

RELATÓRIO DO DIREITO HUMANO À SAUDE NO BRASIL 2019



Centro de Educação e
Assessoramento Popular



Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)

Relatório do direito humano à saúde no Brasil 2019

Série Relatório do Direito Humano à Saúde no Brasil

Volume 2

Passo Fundo

EAB Editora

2020

© 2020 Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)

Série: Relatório do Direito Humano à Saúde no Brasil

Volume: 2

Capa: Diego Ecker

Projeto Gráfico: Diego Ecker

Diagramação: Diego Ecker e Rodrigo Oscar Roman

Revisão: Araceli Pimentel Godinho

Texto: Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)

Colaboradores: Nara Aparecida Peruzzo (CEAP), Valdevir Both (CEAP), Paulo César Carbonari (MNDH), Eni Carajá Filho (MORHAN), Madalena Margarida da Silva (CUT), Antônio Lacerda Souto (CONTAG), Maria Conceição da Silva (UNEGRO), Vanilson Torres (MNPR), Getúlio Vargas de Moura Júnior (CONAM), Bartirira Lima (CONAM), Márcia Leão (ANAIDS), Jair Brandão (Brasil RNP+)

Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)

Rua Anibal Bilhar, 865, Vila Lucas Araújo

CEP: 99074-470 – Passo Fundo – RS

E-mail: ceap@ceap-rs.org.br

Site: www.ceap-rs.org.br

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte

C397r Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)
Relatório do direito humano à saúde no Brasil : 2019 / Centro de Educação e Assessoramento Popular. – Passo Fundo: EAB Editora, 2020. – (Série Relatório do Direito Humano à Saúde no Brasil, ISBN 978-65-88324-01-1 ; v. 2).
125 p. ; 17 x 24 cm.

ISBN: 978-65-88324-03-5

1. Direito à saúde. 2. Direitos humanos. 3. Saúde pública. 4. Atenção básica. 5. Sistema Único de Saúde – SUS. 6. Saúde das minorias. 7. Grupos minoritários. I. Título. II. Série.

CDD: 614.07
CDU: 614:37(81)

Catalogação: Marina Miranda Fagundes - CRB 10/2173

2020

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Realização:



Apoio:



Apresentação da Série *Relatório do Direito Humano à Saúde no Brasil*

Para o CEAP, a luta em defesa do SUS e da saúde como direito humano, exige uma permanente sistematização de informações e uma constante produção de conhecimento que contribua na sua ação e dos parceiros.

Essa intencionalidade político-pedagógica se traduziu na elaboração, desde 2018, do Relatório Anual de Direito Humano à Saúde no Brasil. Construído com o Fórum Nacional de Defesa do Direito Humano à Saúde, tem o objetivo de dar visibilidade às violações do direito humano à saúde e às iniciativas de ação e luta em prol da sua defesa e promoção. Portanto, ao mesmo tempo que denuncia, anuncia a importância da democracia, do controle social, da organização social popular e da luta pelo direito à saúde.

Sobre o CEAP

O Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) é uma organização da sociedade civil, não governamental, sem fins lucrativos, autônoma, comprometida com a construção de um projeto de sociedade democrático e popular para o Brasil, tendo a educação popular como elemento central da sua atuação. Fundado em 1987 e sediado em Passo Fundo/RS tem como missão “Defesa e promoção da democracia e dos direitos humanos, fortalecendo os sujeitos sociais populares e seus processos a partir da Educação Popular”.

Sumário

Apresentação	6
Introdução.....	8

Parte I

1. Direitos humanos no Brasil em 2019: uma abordagem inicial aberta ao debate... ..	12
2. Direito humano à saúde no Brasil 2019: ameaças ao sistema universal de saúde	28

Parte II

3. Saúde das pessoas atingidas pela hanseníase.....	50
4. Saúde do/a trabalhador/a	59
5. Saúde dos povos do campo, da floresta e das águas	71
6. Saúde da população negra	82
7. Saúde da população em situação de rua	96
8. Saúde da população de periferia	108
9. Saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids.....	120

Apresentação

Paulo Freire, educador brasileiro conhecido mundialmente, alertava para a necessidade de superação de duas práticas muito comuns entre os que se propõem a lutar pela “transformação do mundo”. A primeira, o verbalismo, se caracteriza pela produção de saberes e discursos descompromissados com a ação transformadora e desenraizada dos sujeitos coletivos em luta; tende, fortemente, a se transformar num blá-blá-blá ou um intelectualismo alienante, que não passa de uma falsa consciência do mundo. A segunda, o oposto da primeira, mas igualmente perigosa e limitada, é a prática do ativismo: esta, segundo Freire, renuncia à reflexão e é uma simples “ação pela ação”. Envoltos nela, processos formativos e de análise da realidade são deixados de lado, importando apenas o “fazer”, o máximo possível de coisas. Margeada a vigilância reflexiva, seu lugar é tomado pela “sloganização”, ainda mais intensa em tempos de ciberativismo.

Num esforço de superar tanto o verbalismo quanto o ativismo, o CEAP e o Fórum Nacional de Defesa do Direito Humano à Saúde desafiaram-se a construir anualmente o Relatório do Direito Humano à Saúde no Brasil. O seu principal objetivo é subsidiar a luta pelo direito humano à saúde no Brasil.

Em vista desse propósito, a sua construção implica um caminho metodológico participativo, num processo em que temas, dados e experiências são sugeridos e vocalizados pelos próprios sujeitos, respeitando, sobretudo, seu lugar de fala, seus saberes e práticas.

Assim, pretende-se uma reflexão “com” e não “para” eles, buscando alimentar uma práxis transformadora da realidade.

