 3 (três) meses após a confirmação do primeiro caso de infecção, a pandemia pela Covid-19. Os países foram orientados a criar medidas de segurança e proteção à saúde. Cada país deveria estabelecer suas próprias medidas de segurança, de acordo com a situação da saúde pública e aumento da contaminação em decorrência do coronavírus, considerando as medidas de contenção da doença, com orientações genéricas como o uso de máscaras, álcool e distanciamento social. No Brasil, foi reconhecida a competência da União, Estados, Distrito Federal e Municípios para elaborar medidas e planos de controle à pandemia da Covid-19. Essa competência foi reforçada por medida cautelar em autos da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n°. 6.341 pelo Supremo Tribunal Federal (STF), com relatoria do Ministro Marco Aurélio Melo: “a atribuição de cada esfera de governo para disciplinar ações de saúde no respectivo território, para enfrentamento da calamidade sanitária, considerados os interesses regionais e locais” (BRASIL, STF, 2020).

Coube principalmente aos Estados e Municípios determinar as medidas necessárias para o controle e diminuição do contágio da doença, tendo em vista que em cada Estado e Município, a gravidade e o número de casos por infecção e óbito variam. No Estado do Tocantins e Município de Palmas, por exemplo, diversos decretos estaduais e municipais foram publicados no decorrer dos anos de 2020 e 2021 (até o momento), com medidas instituídas, principalmente, considerando o número de casos confirmados e critérios objetivos para atendimentos nos estabelecimentos públicos de saúde.

As medidas estipuladas nos decretos estaduais e municipais tratavam, essencialmente, sobre restrições ou não funcionamento de determinados estabelecimentos comerciais e instituições públicas e privadas, distanciamento social, cuidados a serem adotados para a manutenção dos serviços essenciais e pela sociedade geral. No entanto, num primeiro momento, não foi mencionado nos decretos qualquer restrição acerca do acompanhante de parto às parturientes nos hospitais da rede pública de saúde.

Ainda assim, o Hospital e Maternidade Dona Regina, referência em maternidade e neonatologia no Tocantins, emitiu uma Nota de Esclarecimento restringindo os acompanhantes de parto no HMDR durante a pandemia da Covid-19. O documento traz esclarecimentos acerca das motivações dos técnicos da Secretaria do Estado da Saúde (SES-TO), orientados pelo Gabinete de Crise Estadual, que levaram os hospitais públicos de Palmas-TO (e todos os outros hospitais da rede estadual de saúde, totalizando 18 nosocômios) a optar pela proibição dos acompanhantes às parturientes. Foi informado que devido ao momento pandêmico, atípico da saúde mundial, medidas extremas são necessárias para garantir a segurança de pacientes e servidores. Notadamente, para garantir a segurança social, os entes federativos têm autonomia para adaptarem a Recomendação conforme as condições de enfrentamento momentâneas e linha do tempo de doenças em cada um destes.

Mesmo com a realização de triagem aos acompanhantes de parto, conforme Recomendação do Ministério Público da saúde, não há qualquer garantia que a pessoa escolhida não esteja contaminada, tendo em vista a possibilidade de serem assintomáticos, falso negativo ou até mesmo sentir sintomas dias após a contaminação. Hoje, o HMDR encontra-se em sua capacidade máxima de Taxa de Ocupação Hospitalar permanentemente, sendo que esta casa de saúde é a única referência em maternidade pública do Município de Palmas-TO. Devido ao grande número de pessoas e espaço físico reduzido do estabelecimento para abrigar mães, recém-nascidos, acompanhantes e equipe multiprofissional num só quarto, a possibilidade de contaminação aumenta. Se consideradas todas essas pessoas, pode chegar à quantidade de 25 pessoas ao mesmo tempo num só quarto, utilizando o mesmo banheiro, os mesmos equipamentos e mobílias, alimentando-se no mesmo espaço, transitando pelos corredores, além de saírem das dependências dos hospitais e até mesmo com possibilidade de troca de acompanhantes. Tudo isso aumenta o risco de contágio e alastramento da doença.

Ainda que a parturiente não tenha a presença do acompanhante durante e após o trabalho de parto, no HMDR é feito acompanhamento por uma equipe composta por obstetras, pediatras, fisioterapeutas, enfermeiros obstetras, enfermeiros generalistas, técnicos de enfermagem e psicólogos, isto é, uma completa equipe multiprofissional para atender às parturientes conforme a necessidade específica de cada uma. Outrossim, o número de profissionais da saúde acometidos pela Covid-19, no Brasil, é alarmante; quanto mais profissionais da saúde testam positivo para a infecção, menos estão disponíveis para prestar atendimento à sociedade.

Caso o espaço físico dos hospitais públicos permitisse, a entrada e permanência dos acompanhantes teria que seguir os protocolos, como o uso constante dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), que deveriam ser fornecidos pelo hospital. Todavia, a maioria das pacientes e acompanhantes nos hospitais se nega a usar as máscaras na casa de saúde por 24h. Já os recém-nascidos não podem usar máscaras, ficando mais expostos. Caso as máscaras fossem fornecidas a todas as pessoas dentro dos hospitais da rede pública seriam necessárias mais de 40.000 (quarenta mil) máscaras por mês apenas no HMDR. Esse número aumentaria de forma exorbitante (seriam gastos, em média, R\$ 116.000,00 mensais apenas no HMDR, devendo o valor ser multiplicado para fornecimentos aos outros dezoito hospitais da rede pública. Sabe-se que a verba estadual SUS/COVID é limitada, e vem sendo devidamente usada para garantir tratamento aos pacientes infectados pela Covid-19, como a aquisição de equipamentos, contratações de servidores, medicamentos, insumos, etc.

O HMDR é um Hospital de Porte 3, de alta complexidade, com uma maternidade de atendimentos a gestantes graves de alto risco, além de recém-nascidos gravíssimos e prematuros. Por isso, todas as medidas necessárias para garantir a saúde e vida devem ser tomadas. Comprovado está que gestantes e puérperas têm a imunidade rebaixada; recém-nascidos nascem com pouquíssima imunidade, portanto, estes pacientes devem ser protegidos ao máximo.

No entanto, a restrição não é feita em 100% dos casos, visto que são permitidos acompanhantes para pacientes menores de idade, com capacidade física, mental ou emocional, tais como gemelares, prematuridade extrema, fetos muito graves, pacientes com comorbidades que podem descompensar durante ou após o parto, entre outros, garantido a dignidade de todos os pacientes atendidos pela rede pública de saúde.

Por último, foi afirmado que ao Estado é imposta a responsabilidade e dever de garantir, dentre outros, a segurança de pacientes, nascituros e profissionais, bem como garantir o direito à vida e, em que pese existir legislação sobre acompanhantes, neste momento atípico, cabe à autoridade sanitária garantir a segurança e ordem necessárias.

Assim, com base em toda a fundamentação e considerações, a garantia ao acompanhante às parturientes nos hospitais da rede pública de saúde, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, (pré)instituída por leis estaduais e federais, portarias e outras normativas, encontra-se violada, sob a justificativa de salvaguardar a saúde e a vida da própria parturiente, do recém-nascido e da equipe médica atuante nos hospitais.

Essa restrição e violação ao direito já consolidado é excepcional e só foi imposta devido ao estado de calamidade pública enfrentado pela sociedade, com vistas na proteção a todos os cidadãos. Diversas mudanças de comportamento foram e estão sendo motivadas pela pandemia da Covid-19, bem como diversos direitos foram restringidos visando um bem maior: a vida das pessoas.

Sendo assim, o Poder Público se encontra diante de um dilema. Um conflito entre direitos essenciais e constitucionais, que garantem a dignidade da pessoa humana, e as restrições que a nova realidade de crise sanitária vem exigindo. Assim, coube ao governo decidir quais direitos e garantias deveriam prevalecer sobre outros, para proteger a saúde e o direito coletivo.

3. Judicialização da saúde: acompanhante às parturientes nos hospitais públicos de Palmas/TO

A judicialização da saúde sempre foi um tema corrente e muito debatido por todos os cidadãos brasileiros e órgãos do Poder Público que estão diretamente ligados à efetivação do direito constitucional, embora as discussões ainda apresentem entendimentos completamente divergentes. Em sua maioria, a discordância sobre a judicialização se fundamenta no choque entre dois princípios constitucionais: a dignidade da pessoa humana (o direito à saúde, conforma as normas vigentes) *versus* a reserva do financeiramente possível.

Não há discussões acerca da concepção de que é dever do Estado - União, Estados, Distrito Federal e Municípios – fornecer o tratamento médico, seja de atenção básica ou especializada aos indivíduos. No entanto, há uma divergência de posições e entendimentos quanto às limita-

ções que esse direito pode sofrer pelas limitações financeiras dos entes federativos. Diz-se que as necessidades dos cidadãos são ilimitadas, mas os recursos que o Poder Público dispõe para saná-las, não.

Com a pandemia e o alto número de pessoas infectadas pelo coronavírus, o direito de acompanhante às parturientes foi restringido no Estado do Tocantins. Na capital, o hospital público responsável por atendimentos obstétricos e neonatais é o HMDR, e conforme a Nota de Esclarecimento emitida pelo hospital, devido ao pequeno espaço físico e as limitações de verba disponibilizada à saúde para enfrentar a alta demanda nos atendimentos, não há possibilidade e nem condições de manter a segurança dos pacientes nesses ambientes, em caso de abertura para acompanhante e trânsito livre nos espaços.

Vale ressaltar que essa realidade não surgiu com a pandemia, pois os tratamentos de saúde ofertados pela rede pública, no Brasil, apresentam diversos problemas por exemplo, com quartos hospitalares suportando até 5 (cinco) pacientes, sendo que ainda em 2015, cerca de quatro anos antes do início da pandemia, foi emitida a Portaria nº. 11, pelo Ministério da Saúde, garantindo o direito ao quarto individual nas maternidades públicas. Contudo, tais normas nunca chegaram a ser, de fato, colocadas em prática.

Após a restrição do direito ao acompanhante de parto, nesse momento pandêmico, na rede pública de saúde, especialmente no HMDR, muitas grávidas, motivadas pelo medo de dar à luz sem a presença de um acompanhante de sua confiança, ao descobrirem que não seriam acompanhadas por este, decidiram judicializar essa demanda para que seus direitos fossem garantidos pelo Poder Judiciário.