Quiçá esta iniciativa tenha vida longa e alimente nossos sonhos de um mundo melhor para todas e todos, no qual a saúde seja um direito de todas e todos e não uma mercadoria afeita a exploração e acumulação capitalista. Que a elaboração deste relatório anual se transforme não apenas num “produto” fim, uma publicação, mas que seja o resultado de um processo político-pedagógico criativo, que se reinventa a cada ano, num movimento de aprendizagens permanentes e que nutrem nossa práxis ou “quefazer” cotidiano.

Boa luta!

Introdução

A vida, como dizia Paulo Freire, não é feita na solidão, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão. Falar exige coragem, esperança, sonhos e utopias. Coragem é a capacidade de não ser imobilizado pelo medo daqueles que querem nos silenciar, nos calar, nos criminalizar. Esperança é o verbo que move a luta e que permite esperar, não no sentido de imobilidade, mas de continuar a lutar mesmo em cenários que parecem ser tomados por cinzas e terras áridas. Sonhos e utopias, dizia Paulo Freire, são elementos práticos da formação que permite desvelar e denunciar as mentiras dominantes, anunciando que a vida de todas e todos valem, e devem sempre ser defendidas. Portanto, utopia não é sinônimo de “algo impossível”, algo que não alcançaremos, ou inútil, como dizem as vozes opressoras; utopia é a força que nos movimenta, que nos faz sermos aquilo que ainda não somos e acreditar que nós e o mundo somos mais, nunca menos.

Coragem, esperança, sonhos e utopias alimentam as vozes daqueles que gritam por liberdade, direitos, reconhecimento e democracia, denunciando as injustiças, por isso sofrem constantemente tentativas de silenciamento, aniquilação ou desmerecimento. O Relatório Direito Humano no Brasil edição 2019 é esse “grito”, alimentado pela coragem, esperança, sonhos e utopias, que ecoa nas praças, nas esquinas das ruas, nos porões, nos viadutos, no corpo de cada um e cada uma de nós, e impede-nos de sermos tomados/as pela desesperança, pelo conformismo, pelo silêncio e pela normose.

Em 2018, em nossa primeira edição do Relatório Direitos Humanos, nosso grito foi para denunciar o impacto da EC-95 e da Nova PNAB 2017 na política pública de saúde no Brasil. Nesta edição, 2019, nossas vozes dão visibilidade às violações e ações de luta em prol do direito humano à saúde de diferentes sujeitos de direitos individuais e coletivos, a fim de contribuir com movimentos, entidades sindicais e populares, conselhos de saúde, conselheiros e conselheiras, lideranças sociais em sua luta em prol do direito humano à saúde, assim como a nossa.

A metodologia e a estruturação do presente relatório foram construídas no Seminário do Fórum Nacional de Defesa do Direito Humano à Saúde, realizado em 12 e 13 de novembro de 2019. Estruturou-se o relatório em duas partes: a primeira faz uma abordagem geral sobre os direitos humanos e o direito humano à saúde no Brasil em 2019 – ambas as leituras são construídas por sujeitos inseridos em diferentes espaços de luta pelos direitos humanos, os quais são nominados em seus capítulos; a segunda parte foi elaborada em formato colaborativo entre o CEAP e diversos sujeitos e entidades, igualmente nominados no relatório, que inicialmente responderam um questionário padrão com três perguntas – a partir das respostas, sistematizou-se uma primeira versão de texto, que foi revisada e ampliada com observações, considerações e complementações.

Para facilitar a leitura e utilização do relatório, buscou-se estruturar essa segunda parte num formato que preserve os temas levantados e o “lugar” de fala dos sujeitos partícipes desta edição. Assim sendo, a opção foi fazer uma breve caracterização dos sujeitos, seguida de apresentação de algumas necessidades e demandas suas e, por fim, desafios por eles apontados.

O Relatório Direito Humano à Saúde 2019 é resultado de um processo participativo e também pedagógico. Ao mesmo tempo que o elaboramos, aprendemos com esse fazer, num exercício permanente de troca de saberes e respeito à diversidade. Reiteramos

o nosso desejo de que este relatório, feito a várias mãos, fortaleça e nutra nossa esperança de estarmos sempre em movimento e comprometidos com a luta pelos direitos humanos e um mundo melhor para todas e todos.

Que continuemos a gritar:

“Direitos Humanos Presente!”

Parte I

1. Direitos humanos no Brasil em 2019: uma abordagem inicial aberta ao debate...

Paulo César Carbonari¹

Fazer um balanço da situação dos direitos humanos no Brasil no ano de 2019 é uma tarefa difícil, pois exige que se contextualize tal análise ao primeiro ano de um governo antidemocrático, ultraneoliberal e de extrema direita. Há uma parcela significativa da sociedade brasileira que concorda amplamente com o que defende o governo, razão pela qual é esse o governo. Estamos diante de um governo que insinua defender os direitos humanos mas o faz no sentido inverso ao que se poderia entendê-los, se tomados como herança das lutas por direitos dos diversos sujeitos. Entender tal situação, seus principais aspectos e, dentro do possível, as alternativas é o que se fará nesta breve análise, um ensaio no calor dos acontecimentos.

¹ Doutor em Filosofia (Unisinos), membro da coordenação nacional do Movimento Nacional de Direitos Humanos (MNDH) e da Comissão de Direitos Humanos de Passo Fundo (CDHPF), presidente do Conselho Estadual de Direitos Humanos do Rio Grande do Sul (CEDH-RS), associado ao Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP).

Surpresa, não!

O Presidente empossado é um agente político que, de longa data, se pronuncia contra os direitos humanos, faz ataques frontais a eles e, particularmente, defende posições que são contrárias aos direitos humanos: a tortura, o desrespeito a gays, negros, mulheres e outros sujeitos de direitos. Nenhuma novidade sua posição política.

Um/a desavisado/a diria que não há muito sentido que um governo de ultradireita se diga um governo que vai fazer políticas de direitos humanos e que até mantenha um ministério com esse nome e dedicado a tais políticas. Mas não é bem assim. O que se vê com o governo que ascendeu ao Planalto em 2019, passado um ano, é uma situação distinta. Ele parece não seguir as teses dos ultraconservadores que historicamente fizeram ataques e críticas demolidoras aos direitos humanos, sejam eles os conservadores liberais ou os conservadores de direita. No caso do governo que assumiu o poder do Estado no Brasil, estamos diante de uma postura nova: não nega os direitos humanos, inverte-os e desmonta-os.

A inversão e o desmonte são feitos exatamente em nome dos direitos humanos, de um certo modo de entender direitos humanos. Isso vale para as ações de política interna, mas também às de política externa. O fato é que 2019 inicia um processo de desmonte e reversão da construção histórica feita até então. É trágico que assim seja, pois, exatamente no ano em que o terceiro Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3) completa seu décimo ano, o que se vê é exatamente serem institucionalizadas todas as críticas que lhe foram feitas no momento de seu lançamento².

2 Tratamos de analisar essas questões em vários momentos: em entrevista sobre o PNDH-3 ao site do INESC, em 12 de janeiro de 2010 [<https://fc.tmp.br/inesc/en/entrevista-sobre-pndh-3/>]; em artigo “PNDH-3: por que mudar?”, em *Carta*

Herança... para quê?

O PNDH-3³ nasceu sob ataque, “torpedeado” pela “direita”,⁴ especialmente setores militares, ruralistas, donos da mídia e conservadores das Igrejas, que criaram uma posição a partir dele e, para além dele, uma plataforma de rejeição e de ataque aos sujeitos de direitos, sobretudo aqueles/as que seguem “sem-direitos”. Esses sujeitos são os que estão na base do poder instalado com o governo de turno.

Maior, de 15 de janeiro de 2010 [www.cartamaior.com.br/?/editoria/politica/pndh-3-por-que-mudar-/4/15252]; em artigo no *Le Monde Diplomatique Brasil*, com o título “Direitos Humanos no Brasil: a insistência na violação”, em fevereiro de 2010 [<https://diplomatique.org.br/a-insistencia-na-violacao/>]; e em artigo na 5ª edição da *Revista Direitos Humanos*, publicada pelo governo, em abril de 2010, com o título “Caminhos para uma política nacional de direitos humanos: expectativas do movimento social com o PNDH-3” [www.memoriasreveladas.gov.br/administrator/components/com_simplefilemanager/uploads/583dc1125bffd6.08810346/revistadh5.pdf]. Também sistematizamos uma opinião mais ampla no artigo “Direitos humanos no Brasil: a promessa é a certeza de que a luta precisa continuar”, publicado no livro *Direitos humanos no Brasil 3: diagnósticos e perspectivas* (2012) [<http://pdfc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/direitos-humanos/direitos-humanos-no-brasil-3-mndh-2012>].

3 Decreto Federal n. 7.037, de 21 de dezembro de 2009 [www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7037.htm#art7].

4 Editoriais e artigos nos principais jornais do País foram contundentes, usaram “adjetivos” e “substantivos” desqualificadores e virulentos (o *Estadão*, em editorial, classificou-o como “roteiro para o autoritarismo”; Reinaldo Azevedo, como “golpe na justiça extingue propriedade privada”, na *Veja*, para citar dois exemplos). Ver Editorial do *Estadão*, disponível em <www.estadao.com.br/noticias/geral,roteiro-para-o-autoritarismo,493198>, de 10 de janeiro de 2010. Ver também <<https://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/o-suposto-decreto-dos-direitos-humanos-prega-um-golpe-na-justica-e-extingue-a-propriedade-privada-no-campo-e-nas-cidades-esta-no-texto-basta-ler/>>. Para um detalhamento da repercussão, ver, entre outros, a dissertação de mestrado (USP) “O Programa Nacional de Direitos Humanos 3 e a cobertura dos jornais O Estado de São Paulo e Folha de São Paulo”, de Miriam Ashkenazi, disponível em <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2140/tde-20022014-133159/pt-br.php>>.

A “ministra” (e uso aspas por não lhe reputar legitimidade) Damares⁵ declarou que pretende manter o PNDH-3. Na realidade, o que o governo está fazendo é um desmonte gradativo, calculado e contumaz das políticas de direitos humanos, inviabilizando efetivamente a implementação do previsto no programa.

A proposta de direitos humanos apresentada pela área do governo,⁶ ainda que não tenha formalmente revogado o Decreto do PNDH-3, o que faz é produzir uma espécie de PNDH-4, ainda que assim não o tenha chamado – e esperamos que não venha a fazê-lo. As ameaças e os retrocessos efetivos são colocados sob uma fachada para dizer que supostamente o governo faz políticas de direitos humanos (e a faz, para os “humanos direitos”, para os “homens de bem”, como reiteradas vezes declararam a “ministra” e o “Presidente”).

A essa ação, somam-se o próprio Presidente, suas propostas de “excludente de ilicitude”⁷ e de desmonte dos espaços democráticos de participação popular; o ministro da Justiça e seu “pacote anticrime”; o ministro da Educação e seu novo sujeito de direitos, o “pagador de impostos”; o ministro da Economia e seu “direito ao equilíbrio fiscal intergeracional”⁸, que liquida os direitos so-

5 Ver declaração da “ministra” em <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2019/01/19/damares-alves-ministra-contradireitos-humanos-mulher-familia.htm>>.