Indubitável é que a saúde, proteção à maternidade e à infância é um direito social. Conforme a Constituição Federal, todo cidadão brasileiro e até mesmo estrangeiros têm direito a cuidados médicos. Cabe ao Poder Legislativo, Executivo e Judiciário legislar, concretizar e fiscalizar essa demanda, conforme o disposto abstrata e genericamente na Carta Magna.

Até o início da pandemia, não havia qualquer discordância entre esses dois direitos sociais – a saúde coletiva e a proteção à maternidade/infância -, pois são direitos que caminham lado a lado. Com a rápida disseminação da doença, esses direitos entraram em choque, cabendo ao Poder Judiciário definir a ordem de prevalência entre essas garantias. Diversas ações individuais foram protocoladas no Estado do Tocantins, ao Juízo da Vara de Execuções Fiscais e Saúde de Palmas. Em sua esmagadora maioria, o direito ao acompanhante às parturientes não foi concedido, sob a justificativa de que o direito público/coletivo à saúde deve ser priorizado em relação ao direito de acompanhante das grávidas:

A situação excepcional exige que se respeite as recomendações médicas no presente momento, sob pena de agravamento do quadro de pandemia. A presença de acompanhantes no hospital pode trazer sérios riscos ao acompanhante, ao paciente e a todos os profissionais da área da saúde envolvidos no tratamento dos doentes, além de possibilitar a disseminação da doença, pois o acompanhante não ficará internado. [...] Nessa linha, cabe ao Judiciário frente a demandas como esta sopesar a aplicação dos princípios constitucionais, adotando, em cada caso concreto, aquilo que parece ser a melhor solução para o problema atual do Covid-19, com vistas à preservação dos direitos fundamentais, mas sem olvidar das determinações das autoridades sanitárias de isolamento social,

eis que a situação excepcional exige que se respeite as recomendações médicas no presente momento, sob pena de agravar ainda mais o quadro de pandemia. Diante disto, entendo que na situação caótica vivenciada pelo mundo, em razão da pandemia do coronavírus, justifica a prevalência da proteção à coletividade, impossibilitando por enquanto o direito individual de a paciente obter assistência de acompanhante, salvo nos casos em que houver determinação médica quanto à indispensabilidade da presença do mesmo. (Processo nº. 0021220-90.2020.8.27.2729, e-Proc/TO, 2021).

Os magistrados palmenses entenderam que a permissão do acompanhante às parturientes na rede pública de Palmas-TO poderia alastrar ainda mais o vírus e colocar em risco a própria parturiente, o recém-nascido e os profissionais da equipe de saúde dos hospitais. Este foi o entendimento tanto em 1ª quanto em 2ª instância. Desse modo, foi determinado pelo Poder Executivo e ratificado pelo Poder Judiciário que a restrição continuará a valer enquanto verificada como vantajosa para a sociedade, isto é, enquanto a pandemia estiver fora de controle, precisando-se de medidas extremas para proteção social.

Os pareceres emitidos pelo Ministério Público, em massa, seguiram o entendimento judicial. Dentre os processos analisados, tal entendimento apenas foi divergente em um parecer de uma ação individual. Nessa peça em específico, o órgão constatou que apesar do estado de pandemia mundial e a situação alarmante da saúde pública brasileira, o direito ao acompanhamento por alguém a livre escolha da parturiente, não deveria ser restringido nos hospitais de rede pública (HMDR), pois isso se caracterizaria a violação da dignidade da gestante. Conforme o órgão de cúpula ministerial:

Apesar de nenhum direito ser absoluto, a situação peculiar não pode servir de guarida para que pessoas sejam postas em episódios de constrangimento, medo e desamparo. A verdade é que não se pode negar um direito reconhecido em lei federal por ‘suposta’ falta de estrutura hospitalar” e que a presença de acompanhante durante o parto, seja ele natural ou cesáreo, não pode ficar a critério do médico ou do hospital, pois se trata de um direito da parturiente e de seu acompanhante. Compreende-se que em situações calamitosas, a interpretação das garantias outrora concedidas deve sim se ater às medidas necessárias ao interesse público, ainda que para isso haja restrições anteriormente inexistentes, o que nem sempre pode ser tido como desproporcional ou desarrazoado. (Processo nº. 0005725-93.2020.8.27.2700, e-Proc/TO, 2020).

Para fundamentar este parecer, o Ministério Público estadual se utilizou de decisões judiciais do Estado do Amazonas e do Paraná, que conforme disposto, entendiam que o direito ao acompanhante, por fazer parte do direito constitucional da proteção à maternidade e infância e assegurar, em parte, a dignidade das gestantes, também aumenta as chances de um parto humanizado, sendo este tão defendido pela Portaria do Ministério da Saúde nº. 1.459, de 24 de junho de 2011.

Em abril/2020, frente à situação e ao conflito de interesses e direitos sociais, a Defensoria Pública do Estado do Tocantins, regional do Município de Palmas, ajuizou ação civil coletiva, pleiteando o direito ao acompanhante às parturientes nos hospitais da rede pública de saúde. A supracitada petição foi motivada pelos seguintes fundamentos e informações: o Memorando Circular nº. 44/2020/SES/SESUP, responsável pela restrição ao acompanhante às grávidas, viola

um direito essencial das Mulheres, indo contra às recomendações do Ministério da Saúde e até mesmo OMS, em momento pandêmico. Não há proporcionalidade na medida restritiva, que se baseia em falta de fundo econômico para negar um direito humano fundamental.

O acompanhante de parto e pós-parto não se caracteriza como visita, e tem um papel fundamental para a parturiente (apoio emocional, assegura um tratamento digno, sem violências obstétricas; ajuda a cuidar do recém-nascido, etc.), concluindo-se então que é razoável e plausível proibir as visitas hospitalares, mas não o acompanhante.

Conforme a Resolução nº. 36/2008, todos os hospitais e maternidades do Brasil deveriam disponibilizar equipamentos de proteção individual aos pacientes e acompanhantes, mesmo antes da pandemia. A impossibilidade de fornecer orientações e EPIs não justifica a extirpação de uma política pública de saúde, um direito subjetivo da parturiente e uma proteção ao neonato. Tanto a parturiente quanto o acompanhante podem/devem ser submetidos a todos os cuidados prévios e/ou contínuos de assepsia e esterilização.

De acordo com a Organização das Nações Unidas, experiências com doenças recentes mostraram que esses surtos desviam recursos dos serviços que as mulheres precisam, comprovando não ser a primeira vez que restrições são impostas à direitos consolidados das gestantes. Com experiências anteriores, o governo deveria estar preparado para enfrentar a disseminação de doenças sem violar direitos fundamentais. Por isso, a OMS emitiu orientações, ainda no início da pandemia da Covid-19, pois mesmo consolidados, os direitos de assistência ao parto são frequentemente violados.

Durante a pandemia da Covid-19, medidas restritivas devem ser tomadas, visando a saúde pública. Entretanto, deve haver limite a essas restrições, principalmente quando se tratam de direitos constitucionais e fundamentais à dignidade da pessoa. O acompanhante de parto deve ser garantido, inclusive às parturientes que testarem positivo para a Covid-19, pois esse significa tanto o aumento da fiscalização e inibição de práticas de violência obstétrica, quanto o apoio contínuo ao trabalho de parto e pós-parto, que “tem benefícios clinicamente significativos para as mulheres e crianças”.

Um Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), encerrada em 2001, apontou um índice alarmante de mortalidade materna no Brasil, além de concluir que 98% (noventa e oito por cento) das mortes eram evitáveis. Ademais, o estudo Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado, realizado pelo SESC e a Fundação Perseu Abramo em 2010, indica que uma em cada quatro mulheres é vítima de violência obstétrica no Brasil. Portanto, até em momentos excepcionais como o da pandemia, o direito ao acompanhante de parto deve ser assegurado.

A ação foi protocolada com pedido de liminar, e após manifestação do Ministério Público e do requerido Estado do Tocantins, teve o pedido de autorização à presença do acompanhante de parto às parturientes nos hospitais da rede pública de Palmas/TO e outros municípios tocan-tinenses liminarmente indeferidos. Esse processo tramita em julgamento há 1 (um) ano, ainda sem decisão judicial definitiva (trânsito em julgado).

Considerações Finais

Ao proibir a entrada e a permanência dos acompanhantes de parto às parturientes, os hospitais da rede pública estadual no Município de Palmas/TO entraram em conflito com princípios constitucionais e outras normativas que respaldam as mulheres em situação de parto. A tônica do debate girou entorno da dignidade da pessoa humana (o direito à saúde) *versus* a reserva do financeiramente possível, sendo que este já existe há muito tempo, antes da pandemia da Covid-19.

A judicialização da saúde, tema ainda muito discutido, tanto pelos poderes públicos quanto pela sociedade, baseia-se, em grande parte, pelo choque entre os dois princípios supracitados. As necessidades humanas relacionadas à saúde são, de certa forma, infundáveis, mas os recursos dos cofres públicos não são.

Ao restringir os acompanhantes às parturientes, o Poder Executivo do Estado do Tocantins, no município de Palmas (Hospital e Maternidade Dona Regina), apesar de apresentar diversas justificativas para o feito, deixa evidente que o maior problema da saúde pública e grande motivo da restrição é uma dita “falta” de recursos financeiros para possibilitar a presença do acompanhante.

Se observarmos a Portaria n°. 11, publicada em 2015, pelo Ministério da Saúde, percebe-se que os hospitais/maternidades da rede pública de todo o território brasileiro, deveriam disponibilizar às suas pacientes grávidas, quarto individual para si, seu bebê e acompanhante. Caso essa fosse a realidade brasileira e os hospitais públicos ofertassem atendimento conforme o predisposto nas diversas normativas existentes, não haveria que se falar em superlotação dos quartos hospitalares e alto risco de disseminação da Covid-19.

Os pedidos de acompanhante de parto que foram judicializados no município de Palmas, em sua maioria, foram indeferidos pelo Poder Judiciário, sob a justificativa de proteção à saúde coletiva. Um direito que salvaguarda a dignidade da mulher grávida foi restringido devido a insuficiência financeira dos entes federativos em momento pandêmico, por não conseguirem assegurar as condições necessárias para presença do acompanhante à parturiente.