6 Particularmente a Portaria MMFDH n. 2.467, de 6 de setembro de 2019, que institui o Programa Juntos pela Vida: Família e Direitos Humanos do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos para o período 2019-2023.

7 Ver <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/11/22/excludente-de-ilicitude-entenda-projeto-de-bolsonaro-que-pode-isentar-agentes-de-seguranca-e-militares-de-punicao-em-operacoes-de-glo.ghtml>>. Agora, como forma de combate às organizações e protestos, ver <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2019-11/governo-prepara-lei-de-uso-de-glo-em-reintegracao-de-posse-no-campo>>.

8 Ver <<https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,guedes-quer-novo-direito,70003085721>> e <www1.folha.uol.com.br/mercado/2019/11/governo-propoe-condicionar-direitos-sociais-dos-cidadaos-a-situacao-fiscal.shtml>, para a crítica www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/594384-plano-mais

ciais previstos no artigo 6º da Constituição Federal, entre tantos outros, indicando uma ação orquestrada e organizada de ataque aos direitos humanos.

É de saudar a medida do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), por meio da Resolução CNDH n. 18, de 12 setembro de 2019, que pede a apresentação do Plano de Implementação do PNDH-3, entre outras ações – ainda que se possa constatar que o Observatório do PNDH-3⁹ não tenha sido atualizado desde 2016.

Sujeitos e direitos ainda mais ameaçados

Os vários sujeitos de direitos e os vários direitos estão, na sua especificidade, ameaçados ainda mais neste contexto maior. Ainda que não tenhamos condições de desenvolver com profundidade e extensão os diversos aspectos, ao menos os listamos no sentido de trazer a preocupação com sua situação.

Desmonte dos direitos sociais: o conjunto dos direitos sociais, particularmente de seguridade, previdência e trabalho¹⁰, está sob ataque. A aprovação das reformas nesses temas, que já vem de anos anteriores e se consolidou neste primeiro ano do governo atual, mostrará impacto negativo. Há claros retrocessos na efetivação

-brasil-e-a-subordinacao-da-cidadania-ao-equilibrio-fiscal-entrevista-especial-com-felipe-calabrez>.

9 Ver <www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/resolucoes>.

10 Ver, entre outros, em: <www.dieese.org.br/notatecnica/2019/notaTec214ReformaPrevidenciaAprovada.html>, <www.dieese.org.br/estudotecnico/reformaPrevidencia2019.html>, <<https://diplomatieque.org.br/reforma-da-previdencia-e-a-seguridade-social-no-brasil/>>, <www.dieese.org.br/estudotecnico/reformaTrabalhista.html> e <www.brasildefato.com.br/2019/03/23/artigo-or-a-reforma-da-previdencia-e-o-fim-da-seguridade-social>.

desses direitos, o que fere o previsto nas normativas de direitos humanos, que recomenda a progressividade e proíbe retrocessos (particularmente o artigo 2º do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – Pidesc).¹¹

Implementação da agenda de austeridade: esta é a centralidade da ação econômica do governo federal, com a adoção de várias medidas complementares às que já haviam sido tomadas no governo anterior, particularmente para a implementação dos efeitos da Emenda Constitucional n. 95/2016. O impacto já começa a ser sentido pelo rebaixamento dos investimentos, especialmente nas áreas sociais, também convertendo-se em retrocesso efetivo na garantia dos direitos.¹²

Mudança na política externa: o governo mudou significativamente sua linha de atuação junto aos organismos multilaterais, assumindo agendas retrógradas¹³ e aliando-se às posições das piores tradições de relações internacionais, especialmente em matéria de direitos humanos. O fato de o Brasil ter se candidatado e ter sido reconduzido para o Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas é um indicativo de que o ainda conta com apoio, apesar dos posicionamentos e de, inclusive, alguns acontecimentos (como na sessão com Jean Wyllys)¹⁴. Ainda que apresente informes

11 Promulgado pelo Decreto Federal n. 591, de 06/07/1992, que diz, em seu artigo 1º, *verbis*, “O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, apenso por cópia ao presente decreto, será executado e cumprido tão inteiramente como nele se contém”. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/do591.htm>.

12 Ver, entre outros: <<http://brasildebate.com.br/efeitos-da-ec-95-uma-perda-bilionaria-para-o-sus-em-2019/>>, <<https://domtotal.com/noticia/1424169/2020/02/emen-da-do-teto-de-gastos-faz-sus-perder-r-13-5-bilhoes-em-2019/>> e <<https://diplomatique.org.br/a-educacao-perdeu-r-326-bi-para-a-ec-95-do-teto-de-gastos/>>.

13 Ver <<https://oglobo.globo.com/mundo/brasil-vota-favor-de-protecao-identidade-de-genero-na-onu-mas-ressalva-que-genero-sinonimo-de-sexo-biologico-23804802>>.

14 Ver <<https://oglobo.globo.com/brasil/jean-wyllys-embaixadora-brasileira-batem-boca-na-onu-23524554>>.

internacionais devidos pelo Estado brasileiro (como o de meio período a respeito da Revisão Periódica Universal)¹⁵, o faz com informações superficiais ou discutíveis.

Ataque a povos e comunidades tradicionais: basicamente pelo desmonte das instituições responsáveis pela proteção, particularmente da FUNAI e da Fundação Palmares, além de uma série de medidas que se orientam pela posição de suspensão de demarcações com base no “marco temporal”¹⁶. A relatora das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas, Victoria Tauli-Corpuz, manifestou que, “quando Bolsonaro estimula a exploração econômica das terras indígenas em seu discurso, na prática, outorga um passe livre aos interesses econômicos e políticos que querem explorá-las”.¹⁷

Aumento da desigualdade e da pobreza: vários estudos mostram que houve aumento da desigualdade e da pobreza, o que afeta de modo muito intenso especialmente aqueles sujeitos de direitos que mais têm sofrido com a ausência de direitos¹⁸. A situação se agrava ainda mais de modo consistente, gerando consequências dramáticas para negros, mulheres e moradores de periferias, entre outros.

Desmonte de políticas: várias políticas como de educação em direitos humanos, de promoção da diversidade, entre outras, estão sendo desmontadas em todos os órgãos de governo. Ainda que se mantenha a estrutura, ela fica como se fosse uma “casca” sem

15 Ver o informe crítico da Sociedade civil em <<https://iddh.org.br/publicacoes/relatorio-de-meio-periodo-coletivo-rpu-brasil/>>.

16 Ver <<https://cimi.org.br/observatorio-da-violencia/o-relatorio/>> e <<http://apib.info/>>.

17 Ver <<https://exame.abril.com.br/brasil/relatora-da-onu-responsabiliza-bolsonaro-por-morte-de-lider-indigena/>> e <<https://cimi.org.br/2019/07/governo-bolsonaro-busca-impedir-maior-participacao-de-indigenas-na-onu/>>.

18 Ver <<https://cee.fiocruz.br/?q=Desigualdade-bate-recorde-no-Brasil>> e <www.estadao.com.br/infograficos/economia,desigualdade-social-piora-no-pais,1061187>.

efetividade. Entre as políticas que sofreram grande impacto, está a de prevenção e combate à tortura” (ainda que, em parte, tenha sido revertida pelo Judiciário), pelo desmonte do Mecanismo Nacional.¹⁹

Defensores/as de direitos humanos ainda mais ameaçados/as: de modo geral, os discursos de ódio são reforçados, o que resulta identificando defensores/as de direitos humanos como “defensores de bandidos”.²⁰ Há um desmonte na credibilidade e na efetividade da Política e do Programa Nacional de Defensores e Defensoras de Direitos Humanos, ainda que tenha sido ampliado para incluir novas categorias de defensores/as.²¹

Aumento do racismo: o agravamento dos discursos e da prática de ódio tem confirmado o racismo especialmente contra negros/as.²² Ele se manifesta em vários aspectos da convivência, mas também em racismo institucional e institucionalizado. Negros e negras são também as principais vítimas de violações em decorrência das desigualdades, e estão entre os mais pobres. O racismo também se manifesta nas vítimas da violência, preferencialmente

19 Ver <https://brasil.elpais.com/brasil/2019/06/11/politica/1560280040_819256.html> e <www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2019/08/justica-barras-desmonte-do-mecanismo-de-combate-a-tortura-e-assim-que-se-faz-resistencia/>, entre outras.

20 Ver <<https://nacoesunidas.org/onu-e-cidh-manifestam-preocupacao-com-mortes-de-defensores-de-direitos-humanos-nas-americas/>>, <www.cartacapital.com.br/sociedade/brasil-foi-o-40-pais-que-mais-matou-ativistas-de-direitos-humanos-em-2019/> e <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2020-04/pais-registrou-1833-conflitos-no-campo-em-2019-mostra-relatorio>>.

21 Ver <<https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2019/07/25/decreto-institui-programa-de-protecao-aos-defensores-de-direitos-humanos.htm>>.

22 Ver <www.uol.com.br/ecoa/ultimas-noticias/2019/11/13/70-dos-paulistanos-dizem-que-racismo-se-manteve-ou-aumentou-em-10-anos.htm> e <www.acritica.com/channels/manaus/news/casos-de-racismo-e-discriminacao-racial-aumentam-11-em-manau> e <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2019/11/13/73percent-dos-pretos-e-pardos-acreditam-que-preconceito-contra-populacao-negra-se-manteve-ou-aumentou-em-sp-diz-pesquisa.ghtml>>.

jovens negros e pobres.²³ A herança escravocrata se viu reforçada pelas intolerâncias e fundamentalismos presentes com força nos discursos e práticas patrocinadas, inclusive, pelas mais altas autoridades do País.

Violência institucional encorajada: ainda que haja uma ligeira redução dos homicídios, ela não pode ser tributada à ação do governo neste ano²⁴; por outro lado, a letalidade policial aumentou, como é o caso do Rio de Janeiro, onde só no primeiro trimestre a Polícia Militar matou 434 pessoas em confronto, atingindo uma média de sete óbitos por dia.²⁵ O ano também registrou a tendência de aumento do encarceramento, que já atinge mais de 704 mil pessoas.²⁶ Os presos provisórios (sem julgamento) correspondem, em 2019, a mais de 35% dos/as encarcerados/as.²⁷ O pacote anticrime, aprovado e sancionado em parte, ainda que não tenha garantido todos os pontos sugeridos pelo então ministro da pasta da justiça e segurança, significou um conjunto de retrocessos no sentido do aprofundamento do punitivismo.

Cresce a violência de gênero: as mulheres e LGBTI+ são as maiores vítimas nesse ano, que registrou aumento do feminicídio. Em São Paulo, por exemplo, os casos de feminicídio aumentaram 44% no primeiro semestre de 2019 comparativamente ao mesmo

23 Ver <www.almapreta.com/editorias/realidade/atlas-da-violencia-2019-75-5-das-vitimas-de-homicidio-no-brasil-sao-negras>.

24 Ver <<https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2019/06/15/por-que-o-numero-de-homicidios-caiu-no-brasil-quatro-especialistas-opinam.htm>>.

25 Ver <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/05/03/rj-bate-recorde-na-apreensao-de-fuzis-em-2019-numero-de-mortes-por-intervencao-policial-e-o-maior-nos-ultimos-20-anos.ghtml>>.