Mesmo com a situação global de calamidade pública, diversas entidades nacionais e internacionais recomendaram que o direito ao acompanhante fosse mantido. Tal recomendação é acertadamente fundada em comprovações de violências obstétricas, abalos psicológicos, e até mesmo óbitos, aos quais estão suscetíveis as parturientes no momento de parto e pós-parto.

O direito ao acompanhante de parto não é uma regalia fornecida pelo Estado às grávidas. Constatado está que a presença de uma pessoa de confiança e convívio da mulher, nesses momentos, diminui o risco de violências e os óbitos, portanto, essa garantia legal é necessária para a efetivação de um direito considerado como um dos mais importantes no ordenamento jurídico brasileiro, a dignidade da pessoa humana.

Os atendimentos de saúde fornecidos em hospitais da rede pública, em todo o Brasil, estão em descumprimento a vários regramentos jurídicos e a pandemia da Covid-19 não criou o problema de falta de tratamentos de saúde, mas apenas os intensificou e agravou. Assim, a população, por mais uma vez, fica à mercê das violações praticadas pelos seus próprios governantes em face do desfinanciamento do SUS.

Referências Bibliográficas

ANVISA. *Resolução n° 36*, de 03 de junho de 2008. 2008, online. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html Acesso em: 17/04/2021.

BRASIL. *Lei n° 8.069*, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília/DF. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm Acesso em 17/04/2021.

_____. *Portaria n° 569*, de 1 de junho de 2000. Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html#:~:text=A%20humaniza%C3%A7%C3%A3o%20da%20Assist%C3%A2ncia%20Obst%C3%A9trica,%C3%A9%20uma%20obriga%C3%A7%C3%A3o%20das%20unidades Acesso em 17/04/2021.

_____. Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) Mortalidade Materna. Brasília/DF. 2001. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimater/relatoriofinal.pdf> Acesso em 17/04/2021.

_____. *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. *Lei n° 11.108*, de 7 de abril de 2005. Brasília/DF. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm Acesso em 17/04/2021.

BRASIL. *Portaria n° 1.067*. de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e dá outras providências. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/portaria%20n%201067%202005%20-%20institui%20a%20politica%20nacional%20de%20ateno%20obstetrica%20e%20neonatal.pdf> Acesso em 17/04/2021.

_____. *Portaria n° 1.459*, de 24 de junho de 2011. Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Acesso em 17/04/2021.

_____. *Cadernos de Atenção Básica - Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. *Portaria n° 11*, de 7 de janeiro de 2015. Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html Acesso em 17/04/2021.

_____. *Nota Técnica n.º 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida Coordenação de Saúde das Mulheres. 2020. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/SEI_MS-0014382931-Nota-Tecnica_9.4.2020_parto.pdf Acesso em 17/04/2021.

_____. Medida cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.341 - Distrito Federal. Supremo Tribunal Federal (STF). 2020. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI6341.pdf> Acesso em 20/03/2021.

_____. Sobre a doença (Covid-19). Ministério da Saúde. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid> Acesso em 17/04/2021.

HOLANDA, S. M. et al. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. **Texto Contexto Enferm.** 27(2), p. 1-10, 2018.

HOSPITAL E MATERNIDADE DONA REGINA. *Nota de Esclarecimento*. Palmas-TO. 2020. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/539192/> Acesso em 17/04/2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Who Recommendations Intrapartum Care for a positive childbirth experience. 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=8A869C0FEB0C9C7C0331C18BEABF5C24?sequence=1> Acesso em 17/04/2021.

PALMAS. *Legislação Covid-19: Decreto Municipal n.º 1.998/2021*. Prefeitura de Palmas. Palmas/TO. Disponível em: <https://coronavirus.palmas.to.gov.br/legislacao> Acesso em 17/04/2021.

TOCANTINS. *Lei n.º 3.113*, de 02 de junho de 2016. Parto Humanizado no Tocantins. Disponível em: Acesso em 17/04/2021.

TOCANTINS. *Lei n.º 3.385*, de 27 de julho de 2018. Disponível em: https://www.al.to.leg.br/arquivos/lei_3385-2018_53238.PDF Acesso em 17/04/2021.

SEÇÃO III

**DIREITOS HUMANOS, DIREITOS DA
CRIANÇA E ACESSIBILIDADE**

DIREITOS DA CRIANÇA: REFLEXÕES SOBRE A VIOLÊNCIA INFANTIL

*SANTOS, Leidiene Ferreira*⁷⁹

*VILELA, Marcelo Neris*⁸⁰

*CARVALHO, Laiane de Paula Aquino Oliveira*⁸¹

*BRITO, Raquel Cristina da Costa*⁸²

*SILVA, Juliana Bastoni da*⁸³

Introdução

Este capítulo apresenta algumas reflexões sobre os direitos da criança e a violência infantil, contemplando, entre outros aspectos, o papel dos diversos atores sociais na prevenção, proteção e promoção da segurança infantil. Segundo a Constituição Federal (CF/1988), é dever da família, da sociedade e do Estado, assegurar às crianças, com total prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de deixá-las a salvo de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1988).

A legislação brasileira delibera que União, Estados, Distrito Federal e Municípios desenvolvam políticas integradas e coordenadas para garantir os Direitos Humanos da criança “no âmbito das relações domésticas, familiares e sociais”, de maneira a resguardá-las “de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, abuso, crueldade e opressão” (BRASIL, 2017). Embora haja políticas públicas nacionais (BRASIL, 1988; 1990; 2017) e internacionais (UNICEF, 1990) que favorecem a proteção à criança, nossa experiência profissional e a literatura científica mostram que comumente seus direitos não estão efetivamente garantidos. Em diferentes partes do mundo crianças estão expostas a inúmeras formas de violência que as colocam em risco de morte e comorbidades. (UNICEF, 2019).

79 Doutora em Ciências Da Saúde (UFG). Professora do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciência e Saúde (PPGESC/UFT). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde da Criança (GEPESC/UFT). E-mail: leidienesantos@uft.edu.br;

80 Graduado em Direito. Analista Judiciário em exercício na Serventias do Crime, Fazendas Públicas e Juizado Especial Criminal da Comarca de Caiapônia-GO. Integrante do GEPESC. E-mail: vilela.mar@hotmail.com

81 Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciência e Saúde (PPGECs/UFT). Enfermeira. E-mail: laiane.paula@mail.uft.edu.br

82 Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciência e Saúde (PPGECs/UFT). Psicóloga E-mail: raquel.brito@mail.uft.edu.br

83 Doutora em Ciências (USP). Professora do Curso de Enfermagem e do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da UFT. Vice-líder do GEPESC. E-mail: juliana.bastoni@uft.edu.br

A agressão infantil se apresenta como uma realidade alarmante e crescente. Nos últimos anos, inúmeros países têm apresentado aumento expressivo desse agravo à saúde. Estima-se que a cada sete minutos uma criança ou adolescente, com idade entre 10 a 19 anos, seja morto, vítima de homicídio ou de algum tipo de conflito armado ou violência coletiva. Somente em 2015 foram vitimados mais de 80 mil meninos e meninas na referida faixa etária, sendo que 24,5 mil dessas mortes aconteceram na região da América Latina e do Caribe. (UNICEF, 2017).

Destaca-se que a violência infantil ainda se apresenta como fenômeno socialmente aceito e enraizado a rotina de muitas famílias. Tais características contribuem para sua invisibilidade e para dificuldades na implementação de intervenções capazes de interromper o ciclo de violência (SANTOS et al, 2019). Somente no Brasil, em 2011, foram registrados 17.900 casos de violência contra crianças de até nove anos, sendo 33% naquelas com até um ano, 35,8% nas de dois a cinco anos e 31,2% nas de seis a nove anos. (RATES et al, 2015).

No município de Palmas, Tocantins, entre 2009 e 2015, foram notificados 737 (100%) casos de violência contra crianças, sendo possível identificar expressivo aumento do número de registros ao longo dos anos, alcançando a marca de 521 (70,7%) em 2014 e 2015. (SANTOS et al, 2020).

Nota-se, assim, a urgente necessidade de estratégias capazes de mudar os indicadores de violência infantil no cenário mundial. Configuram-se em setores com potencial para atuar no enfrentamento e manejo da violência contra criança, os órgãos do Judiciário, Conselho Tutelar (SANTOS; COSTA et al, 2019), unidades de saúde (SANTOS et al, 2019) e escolas (SANTOS; OLIVEIRA et al, 2020), dentre outros.

A instituição Conselho Tutelar, criada a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tem a função de zelar pelo cumprimento dos direitos desse público. (BRASIL, 1990). Com o intuito de proteger as crianças, diversas atividades devem ser desenvolvidas pelos Conselhos Tutelares, tais como atender crianças e adolescentes com direitos violados; orientar pais ou responsáveis; pleitear serviços públicos nas diversas áreas, como saúde, educação e previdência; deliberar notificações e auxiliar na elaboração da proposta orçamentária do município para garantir que sejam disponibilizados os serviços que assegurem os direitos da criança. (BRASIL, 2002).

As unidades de saúde também desempenham importante papel na rede de proteção da criança e no manejo dos casos de violência. Os profissionais que atuam nesses locais devem notificar os casos suspeitos ou confirmados. (BRASIL, 2002; 2003), e encaminhá-los às delegacias de polícia ou Conselho Tutelar. Ao direcionar as vítimas aos serviços de proteção, os profissionais de saúde contribuem para lhes assegurar integridade física e seus direitos, e exercem não apenas suas responsabilidades, como também contribuem para o despertar das noções de cidadania e igualdade de direitos em nossa sociedade. (OLIVEIRA et al, 2018).

A escola, por sua vez, exerce função significativa na rede de proteção infantil, podendo atuar contra qualquer violação de direitos e promover condições de pleno desenvolvimento escolar, mental, psicológico, moral e social às crianças. Configura-se em espaço de prevenção e de promoção da cultura de paz e, ainda, pode corroborar com a identificação, notificação e encaminhamento de casos de violação dos direitos das crianças. (UNICEF, 2019).

É válido pontuar que, no Brasil, está regulamentada como mecanismo de proteção à criança, a obrigatoriedade de notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de

agressão infantil, por profissionais de saúde, professores ou responsáveis pelo local de atenção à saúde e de Ensino Fundamental, escola ou creche. Configura-se infração administrativa, sujeita a penalidade de multa de até vinte salários de referência, a não notificação de tais eventos ao Conselho Tutelar da respectiva região de moradia da vítima ou demais órgãos competentes. (BRASIL, 1990).

Embora os direitos ligados à infância e à juventude estejam expressos em constituições e declarações (UNICEF, 1990; 2019; BRASIL, 2001; 1990), a universalização da garantia desses direitos ainda representa um desafio atual. (RATES et al, 2015; SANTOS; OLIVEIRA et al, 2020). Diante disso, o capítulo tem por objetivo apresentar as forças que interferem na proteção da criança em relação a violência, de modo a dar visibilidade aos fatores passíveis de intervenção dos diversos setores que assistem às crianças e possibilitar ações potencialmente capazes de efetivar os direitos das crianças e da família.

1. Desenvolvimento

Nesse estudo, de caráter qualitativo, os pressupostos da Teoria do Campo de Forças (LEWIN, 1965) subsidiaram o mapeamento de fatores que impulsionam e restringem a violência contra a criança. De acordo com a referida teoria, os indivíduos sintetizam de maneiras diferentes as suas vivências e experiências com o meio em que estão inseridos, de modo que cada ser humano possui sua própria dinâmica, interpreta suas vivências e percebe as coisas, as outras pessoas e as situações de maneira particular. Sob essa perspectiva, tem-se que o comportamento de cada sujeito é o resultado de uma totalidade de fatos e eventos coexistentes em sua vida. (LEWIN, 1965). Nesse processo, a inter-relação entre os fatos e eventos vividos por cada indivíduo cria um campo de forças que expressa seu ambiente psicológico, o espaço de vida que o contém e tudo aquilo que o envolve. (LEWIN, 1965).

Esse campo de forças é representado por forças que auxiliam (positivas) e que comprometem (negativas) os processos de trabalho e de interação de cada pessoa. Essas forças estão distribuídas em três dimensões: 1) o Eu, que engloba fatores que se relacionam à pessoa como indivíduo: motivação, talentos, timidez; 2) o Outro, que abrange a relação com outras pessoas (liderança, competência, conflitos, simpatia); 3) a dimensão Ambiente, composta por elementos referentes ao espaço e à estrutura física, recursos materiais e dinâmica organizacional. (MOSCOVICI, 2008).

Identificar as forças que atuam em determinado contexto possibilita compreender fatores e situações que a influenciam e se configura em estratégia que permite diagnosticar demandas, processos e mecanismos de ação. Assim, o campo de forças é uma ferramenta que pode ser usada por profissionais de diversos setores para qualificar o trabalho. (SANTOS et al, 2017). Para esboçar o campo das forças que atua favorecendo ou dificultando a violência contra a criança, foram consideradas pesquisas nacionais e internacionais, bem como experiências e produções do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde da Criança da Universidade Federal do Tocantins. (GEPESC).

Assim, o campo foi desenhado a partir de forças que atuam de modo a aproximar/expor e distanciar/proteger as crianças da violência. Para tanto, considerou-se a criança envolvida nas

três dimensões: o Eu, setores e atores sociais (Conselho Tutelar, unidades de saúde); o Outro, a rede familiar e de convívio cotidiano; e a escola como o Ambiente.

Identificou-se que as seguintes forças podem impulsionar a violência contra a criança: inocência, dependência, linguagem, desconhecimento, negligência, desarticulação dos serviços, medo, impunidade, ineficiência dos serviços; precariedade de recursos humanos e material, desrespeito aos direitos, relações conflituosas, cultura e iniquidade social. No entanto, há forças atuam de modo a restringir a violência infantil: comportamento, proatividade, responsabilização, coparticipação, conhecimento, valorização profissional, educação permanente/continuada, capacitações técnicas, investimento, cultura de paz e inclusão social. Conforme a figura 01.

Figura 1. Campo de forças restritivas e impulsionoras da violência contra criança.



*Figura elaborada pelos autores.

Para este capítulo, as forças que operam na dimensão Eu estão relacionadas às características do desenvolvimento comportamental e cognitivo da criança. Nessa perspectiva, a inocência e a dependência, específicas da faixa etária, atuam como forças que corroboram para a violência contra a criança, tornando-a vulnerável aos agressores, especialmente, quando os agressores integram a família e/ou fazem parte do convívio diário da criança. Além disso, considerando possíveis limitações na comunicação, ocasionadas pela linguagem ainda em processo de aprimoramento na criança, familiares e os profissionais que atuam na rede de proteção podem

enfrentar dificuldades para identificar os casos de agressão. Sendo assim, a linguagem opera como força que pode contribuir para violência infantil.

Pontua-se que até o terceiro ano de vida, a criança tem pouca capacidade de entendimento do relacionamento ou cuidado que lhe é dispensado, não conseguindo se opor às atitudes violentas presentes na convivência. Como depende do mundo adulto para sobreviver, reage a ele pelo que lhe é ensinado, pelo que recebe e pelo que percebe. (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, como estratégia para proteção da criança, sugere-se ações direcionadas às famílias, em especial, a construção da maternagem e da paternagem, bem como a consolidação de redes de apoio para fortalecer os vínculos e empoderar famílias sobre a importância de considerar as crianças como sujeitos de direito e a praticarem a cultura de paz.

O conhecimento e a atitude de denunciar a violência operam como forças capazes de proteger e interromper a agressão infantil. Sendo assim, as crianças devem receber orientações sobre a temática, especialmente sobre os tipos de agressão, de maneira a possibilitar que elas identifiquem situações ou risco de violência; e, também, devem ser encorajadas a falar sobre o tema, contribuindo para que as agressões sofridas e testemunhadas sejam relatadas às pessoas de sua confiança, corroborando para a visibilidade, denúncia e manejo dos casos.

Nesse sentido, familiares, profissionais da saúde, professores, entre outros atores sociais, são peças fundamentais para proteção da criança, pois eles podem implementar estratégias que favoreçam o conhecimento sobre a temática e colaboram para a prevenção, identificação, denúncia e interrupção do ciclo. (SANTOS et al, 2019; UNICEF, 2019).

Na dimensão Ambiente, o espaço no qual a criança está inserida é a base, sendo representado pelo domicílio e pela escola, de forma que o conhecimento, os vínculos afetivos, a cultura de paz e a dignidade social operam como forças que restringem a violência. Ao passo que o desconhecimento e o desrespeito aos direitos da criança, relações conflituosas e iniquidade social, configuram-se em forças que contribuem para a ocorrência de agressões.

Nota-se que, comumente, no ambiente familiar, a agressão infantil se apresenta como fenômeno socialmente aceito. A permissividade da prática da violência doméstica pode estar associada a um método disciplinar, como mecanismo para manter a ordem familiar ou como expressão da desigualdade de poder exercido pelos responsáveis. Esse conflito privado entre crianças e adultos, na dimensão coletiva, apresenta uma divergência geracional e, por isso, explica a vulnerabilidade à violência (HINO et al, 2019). Outras situações, como a perda de emprego, uso abusivo de álcool e outras drogas, separação conjugal, morte de ente querido e iniquidades sociais, podem gerar maior vulnerabilidade às práticas violentas no contexto familiar, principalmente pelas dificuldades e desgaste que elas ocasionam. (BRASIL, 2010).

Nesse cenário, destaca-se que pessoas da família e do convívio da criança aparecem como as principais promotoras da violência infantil, tornando ainda mais complexo o enfrentamento desse problema de saúde pública. (KURNIAWAN et al, 2019; SANTOS; COSTA et al, 2019; UNICEF, 2019). Além disso, os pais são os principais perpetradores da violência, sobretudo, em crianças na faixa etária menor ou igual a cinco anos, em que a negligência se apresenta como a primeira forma de maus-tratos, constituindo-se como problema de ordem social grave que não tem visibilidade na sociedade. (MALTA et al, 2017). Tais aspectos expõem as vítimas a um ciclo perverso de violência, em que o ambiente familiar atua como fonte de traumas e sofrimentos para toda a vida (PEDROSO et al, 2021). Como consequências, as crianças tornam-se mais propensas a praticarem violências,

corroborando reincidência desse agravo à saúde (KURNIAWAN et al, 2019), e podem apresentar distúrbios do sono (APRIL-SANDERS et al, 2020), transtornos alimentares (MERCURIO et al, 2020) e comprometimento da saúde física e mental (RIEDL et al, 2020).

Denota-se, assim, a importância dessas ocorrências serem corretas e precocemente identificadas, visando que as crianças sejam amparadas e tenham os seus direitos garantidos, sendo protegidas de quaisquer formas de violência durante seu crescimento e evolução, até o alcance de sua autonomia e desempenho da vida adulta saudável e feliz. (PEDROSO et al, 2021).

Como estratégia para proteção das crianças, sugere-se que atores sociais de diversos serviços, tais como educadores, conselheiros tutelares e profissionais da saúde, no contato com as famílias, enfatizem alguns valores familiares e sociais importantes para uma convivência saudável, tais como respeitar os direitos da criança e expressar afeto. (SANTOS; OLIVEIRA et al, 2020; SANTOS, 2019; BRASIL, 2010). Também é válido pontuar que a escola pode atuar efetivamente no enfrentamento da violência contra a criança, promovendo ações de conscientização e que incentivem a cultura de paz. Mas, para isso, os professores precisam se perceber como parte integrante da rede e receber suporte de outros serviços, tais como saúde e judiciário, de modo que se sintam-se encorajados, protegidos e preparados tecnicamente para empoderar crianças, e identificar e intervir nos casos de violência. (SANTOS; OLIVEIRA et al, 2020).

Assim como as escolas, as unidades de saúde e conselhos tutelares também representam espaços para o enfrentamento da violência infantil. Entretanto, na área da saúde, percebe-se que os profissionais nem sempre estão preparados para identificar e atuar nas situações de violência. Assim, ao se depararem com crianças nessas circunstâncias, experienciam conflitos relacionados a aspectos culturais, éticos e legais, deixando de prestar assistência efetiva às necessidades das crianças e suas famílias. Ademais em muitos casos focam no biológico, sem atender a subjetividade da vítima. (LIRA et al, 2020; SANTOS et al, 2019).