26 Ver <<https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2019/04/28/com-335-pessoas-encarceradas-a-cada-100-mil-brasil-tem-taxa-de-aprisionamento-superior-a-maioria-dos-paises-do-mundo.ghtml>>.

27 Ver <<https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2019/04/26/superlo-tacao-aumenta-e-numero-de-presos-provisorios-volta-a-crescer-no-brasil.ghtml>>.

período do ano anterior.²⁸ A pesquisa “Violência LGBTQ+ no período eleitoral e pós-eleitoral” mostra que mais da metade dos entrevistados (51%) afirmou ter sofrido algum tipo de violência motivada por sua orientação sexual ou identidade de gênero desde as eleições de 2018. As mulheres lésbicas são as que declararam ter sofrido mais violência (57%), seguidas das pessoas trans e travestis (56%), gays (49%) e bissexuais (44,5%).²⁹

Posições conservadoras de direitos humanos a enfrentar

Avançam posições conservadoras (punitivistas, seletivistas e meritocráticas)³⁰ de direitos humanos que, em boa medida, são hegemônicas.

A posição punitivista diz que “direitos humanos é privilégio dos bandidos”, numa compreensão de que “os direitos humanos só defendem os bandidos”. Ela se centra na ideia de que há um “bandido”, um “inimigo” a ser combatido de forma enfática e com todas as forças, particularmente a moral e a jurídica, juntas, de modo que o desejo fundamental é a eliminação desse inimigo (“pena de morte”, “tortura” e outras práticas são aceitáveis e desejáveis) como forma de “limpeza”, expurgo”, “expição”, “salvação”. Trata-se de alimentar “ódio” ao inimigo, que é “genérico” (o “bandido”) mas se

28 Ver <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2019/08/07/casos-de-feminicidio-aumentam-44percent-no-1o-semester-de-2019-em-sp.ghtml>>.

29 Ver <<http://violencialgbt.com.br/em-pesquisa-sobre-violencia-contralgbt-no-contexto-politico-eleitoral-mais-de-50-dizem-ter-sofrido-pelo-menos-uma-agressao/>>.

30 Trabalhamos essas perspectivas em vários momentos, particularmente em CARBONARI, Paulo César. Os sentidos dos direitos humanos: reflexões nos 70 anos da DUDH. *Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos [RIDH]*, Bauru, Unesp, v. 7, n. 1, p. 19-32, jan./jun. 2019.

traduz concretamente em aplicação direta a sujeitos “delinquentes”. É uma versão negativa e negadora dos direitos humanos *tout court*. É a natureza que manda assim agir, é a lei natural que exige que se oriente a vida em sociedade pela eliminação do “mal” para preservar o bem – “que morram os que matam para que vivam os que por eles são ameaçados” (ou “bandido bom é bandido morto”).

A posição *seletivista* diz “direitos humanos, sim, mas só para humanos direitos”, relativizando a dignidade humana, que passa a se constituir em atributo de certos humanos selecionados por serem “de bem”, mas não igualmente presente em seres humanos não assim classificáveis. É uma versão que segue a anterior, mas dela difere pois aqui há um reconhecimento dos direitos humanos, que lá são negados. Mas eles não são universalmente aceitáveis para todas as pessoas. São aceitáveis como direitos, mas não daquelas pessoas que são tidas por “matáveis”, cuja vida pode ser eliminada como condição para que as “vidas valiosas” sigam vivas.

A posição *meritocrática* se filia ao pensamento ultraneoliberal, que se orienta pela ideia de um indivíduo solenemente retirado do convívio, de modo que entende que “direitos humanos são méritos do empreendedor de si”, uma compreensão “meritocrática” dos direitos humanos. Ela exaspera a ideia de indivíduo presente na noção liberal de direitos humanos, mais uma vez produzindo certa antiuniversalidade, pois atribui direitos àqueles indivíduos que se “esforçam” e que por isso “fazem por merecer”, sendo que, obviamente, somente os “melhores” é que merecem, por serem eles os que são mais aptos à concorrência. Os que não o conseguem são culpados porque não empreenderam, não se esforçaram e não usaram da liberdade que lhes estava disponível para promover sua própria iniciativa.

Uma análise, quadro triste...

O mínimo de política de direitos humanos que estava em construção, de modo geral, foi sendo liquidado direta ou sorrateiramente pelos retrocessos que vêm sendo implementados pelo ultraneo-liberalismo e pelo ultraconservadorismo do governo de plantão. Por terra, a noção de política de direitos humanos como “política de Estado”; por terra, a possibilidade de avançar progressivamente, sem admitir retrocessos. Há modos diversos, diretos, indiretos, espertos, abusivos, sutis, enfim, de todo tipo, para fazer dos direitos humanos um *nonsense*. Aliás, esse governo é habilíssimo neste quesito de criar “*nonada*”, faria até o Barão de Münchausem³¹ passar vergonha.

O uso asquerosamente interesseiro dos direitos humanos como argumento contra os direitos humanos é o que torna tudo ainda mais difícil, dado que o cardápio dos direitos humanos está completamente desmontado, com tantas perspectivas em disputa, que a cidadania já nem consegue ver neles lampejo que seja de possibilidade emancipatória para sua realização. O afastamento dos populares dos direitos, a conformação ao que está aí, o brado histriônico dos privilegiados inibem de tal sorte que o espaço para a crítica reduziu; talvez, tenha falido!