Os conselhos tutelares, por sua vez, enfrentam limitações nos conhecimentos e na estrutura de trabalho (SANTOS; COSTA et al, 2019). Além disso, evidencia-se que municípios não dispõem de estruturas para firmar a intersetorialidade preconizada nos dispositivos legais e assegurar, com qualidade, a proteção integral às crianças e aos adolescentes em situação de violência intrafamiliar. (LIRA et al, 2018).

Nota-se, no contexto nacional, a precarização de diversos setores de proteção à criança e o estabelecimento e fortalecimento de forças que impulsionam a violência infantil, tais como desarticulação dos serviços, desconhecimento, negligência, medo, impunidade, ineficiência dos serviços, falta de habilidades para identificar crianças em risco ou situação de violência, o envolvimento das famílias nos casos, estereótipos culturais, a desvalorização profissional e precariedade de recursos humanos e materiais. (SANTOS et al, 2019; SANTOS; COSTA et al, 2019).

Fica evidente, desse modo, que o enfrentamento da violência se mantém como um desafio atual, especialmente, por se tratar de um fenômeno complexo que envolve aspectos culturais, econômicos e sociais (MINAYO et al, 2018; LIRA et al, 2018), e que a superação desse agravo à saúde requer que os diversos atores sociais da rede de proteção infantil não caminhem sozinhos. Há que se olhar para os territórios mais vulneráveis em sua complexidade, e unir esforços para a criação de uma verdadeira rede intersetorial de proteção. (UNICEF, 2019).

Assim, visando superar fragilidades e corroborar efetiva proteção das crianças, a gestão pública deve trabalhar, nos territórios, na perspectiva da intersetorialidade. As políticas

de educação, de assistência social, de saúde, de segurança pública, do esporte, da cultura, da juventude, dentre outras, precisam estabelecer fluxos de comunicação e de atendimento de meninas e meninos. É importante também envolver as organizações da sociedade civil, sobretudo, aquelas atuantes nos territórios. (UNICEF, 2019). É preciso que cada ator social se reconheça como peça fundamental nesse processo e tenha condições adequadas para atuar, de maneira sistematizada e integrada, tendo o respeito ao outro como princípio norteador das ações. (SANTOS et al, 2019).

Dentre outras questões, é essencial maior integração entre as instituições permitindo formas articuladas de intervenção. A instância judicial não pode ser a porta de entrada da comunicação da violência. Urge fortalecer a interação dos diversos programas e setores – assistência social, segurança pública, educação, saúde – buscando construir fluxos e processos comuns de trabalho mais efetivos na defesa e proteção das crianças. (FERREIRA; CORTÊS; GONTIJO, 2019).

Intervenções eficazes, pautadas na garantia de direitos, na promoção, emancipação e autonomia do sujeito cidadão, pressupõem o envolvimento da família, da sociedade, das instituições escolares e de atenção à saúde. A garantia de direitos tem na execução das políticas públicas, e não na judicialização, o lócus privilegiado de efetivação. (FERREIRA; CORTÊS; GONTIJO, 2019).

Salienta-se que nenhum tipo de violência é justificável e toda aquela contra crianças pode ser prevenida. (MALTA et al., 2017). Requerem-se, entretanto, para a desconstrução desse fenômeno, a conscientização e o comprometimento de toda a sociedade, especialmente frente às iniquidades do mundo contemporâneo. (RATES et al., 2015).

Considerações Finais

O campo de forças que impulsionam e restringem a violência está inserido no mundo vida das crianças e é composto por ações e omissões de profissionais que atuam na rede de proteção, famílias, pessoas do convívio e poder público.

As forças conhecimento, atitude, proatividade, responsabilização, coparticipação, valorização profissional, educação permanente/continuada, capacitações técnicas, investimento, cultura de paz e inclusão social, atuam para proteger as crianças da violência. Em contrapartida, a dependência, inocência, linguagem, desconhecimento, negligência, desarticulação dos serviços, medo, impunidade, ineficiência dos serviços, precariedade de recursos humanos e materiais, desrespeito aos direitos, relações conflituosas e iniquidade social, configuram-se em forças que impulsionam a violência infantil.

Os achados sinalizam a urgente necessidade de intervenções potencialmente capazes de efetivar os direitos das crianças e famílias, e que elas devem estar sustentadas na intersetorialidade e trabalho multiprofissional. A construção de uma sociedade livre das iniquidades sociais requer fortalecimento das instituições democráticas, em especial por meio de políticas públicas que tragam a efetividade dos direitos existenciais. Assim, cabem aos governantes instituir ações capazes de promover inclusão social e o sentimento de solidariedade coletiva, com o objetivo de que todos tenham vida digna.

Referências Bibliográficas

APRIL-SANDERS, A. et al. Childhood Adversity and Sleep Disturbances: Longitudinal Results in Puerto Rican Children. **Int. J. Behav. Med.** V. 28, n°. 1, p. 107-115, Fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_maustratos_crianças_adolescentes.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília/DF, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf

BRASIL. *Lei n°. 10.778*, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível: <https://bit.ly/2K15HK4>

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União. Brasília/DF; 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf>

BRASIL. *Lei n°. 8.069*, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília/DF: Diário Oficial da União, 1990.

FERREIRA, C. L. S.; CORTES, M. C. J. W.; GONTIJO, E. D. Promoção dos direitos da criança e prevenção de maus tratos infantis. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. V. 24, n°. 11, p. 3997-4008, Nov., 2019.

HINO, P. et al. Interfaces of vulnerability dimensions in violence against children. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. V. 72, supl. 3, p. 343-347, Dec. 2019.

KURNIAWAN, L. S. et al. Victims of Physical Violence Have a Higher Risk to Be Perpetrators: A Study in High School Students Population. **Open Access Maced J Med Sci**. V. 7, n°. 21, p. 3679-3681, Oct. 2019.

LEWIN, K. *Teoria de Campo em Ciência Social*. São Paulo: Pioneira; 1965.

LIRA, S. V. G. et al. Articulação entre o conselho tutelar e o setor saúde no enfrentamento à violência intrafamiliar. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro. V. 16, n°. 2, p. 821-835, Aug. 2018.

MALTA, D. C. et al. Fatores associados a violências contra crianças em Serviços Sentinela de Urgência nas capitais brasileiras. **Cien Saude Colet**. V. 22, n°. 9, p. 2889-2898, Set., 2017.

MERCURIO, A. E. et al. Relationships among childhood maltreatment, limbic system dysfunction, and eating disorders in college women. **Journal of Interpersonal Violence**. Mar. 2020.

MINAYO, M. C. S. et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro. V. 23, n°. 6, p. 2007-2016, Jun., 2018.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo**. Rio de Janeiro: José Olympio; 2008.

OLIVEIRA, B. G. et al. Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência. **Rev. bioét**. V. 26, n°. 3, p. 403-411, 2018.

PEDROSO, M. R. O.; LEITE, F. M. C. Recurrent violence against children: analysis of cases notified between 2011 and 2018 in the Espírito Santo, Brazil. **Epidemiol Serv Saude**, Mar., 2021.

RATES, S. M. M. et al. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. V. 20, n°. 3, p. 655-665, Mar., 2015.

SANTOS, L. F.; COSTA, M. M. et al. Fatores que interferem no enfrentamento da violência infantil por conselheiros tutelares. **Saúde Debate**. V. 43, n°. 120, p. 137-149, Jan., 2019.

SANTOS, L. F.; JAVAÉ, A. C. R. S. et al. Experiências de profissionais de saúde no manejo da violência infantil. **Rev. baiana enferm**. V. 33, n°. e33282, 2019.

SANTOS, L. F.; OLIVEIRA, D. T. et al. Forças que interferem no enfrentamento da violência infantil pela escola. **Research, Society and Development**. V. 9, n°. 10, e1789108503, 2020.

SANTOS, L. F.; SILVA, M. V. F. B. et al. Perfil da violência contra crianças em uma capital brasileira. **Revista Desafios**. V. 7, n°. 1, 2020.

SANTOS, L. F. et al. Forças que interferem na maternagem em unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**. V. 26, n°. 3, p. e1260016, 2017.

UNICEF. A educação que protege contra a violência. 2019. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/4091/file/Educacao_que_protege_contra_a_violencia.pdf Acesso em 30/03/2021.

UNICEF. A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents. 2017. Disponível em: https://www.unicef.org/publications/files/Violence_in_the_lives_of_children_and_adolescents.pdf Acesso em 30/03/2021

UNICEF. Convention on the Rights of the Child. Geneva. 1990. Disponível em <https://www.ohchr.org/documents/professionalinterest/crc.pdf> Acesso 03/04/2021.

RIED, D. et al. Prevalence of adverse childhood experiences (ACEs) and associated physical and mental health problems amongst hospital patients: Results from a cross-sectional study. **Gen Hosp Psychiatry**. V. 19, n°. 64, p. 80-86, May. 2020.

ACESSIBILIDADE, DIREITOS HUMANOS E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE SERVIDORES NO ÂMBITO DA UFT-CAMPUS DE PALMAS

MEDINA, Patrícia ⁸⁴

OLIVEIRA, Marja Diane Pereira Brito de ⁸⁵

D'AMBROS, Izabela Medina ⁸⁶

Introdução

A vida humana não se mantém sem saúde. Assim entendido, saúde é direito fundamental convencionado no artigo 5º da Constituição Federal (CF/1988), de tal modo que a saúde constituiu componente do direito à vida, condição existencial e vinculado a sua qualidade. A CF/1988, de forma inaugural, inseriu a saúde no rol de direitos sociais no caput do artigo 6º e tratou da Seguridade Social nos artigos 194 a 200, também dedicou uma seção exclusivamente à saúde, conferindo assim, tratamento constitucional original ao assunto.

Independentemente disso, mesmo que inexistisse qualquer previsão expressa, seria possível, através de conexões primárias e secundárias (HART, 1996), chegar à tutela constitucional do direito à saúde como direito fundamental implícito, por apresentar interconexões com a proteção de outros bens constitucionalmente resguardados.

Influenciada pela evolução do conceito de saúde construído pelo movimento jurídico mundial, durante a década de 1980, a CF/1988 preserva a consideração das causas biológicas da doença e acrescenta as causas sociais e, ao mesmo tempo, introduz uma nova visão da saúde, colocando-a como um serviço de relevância pública, vinculado ao Estado de forma incondicional, que deve prestar o atendimento à saúde para a população. Eleva, portanto, a saúde a um bem inviolável, condição *sine qua non* para uma vida digna. (SCLIAR, 2007). A dignidade é um princípio natural de toda pessoa humana e base dos proclamados Direitos Humanos.

84 Doutora em Educação. Professora no Programa de Pós-Graduação em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos (PPGPJDH/UFT/Esmat) e no Curso de Pedagogia da Universidade Federal do Tocantins/Campus de Palmas. Integrante do Grupo de Pesquisa em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos.

85 Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos (PPGPJDH/UFT/Esmat).

86 Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Ensino e Ciências da Saúde (PPGECS/UFT). Biomédica, especialista em Saúde da Família e Citopatologia Clínica.

A CF/1988 também salvaguarda a integridade física e corporal do ser humano, aspecto diretamente ligado à saúde, pois as ofensas à integridade física e corporal, legalmente rejeitadas, são “natural e logicamente ofensas à saúde física do indivíduo, não sendo possível acautelá-las uma sem acautelá-las a outra. Desse modo, a proteção dos direitos à vida e à integridade física e corporal estaria esvaziada se não fosse tutelado também o direito à saúde”. (SILVA, 2016, p. 5).

Além disso, através de conexões primárias, verifica-se que há a perfeita adequação do direito à saúde com um dos fundamentos da CF/1988, no que concerne à dignidade da pessoa humana, conforme o artigo 1º, inciso III, onde consta que a saúde física e psíquica, em suas dimensões preventiva, curativa e promocional, mostra-se como requisito básico para essa dignidade existencial, de forma que se torna impossível tratar de dignidade da pessoa humana se a proteção à saúde estiver afastada.

A condição de saúde não é de fácil conceituação, havendo uma variedade de compreensões modeladas ao longo da história, mas a CF/1988 não conceitua a saúde, apenas expressa, no art. 196 o seguinte: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.” Portanto, expõe um princípio que garante a dignidade aos brasileiros, como cidadãos e como seres humanos”. (SCLIAR, 2007).

A despeito da polissemia do termo, são verificados aspectos comuns aos modelos e definições existentes de saúde, sendo recorrente que há saúde quando não há enfermidade; e que a saúde não está exclusivamente vinculada aos fenômenos biológicos, com a ausência de doença - relacionados ao direito à vida - mas também ao bem-estar físico, mental, social. Portanto, é viável relacionar a saúde como elemento associado à qualidade de vida (MEDINA; DAMBROS; DAMBROS, 2019). Numa perspectiva abrangente, Qualidade de Vida (QV) se define, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998, p. 28),

[...] como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

A metodologia de sua mensuração envolve o bem-estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos e, também, saúde, educação, habitação, saneamento básico e outras situações da vida, mas sempre do ponto de vista do sujeito, sem correlação com padrão de vida, porque padrão de vida é uma categoria relacionada às medidas de bens e serviços disponíveis para os sujeitos. Assim, qualidade de vida é uma categoria relativa de percepção subjetiva dessas condições.

Na dimensão laboral, existem diversas interpretações para qualidade de vida no trabalho, desde o foco médico da ausência de doenças da pessoa, até as exigências de recursos, objetos e procedimentos que atendam demandas coletivas em determinada situação, compondo amplos programas de qualidade de vida no trabalho (QVT). De maneira genérica, pode-se dizer que QVT é um conjunto de ações que envolvem o diagnóstico e a implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais dentro e fora do ambiente de trabalho, visando

propiciar condições plenas de desenvolvimento humano para e durante a realização do trabalho. (KUROGI, 2008).

Assim, estudar a relação físico-espacial é de fundamental importância para tornar o ambiente físico sem restrições e notável no critério inclusivo para promoção da qualidade de vida dos usuários, sendo relevante, porque qualquer pessoa, em determinado momento da vida, pode enfrentar dificuldades para a realização de atividades, devido aos acidentes, doenças, ou simplesmente, pela ocorrência natural do envelhecimento, podendo afetar suas condições de independência e acesso à cidadania, quando seja restringido o seu direito à acessibilidade.

Nesse sentido, este capítulo é excerto de pesquisa realizada no âmbito da Fundação Universidade Federal do Tocantins (UFT), tendo como lócus o Campus de Palmas. A pesquisa visou diagnosticar os aspectos positivos e negativos do ambiente construído em uso e o nível de satisfação do servidor com deficiência e de mobilidade reduzida no exercício de seus direitos à acessibilidade. A proposta do capítulo se restringiu em apresentar a sistematização dos dados da primeira fase da pesquisa, na qual os sujeitos participaram respondendo à questões sobre as condições ambientais dos espaços nos quais atuam na UFT e, por conseguinte, expressaram as suas percepções sobre as condições ambientais que interferem na qualidade de vida e, portanto, na saúde e na dignidade das pessoas com deficiência e mobilidade reduzida.

A motivação para analisar o assunto esteve assentada no intuito de melhor servir a comunidade em geral, que é a finalidade precípua de todo o serviço público, tendo em vista contribuir para que as ações concretas no campo da acessibilidade espacial sejam promovidas e executadas de forma prioritária, bem como contribuir com a inserção dos usuários, sobretudo, servidores efetivos, a fim de tornar a Universidade Federal do Tocantins um lugar acessível, agradável e satisfatório no que tange à qualidade de vida.

1. A construção do método na pesquisa

A pesquisa foi aprovada pelo Parecer nº. 3.786.318, emitido pelo CEP da UFT, Campus de Palmas, com o nº. CAAE 26256219.7.0000.5519. Uma primeira fase consistiu na aplicação de questionário contendo 20 questões abertas e de múltipla escolha, que foram enviadas aos 570 servidores do Campus, conforme a informação da Coordenação de Pessoal (COP), da Pró-reitora de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas (PROGEDEP). O questionário foi composto por três seções, tendo em vista coletar dados relativos a:

- Identificação dos usuários: se o servidor é estável ou não estável; sem deficiência, com mobilidade reduzida, com deficiência (podendo especificar), se preferia não informar; gênero; Idade; Grau de escolaridade mais elevado; o tempo de trabalho e o cargo na UFT; o setor que atua com indicação do prédio;
- Medidas de aferição sobre a satisfação do prédio público em uso, considerando os aspectos da acessibilidade espacial; o nível de satisfação com o desempenho do prédio público em que exerce o trabalho; se considera que os edifícios públicos em uso estão corretamente adaptados e adequados a acessibilidade; a satisfação com relação às dimensões relacionadas: a) a inclusão e a integração do servidor no ambiente de trabalho; b) a segurança do espaço físico (percepção subjetiva sobre possíveis riscos

no ambiente local, no caso, físicos em relação à sensação de segurança quando no deslocamento por escadarias, elevadores, piso tátil, rampas, calçadas, acesso ao edifício); c) com uso do elevador ou plataforma de elevação; d) com a utilização e acessibilidade dos banheiros; e) com as informações de localização dos setores nesses ambientes; f) a qualidade do ambiente físico; g) os programas da UFT que podem garantir a inclusão dos servidores no ambiente de trabalho; h) as considerações do servidor sobre o programa de inclusão de pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, considerando: como percebe sua adaptação e integração aos ambientes físicos das edificações públicas em uso; Há limitações ou desconforto ao ambiente das edificações públicas no qual trabalha?; Quais os servidores são responsáveis por preservar as edificações públicas em uso, nas quais exercem seu trabalho?; considera que as rampas, elevadores, pisos táteis e a maioria dos equipamentos de acessibilidade funcionam bem e estão adequados e adaptáveis? Comentários e observações do servidor.

Esta fase foi essencial para à identificação de 16 servidores com deficiência e de mobilidade reduzida, dentre eles, três com deficiência (perda auditiva ou perda de um membro do corpo) e 13 com mobilidade reduzida, dentre eles, um servidor se identificou com lotação na Reitoria, sendo por isso excluído da amostra, cuja condição de inclusão exigia lotação no Campus de Palmas.

Após essa identificação e caracterização dos sujeitos da pesquisa, deu-se prosseguimento a segunda fase, com servidores deficientes/mobilidade reduzida que foram convidados pelo *e-mail* institucional a participar da entrevista, que foi realizada pela plataforma virtual do *Google Meet*, em data e horário definidos pelo servidor. Antes do início de cada entrevista foi solicitada autorização para gravação, bem como conhecimento dos termos do TCLE. Todas as entrevistas foram gravadas com tempo de duração distintos, embora, a maioria, não tenha passado dos 40 minutos e foram transcritos por uma empresa especializada em transcrições. Todas as gravações das entrevistas foram enviadas por *e-mail*, primando pelo sigilo e pela proteção das informações.

A entrevista foi conduzida a partir de roteiro semiestruturado, organizado em quatro seções, conforme segue:

- Identificação: nome; idade; sexo; escolaridade; cargo/função; lotação; tempo de serviço na UFT; se de pessoa com deficiência ou de mobilidade reduzida e qual o tipo de deficiência ou de limitação de mobilidade possui; edificação em uso que exerce as atividades;
- Desempenho do ambiente construído em uso: Considera que a edificação pública em uso, onde exerce seu trabalho, é adaptável e adequado a acessibilidade? O ambiente construído e utilizado para realizar o trabalho e o deslocamento necessário para realizá-lo é adequado? Se sim, quais os pontos positivos? Sente-se incluído nesse ambiente construído? Caso não, quais as limitações? Quais as melhorias promoveriam maior satisfação? Quais práticas no trabalho poderiam ser inseridas para melhor incluir a pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida, no Campus Palmas da UFT? Por quê?;
- Indicadores de satisfação do servidor: Os edifícios públicos em uso, os quais você percorre, são satisfatórios e agradáveis para o exercício de seu trabalho como servidor? Por quê? Se não, quais os pontos negativos? Se você tivesse que mudar algo no ambiente construído em uso ou nos espaços para melhorar sua produtividade e qualidade de vida no trabalho o que desejaria mudar?