31 O “nonada” passou a ser “[...] o principal assunto das conversas em todo o Império. Nonada, nonada, nonada.” “Nonada” passou a ser o assunto, o objeto do desejo, a necessidade do reino, e gerou petições de todo tipo, mas que não foram imediatamente atendidas pelo barão, o que gerou uma rebelião e saque dos celeiros onde estava armazenado “nonada”. O resultado é que, “[...] fosse devido à vontade reprimida, à enorme curiosidade, à força da imaginação ou à índole da população – não há como saber –, o fato é que apreciaram imensamente a nonada. Foi uma intoxicação de alegria, satisfação e aplauso.” (RASPE, 2014, p. [133]). (RASPE, Rudolf Erich. *As surpreendentes aventuras do Barão de Münchhausen* – em XXXIV capítulos. Trad. Claudio Alves Marcondes. Ilustr. Rafael Coutinho. São Paulo: Cosac Naify, 2014. [Edição eletrônica].)

Esse conjunto de situações afasta ainda mais os direitos humanos de sua presença como forma-de-vida. Os sujeitos, mais ameaçados ainda. Para as maiorias, os direitos humanos estão ainda mais longe de ao menos serem uma promessa de esperança de realização. E, o pior, há o uso dos direitos humanos crescente como recurso de controle e regulação, formas de intervenção indevida.

Alguns desafios para seguir em luta...

A realização dos direitos humanos exige luta permanente dos sujeitos de direitos, sobretudo daqueles/as que são “os/as sem-direitos”. E há muitas e diversas formas de lutar por direitos. Em cada contexto, é preciso desenvolver a capacidade de compreender a situação, de agir adequadamente, de modo a tornar efetivas as possibilidades de afirmação das potências por vezes latentes.

A organização/luta, a formação/educação e as alianças são fundamentais para fazer a denúncia corajosa das violações, a cobrança/monitoramento dos compromissos e responsabilidades em direito humanos e, acima de tudo, o aprofundamento da solidariedade entre os/as sujeitos/as. A resistência é um exercício cotidiano, tecido nas relações entre os/as sujeitos/as populares, mas é também a denúncia incansável das violações e de todas as *potestades* que as patrocinam. Nisso há uma luta profunda a ser levada adiante.

Para isso, há condições que revelam as tensões e as contradições mais profundas que ainda persistem e, por isso, alimentam a vida política e a luta política.

A *afirmação da vida para todos/as* é a condição de fundo, o que inclui paradoxalmente a vida dos/as que historicamente foram inscritos entre aqueles/as que não podem viver, aqueles/as que não poderiam figurar mais do que como *vida nua*, aqueles/as de-

clarados/as *sacer*, as “vidas matáveis”. Trata-se de afirmar a vida *em abundância*, o *bem viver*; e isto como valor incondicional, mas condição de todo outro valor.³² Afirmer a vida e fazer a sua defesa, promover ações para sua produção, reprodução e desenvolvimento é o que se coloca como condição de resistência.

A *conscientização* pela práxis pedagógica e ético-política de *participação dialógica*, como ensina o patrono Paulo Freire³³, se coloca como outra condição. Não se nasce democrata, não se nasce tolerante, não se nasce justo; pode-se fazer-se democrático, tolerante, justo pela ação democrática, pela ação tolerante, pela ação justa. Aprende-se a ser democrático, tolerante, justo; aprende-se pela participação dialógica geradora de consciência – multidimensional, nunca meramente conceitual ou cognitiva – e, portanto, politizadora por excelência. Essa participação é incômoda e paradoxal, pois cobra lugar em espaços nos quais nunca se deu espaço para aqueles/as que sempre ficaram de fora das decisões históricas, que as “assistiram bestializados”. Diálogo, neste sentido, nunca será somente convergência; será, acima de tudo, provocação, deslocamento e, especialmente, encontro de diferentes, busca do comum, que não impõe e nem hierarquiza.

A *organização* e a *luta* daqueles/as que foram historicamente excluídos/as para enfrentar as realidades que os/as geraram é o que resta como ação central para provocar paradoxalmente a desestabilização da ordem “democrática” excludente e para resistir a todas as formas de “extinção”, transgredindo as margens estreitas do sistema gerador de vítimas, reproduzidor de lógicas e de realidades vitimárias³⁴ – mesmo que aqueles/as que se funcionalizaram

32 Seguimos de perto neste posicionamento a contribuição de DUSSEL, Enrique D. *Ética da Libertação na idade da globalização e da exclusão*. Trad. Jaime A. Clasen et al. Petrópolis: Vozes, 2000.

33 FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

34 Socorremo-nos, mais uma vez, no pensamento de Enrique Dussel (em obra já referida).

na “política policial” não gostem, que digam que a ação destes/as é ilegítima, que os chamem de bárbaros e violentos. Somente sua luta é que faz a humanidade perceber que aquelas que nasceram demandas particulares e até singulares podem ganhar *status* de direitos humanos se reconhecidas como bens comuns e necessários a todos/as. Os/as oprimidos/as, os/as excluídos/as se fazem sujeitos de transformação à medida que lutam, à medida que se fazem agentes de superação da condição de vitimização na qual foram colocados/as pela ordem vigente/excludente: em suas mãos, está a possibilidade de explodir o “contínuo da história” e a história, como sugeria Walter Benjamin.³⁵

A modo de conclusão, sem encerramento

Ainda que o governo do “barão”, digo, do “capitão”, esteja aí e suas “façanhas” ainda sejam cantadas em “odes” por algum tempo e aplaudidas por claques embevecidas, aqueles/as que seguirem no desassossego, com Primo Levi, dirão: “devemos nos esforçar por defendê-la a todo custo, justamente porque é a última: a opção de recusar nosso consentimento” (1988, p. 55).³⁶

Ora, se “[...] não é humana a experiência de quem viveu dias nos quais o homem foi apenas uma coisa ante os olhos de outro homem”, como diz Levi (1988, p. 253), recusar-se ao consentimento é o direito que mantém vivos os/as que resistem, como mantinha

35 BENJAMIN, Walter. Sobre o Conceito de História. In: LÖWY, Michael. *Aviso de Incêndio: uma leitura das teses “Sobre o Conceito de História”*. Trad. W. N. C Brandt [Trad. das Teses por Jeanne M. Gagnebin e M. L Müller]. São Paulo: Boitempo, 2005. | LÖWY, Michael. *Walter Benjamin: aviso de incêndio. Uma leitura das teses “Sobre o conceito de história”*. Trad. Wanda N. C. Brant. São Paulo: Boitempo, 2005.