Indicadores de conhecimento: O que entende por acessibilidade? Qual a sua percepção acerca da política institucional voltada ao servidor, inclusive a você com suas singularidades ou especificidades? Conhece o setor de acessibilidade do Campus de Palmas? Se sim, sabe qual a função e que auxílio ou atendimento exerce diante de suas especificidades como servidor? Considera que o departamento de Recursos Humanos, do Campus de Palmas, tem auxiliado para integrá-lo no ambiente de trabalho? Se não, qual sua sugestão? Registros livres considerados relevantes pelo servidor.

A conclusão da entrevista se deu com a construção do Poema dos desejos que é um instrumento desenvolvido para que as pessoas “expressem livremente seus desejos, de forma lúdica, em relação ao ambiente universitário, considerando a perspectiva de melhoria ou a construção de um novo ambiente” (ONO et al., 2018, p. 126). A frase a ser completada foi: “Eu desejo que minha universidade [...]”.

A terceira fase envolveu a observação do ambiente construído e realização de registros de fotografias, tomada de dimensões, aplicação de planilha de avaliação de acessibilidade. Percurso *walkthrough*: para o qual foram convidados dois usuários-chave e uma especialista (arquiteto ou engenheiro civil), fechando assim o ciclo da avaliação pós ocupação (APO), que foi cancelado devido ao cenário da pandemia da Covid-19. Esta fase teria muita relevância, dada a capacidade instaurar a compreensão sobre as situações no cenário em relação de “como é” e “como deveria ser”, sendo realizados os registros fotográficos, observação das plantas/pranchas dos edifícios e medições com trena em relação ao espaço físico em uso.

A pesquisa teve uma abordagem com múltiplos métodos, como foco nos procedimentos da Avaliação Pós-Ocupação (APO). Quanto à natureza, trata-se de uma pesquisa aplicada, sob as perspectivas das abordagens qualitativa e quantitativa. Resumidamente, procedimentos adotados da APO foram quatro: Questionário, Entrevista, incluindo o Poema dos Desejos e o Método Observacional.

2. Resultados e discussão

Os resultados aqui socializados se referem à primeira fase e visam apresentar a sistematização das respostas dos servidores que participaram, respondendo questões sobre as condições ambientais dos espaços da UFT, campus Palmas, e, assim, divulgar as percepções sobre tais condições ambientais e se essas interferem na qualidade de vida, na saúde e na dignidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida.

Dentre os Campus da UFT, o de Palmas é o maior em extensão territorial. O número de servidores efetivos, composto por docentes e técnicos administrativos, somavam no início do mês de março de 2020, 570 pessoas. O questionário foi aplicado de forma presencial a 81 servidores efetivos, após esse período, devido ao risco de contágio em função da pandemia da Covid-19, o questionário passou a ser respondido de forma virtual e por meio do *Google Forms* e enviado pelo endereço eletrônico institucional (*e-mail*) do servidor. 231 servidores responderam à pesquisa, incluídos os 81 servidores, cujos questionários foram aplicados de forma presencial. As respostas foram obtidas no período compreendido entre abril e junho de 2020 e conformam o perfil-caracterização dos respondentes Tabela 1 como se segue:

Tabela 1 - Perfil dos servidores UFT – respondentes Campus Palmas

Características	Amostra (percentual %)	Quantidade
Usuários servidores participantes		231
Estáveis	96,5	220
Não estáveis	3,5	8
Sem deficiência	93,4	213
Não informaram com ou sem deficiência	0,9	2
Com deficiência	1,3	3
Com mobilidade reduzida	5,7	13
Técnicos Administrativos	47,6	109
Professor	52,4	120
Sexo		
Masculino	46,7	107
Feminino	53,3	122
Faixa etária		
até 20 anos	0	0
21 a 30 anos	7	16
31 a 40 anos	43,7	100
41 a 50 anos	30,1	69
51 a 60 anos	15,7	36
acima de 60 anos	3,5	8
Grau de escolaridade		
Ensino médio completo	3,5	8
Superior completo	6,1	14
Especialização	25,8	59
Mestrado	18,3	42
Doutorado	44,1	101
Outros	2,2	5

Fonte: Dados extraídos da aplicação do questionário *Google Forms*, 2020.

Resumidamente, os respondentes da pesquisa foram, em expressiva maioria, servidores estáveis e sem deficiência, praticamente a metade são professores e a outra metade servidores técnicos administrativos, majoritariamente do sexo feminino (53,3%), sendo que (44,1%) possui escolaridade em nível de doutorado. Para o interesse desse escrito, chama a atenção a faixa etária da população que tem a distribuição apresentada na Tabela 2.

Tabela 2- Idade dos servidores da UFT - Campus de Palmas da UFT

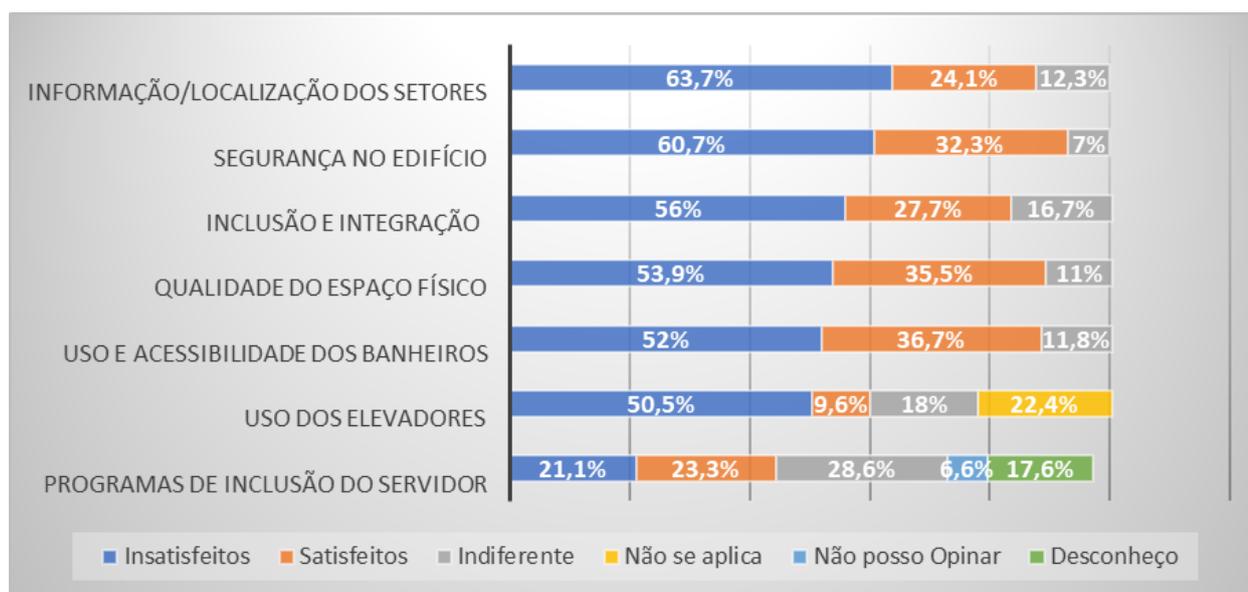
Faixa etária dos respondentes	%	Quantidade
até 20 anos	0	0
21 a 30 anos	7	16
31 a 40 anos	43,7	100
41 a 50 anos	30,1	69
51 a 60 anos	15,7	36
acima de 60 anos	3,5	8
Totais	100%	231

Fonte: Dados extraídos da aplicação do questionário *Google Forms*, 2020.

Atualmente, há uma distribuição da população entre 41 e mais de 65 anos que ultrapassa a de adultos jovens. É possível inferir que na próxima década os servidores da UFT se concentrarão nas faixas etárias mais avançadas e que para atender as particularidades dessa faixa etária serão necessários ajustes arquitetônicos, no sentido de ampliar a acessibilidade e a segurança nos percursos e nos acessos. Apesar disso, qualquer projeto deve priorizar o ser humano como o centro gerador e, nos espaços construídos, a melhor condição de uso, função, segurança, bem-estar e acesso, na medida em que parte significativa da população é composta de idosos, obesos, grávidas, crianças, pessoas com estatura excessivamente baixa ou alta, pessoas com deficiência ou com lesões temporárias, independente da faixa etária. Nesse sentido, “passa-se a questionar o mito do ‘homem-padrão’, no qual fomos induzidos a crer e que se tem projetado por séculos. (TESKE, 2005, p. 94).

No mesmo questionário foi investigado o nível de satisfação dos 231 servidores que responderam à pesquisa, quanto aos aspectos de acessibilidade e os resultados foram organizados na Figura 1 que segue:

Figura 1- Gráfico de (in)satisfação dos servidores respondentes - Campus de Palmas da UFT



Fonte: Dados extraídos da aplicação do questionário *Google Forms*, 2020.

Resta evidente que, aos aspectos de acessibilidade, os que são relativos à orientação espacial, de deslocamento, uso e comunicação e que são denominados como componentes espaciais (DISCHINGER, 2017) do um ambiente, os níveis de satisfação são baixos. Em relação aos aspectos informação e localização, a insatisfação 63,7%, equivalente a 145 servidores, que consideraram insatisfatório a informação e localização dos setores; 60,7%, ou seja, 139 servidores estão insatisfeitos com a segurança no edifício em que atuam profissionalmente. 56%, equivalente a 127 servidores, não se sentem incluídos e integrados no ambiente de trabalho. Em relação à qualidade do espaço físico do Campus, riscos no ambiente, no caso, físicos, sensação de segurança no deslocamento por escadarias, elevadores, piso tátil, rampas, calçadas, acesso aos edifícios, 123 servidores (53,9%) se dizem insatisfeitos. Também os demais indicadores de satisfação: uso e acessibilidade de banheiros e elevadores também ultrapassam o percentual de (50%) de insatisfação.

O único aspecto positivo diz respeito a programas de inclusão de servidores, se analisado isoladamente, pois a satisfação (23%) supera a insatisfação (21,1%); entretanto, isso se deve a dispersão das percepções. Esse foi o único aspecto em que esse fenômeno ocorreu. Fundamental registrar que 28,6% dos respondentes são indiferentes, somados à 17% que desconhecem e 6,6% que não quiseram participar.

A insatisfação é um indicador de subjetividade, pois em seu sentido denotativo (LA-ROUSSE-BORDAS, 2007) é uma expressão de vontade discordante com uma situação que é geradora de falta de prazer para um indivíduo. A psicologia diz que um indivíduo é insatisfeito do momento em que sua expectativa não é alcançada até fatos geradores que ultrapassem sua expectativa em uma situação num serviço. Nesse sentido, é um indicador objetivo de qualidade de vida e conseqüente concretização, em sentido amplo do direito à saúde.

No âmbito da pesquisa, e em consonância com os princípios da QVT, não basta propiciar acesso, deve-se possibilitar o pleno uso do espaço físico não só pelo homem padrão artificial adotado, mas desmistificar a ideia de uma concepção de uma sociedade homogênea, cujos padrões refletem os valores sociais dominantes, sem dar espaço para a diferença, o que, nesse caso, o ambiente construído pode contribuir para a segregação ou a integração das pessoas (TESKE, 2005) e minimizar o adoecimento ou aumentar o bem-estar e a produtividade.

A acessibilidade é alcançada quando os espaços são convidativos, agradáveis, quando há sintonia que conecta com a ambiência que rodeia, de fácil entendimento em termos de comunicação visual, fácil de percorrer e, sobretudo, que promova o convívio com o outro, como expressa o conceito de acessibilidade emocional, que significa a capacidade do lugar de acolher seus visitantes, de gerar afeto, de despertar a sensação de fazer parte do ambiente e de se reconhecer como pessoa bem-vinda. (DUARTE; COHEN, 2018). Esse conceito destitui a ideia de que a acessibilidade acontece apenas com a supressão de barreiras físicas, engloba toda a ambiência que envolve o usuário do lugar, tratando-o como um ser total, capaz de ativar sistemas complexos de relação com o espaço e com o outro, por isso foram investigados indicadores amplos de acessibilidade envolvendo as dimensões da QVT para à qual diversas ciências têm dado suas contribuições, tais como a:

- Saúde: a busca por preservar a integridade física, mental e social do ser humano, que tem mostrado o controle de doenças com vistas nos avanços nas dimensões biomédicas para proporcionar maior expectativa de vida;

- Ecologia: atribui ao homem responsabilidade pela preservação do sistema dos seres vivos e dos insumos da natureza;
- Ergonomia: estuda as condições de trabalho visando o conforto dos trabalhadores;
- Psicologia: demonstra a influência das atitudes de cada pessoa e a importância do significado das necessidades individuais para o desenvolvimento no trabalho;
- Administração: procura aumentar a capacidade de mobilizar recursos para atingir resultados em ambientes cada vez mais complexos, mutáveis e competitivos;
- Engenharia: elabora formas de produção voltadas para a flexibilização da manufatura, armazenamento de materiais, uso da tecnologia, organização do trabalho e controle de processos. (ALBUQUERQUE; FRANÇA, 1998).

Há 7 servidores com deficiência no campus de Palmas, que fazem com que se enfatize a acessibilidade como um direito humano fundamental. No que diz respeito aos seres humanos:

[...] podemos observar que ninguém é igual a ninguém, isto é, somos todos diferentes uns dos outros. Portanto, os sujeitos dessa sociedade chamada humana apresentam a característica da DIVERSIDADE. No mundo natural acontece o mesmo: há uma diversidade de corpos, cores, de formas; tudo é muito diverso – não há padronização-, fato que engrandece e dá vida e expressividade à natureza. No mundo das relações humanas e sociais, quem não consegue igualar-se aos outros ou ter o mesmo rendimento e os mesmos comportamentos, bem como uma aparência aceitável para os padrões de sua época, fica fora de um bom convívio com seus semelhantes sendo rejeitado e tachado de estranho, anormal, especial, entre outros rótulos (TESKE, 2017, p. 74).

Continua o autor, “nenhuma deficiência impede a pessoa de ser cidadã, os empecilhos para essa vivência estão nas barreiras arquitetônicas, atitudinais e culturais do mundo social”. (TESKE, 2017, p. 75). Aponta ainda que o primeiro potencial não reconhecido pela sociedade em uma pessoa com deficiência é

O fato de ser pessoa, o portador de deficiência não é considerado gente, e provo o que digo com exemplo: os engenheiros ao projetar um edifício não se perguntam quanto custa a prevenção de incêndio, mas se perguntam quanto custa a acessibilidade. Isto é não considerar o portador de deficiência gente, com necessidades humanas de acesso, de estar incluído. Não crer na pessoa cria uma sociedade culturalmente egoísta, que trabalha com um padrão de ser humano que não existe, cria um espaço físico separador que permite de alguns irem, outros não. Cria um sistema de locomoção individual segregadora. (TESKE, 2017, p. 75, grifo nosso).

O fundamental para o desenvolvimento humano é o reconhecimento da humanidade que há em cada sujeito e a existência do espaço para a expressão dessa humanidade. O que realmente precisa ser modificado é a forma de se enxergar e compreender a deficiência. (SCHNEIDER, 2017). A construção de uma rampa, por exemplo, se não estiver fundamentada em um olhar sobre a dimensão do humano, cumprirá minimamente o objetivo a que se destina, pois o recurso tecnológico nada contribuirá se estiver vazio quanto ao reconhecimento e ao respeito aos valores humanos.

A inclusão só é uma meta em termos de direito justamente por não acontecer naturalmente (como deveria ser) nas sociedades. Uma vez que cada sujeito é parte do seu contexto, essencialmente, deveria poder pertencer a ele. Toda a luta pelos Direitos Humanos é uma luta dos indivíduos por **pertencimento**, para que possam estar inseridos em seu contexto de vida. Cada ser, por condição, tem direito a participar, a fazer parte, de seu mundo, de seu contexto.

Considerações Finais

No capítulo, foi exposto um breve excerto da pesquisa intitulada “Avaliação pós-ocupação (APO): percepção do servidor com deficiência e de mobilidade reduzida sobre o espaço físico em uso no Campus Palmas, da Universidade Federal do Tocantins”, apresentando a sistematização das respostas dos servidores sobre a satisfação relativamente as condições ambientais dos espaços nos quais atuam. A partir desses dados são realizadas conexões relativamente ao direito à saúde, a qualidade de vida e a dignidade da pessoa humana.

A literatura confirmou que investigar a relação físico-espacial é relevante para tornar o ambiente físico sem restrições, notadamente, para promoção da qualidade de vida dos usuários, porque qualquer pessoa, em determinado momento da vida, pode enfrentar dificuldades para a realização das atividades cotidianas devido aos acidentes, doenças ou, simplesmente, pela ocorrência natural do envelhecimento. É importante notar que, nessa pesquisa, a permanência dos trabalhadores-servidores se dá por período de tempo prolongado.

Evidenciou-se, pelos dados empíricos, grande insatisfação com indicadores de informação e localização, segurança nos edifícios, inclusão e integração, espaço físico, uso e acessibilidade aos banheiros e aos elevadores, podendo afetar as condições de independência e acesso, mas também a qualidade de vida e, conseqüentemente, a saúde. Corroboram com os fatos, o Relatório de Avaliação Institucional da Comissão Própria de Avaliação (UFT, 2020, p. 38), que diz, no eixo 5, sobre a infraestrutura física: “as principais reivindicações da comunidade consistiram na ausência de espaços de convivência, na segurança e na acessibilidade”. Nessa esteira, identificou-se que é baixo o conhecimento sobre os programas de inclusão dos servidores, constituindo ambos os aspectos importantes oportunidades de melhorias para acessibilidade à gestão do campus.

Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, I. G.; FRANÇA, A. C. L. Estratégias de recursos humanos e gestão da qualidade de vida no trabalho: o stress e a expansão do conceito de qualidade total. **Revista de Administração**. São Paulo. V. 33, n.º. 2, p. 40-51, abril/junho,1998

DUARTE, C. R. S; COHEN, R. **Acessibilidade Emocional**. In: Anais VII ENEAC, 2018. Disponível em: file:///C:/Users/marja/Downloads/ENEAC%20Acessibilidade%20Emocional%20cohen&duarte.pdf Acesso em: 01/02/2021.

HART, H.L.A. *O conceito de direito*. Fundação Calouste Gulberkian: Lisboa, 1996.

KUROGI, Marcia S. Qualidade de vida no trabalho e suas diversas abordagens. **Revista de Ciências Gerenciais**. Londrina/PR. V. 12, n°. 16, p. 49–62, 2008.

LAROUSSE-BORDAS. *Dicionário Temático Larousse: Psicanálise*. Porto Alto: Temas e Debates, 2007.

MEDINA, P.; DAMBROS, H. C. M; DAMBROS, I. Fenomenologia do cuidado: reflexões sobre e a condição humana no cenário de pandemia covid-19. **Pandemia e Mulheres**: V. 01. Org. Carla RODRIGUES, Maria POLETINE, Ezilda MELO, Independently Published, 2020.

OMS. **Promoción de la salud**: glosario. Genebra: OMS, 1998. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=EF-9C227DB893B4F7CDD4BB14ADCADC59?sequence=1 Acesso em: 19/04/2021

ONO, R. et.al. *Avaliação pós-ocupação: na arquitetura, no urbanismo e no design: da teoria à prática*. São Paulo: Oficina de textos, 2018.

SCLIAR, M. História do conceito de Saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 17(1): p. 29-41, 2007.

SILVA, M. E. A. Direito à saúde: evolução histórica, atuação estatal e aplicação da teoria de Karl Popper. **Revista Digital Constituição e Garantia de Direitos**. V. 9, n°. 2, p. 4 - 22, 8 jun. 2017.

TESKE, O. et. al. *Sociologia da acessibilidade*. In: SCHNEIDER, L. A et al. Curitiba/PR: Intersaberes, 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS. Relatório de Avaliação Institucional 2020. Disponível em: <http://download.uft.edu.br/?d=4bd4295b-ecdc-4074-8bd8-e37a10f1ddb3;1.0:Relat%C3%B3rio%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20Institucional%20UFT%202020.pdf> Acesso em: 31/03/2021.