36 Ver LEVI, Primo. *É isto um homem?* Trad. Luigi del Ré. Rio de Janeiro: Rocco, 1988.

vivos os confinados no campo, e exige pensar de modos outros que não os imperiais e imperativos dos tempos do “barão/capitão”.

Ainda que possa parecer um “querer o impossível”, o que anima o seguimento certamente é o que fortalece as potências que não fecham portas, nem mesmo as mais minúsculas frestas – já que é por elas que pode entrar o novo.

2. Direito humano à saúde no Brasil 2019: ameaças ao sistema universal de saúde³⁷

“A gente não tá tendo mais de onde tirar. Tem muita gente passando fome, tendo que levar seus filhos para casa de parentes porque não tem o que comer em casa.”³⁸

“O Hospital Pequeno Príncipe, referência no atendimento infantil em Curitiba suspendeu na noite de terça-feira (8) o serviço de pronto atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Essa é a terceira vez que o atendimento é suspenso em duas semanas. Desta vez, segundo o hospital, por tempo indeterminado. Conforme o hospital, o motivo da suspensão foi a grande busca à emergência do hospital. Na segunda-feira (6), o hospital chegou a 98% de lotação. Na terça (7), devido à grande movimentação na

37 Texto elaborado pelo Centro de Educação e Assessoramento Popular

38 Relato de uma Funcionária do Hospital Municipal Albert Schweitzer do Rio de Janeiro sobre o atraso no pagamento de seus salários, noticiado pelo Jornal Nacional em 2019, e disponível no link: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2019/12/07/pacientes-sofrem-com-a-falta-de-atendimento-em-uma-das-maiores-emergencias-do-rio.ghtml>).

emergência, o tempo de espera foi de dez horas no atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e seis por convênios particulares.”³⁹

“Moradora do bairro Santo Agostinho, Vitória Maria Machado Bender, 18 anos, vive entre idas e vindas na emergência do Hospital Conceição. Há três anos, ela sofre com dores abdominais. Em agosto, buscou ajuda no posto de saúde do seu bairro. Lá, foi indicada a fazer uma ecografia que o SUS não cobria. Pagou o exame do próprio bolso e recebeu o diagnóstico: pedras na vesícula. No mesmo mês, entrou na fila para a cirurgia geral. – No posto de saúde, dizem que não tem previsão. Está cada vez mais insuportável a dor. Sogra de Vitória, a diarista Mara Beatriz Justo, 60 anos, aguardou por oito meses para conseguir uma cirurgia no joelho esquerdo. – Nesse tempo que a gente fica esperando por consultas, os problemas vão só aumentando – acredita ela.”⁴⁰

“Uma crise sem precedentes no abastecimento de remédios ameaça o acesso à saúde de pelo menos 2 milhões de pacientes no país. Dos 134 medicamentos distribuídos pelo Ministério da Saúde à rede pública, 25 estão em falta ou com entregas insuficientes. Outros 18 têm estoques muito baixos e podem acabar em menos de 30 dias.”⁴¹

39 Ver <<https://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2019/05/08/hospital-pequeno-principe-suspende-pronto-atendimento-pelo-sus-por-tempo-indeterminado.ghtml>>.

40 Ver <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2019/01/cirurgia-do-sus-com-maior-tempo-de-espera-em-porto-alegre-demora-mais-de-670-dias-cjqhr1v53014wo1nvse9wg7zo.html>>.

41 Ver <<https://panoramafarmaceutico.com.br/2019/05/08/falta-de-remedios-no-sus-ameaca-2-milhoes-de-pacientes/>>.

Já dizia, na 8ª conferência Nacional de Saúde, o sanitarista Sérgio Arouca: “o que queremos para a Saúde queremos para a sociedade brasileira”. Isto porque falar de saúde, como direito humano, não se restringe à oferta de assistência sanitária, trata-se de justiça social. Isto quer dizer que falar de direito humano à saúde é falar de projeto de nação, de modelo de desenvolvimento social, econômico e político; é falar de como a vida de todos é cuidada na sua integralidade, interdependente de saúde, alimentação, moradia, emprego.

O Brasil, quando promulgou a Constituição Federal de 1988, incorporou formalmente princípios, normas e mecanismos de efetivação dos direitos humanos. Essa deveria ser a perspectiva seguida para pautar a ação governamental nos diversos setores e o modelo de Estado a ser ratificado. Para Ventura (2011, p. 87), “O significado dos direitos humanos transcende a ideia de direitos legais; é um parâmetro ético universal de agir, que deve ser seguido por governos, instituições e indivíduos. O reconhecimento desses direitos pela comunidade internacional decorre de uma exigência moral inscrita na máxima do respeito universal devido a todos os seres humanos. Seus princípios e normas devem garantir a ‘satisfação das condições mínimas para a realização de uma vida digna’. Uma vida digna é aquela que o indivíduo possa ter suas necessidades básicas atendidas, respeitar a si mesmo (autoestima) e aos outros.”

O direito à saúde é formalmente reconhecido como um direito humano na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, em seu artigo XXV, no qual consta a seguinte redação: “Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.” (ONU, 1948) E no Pacto Internacional dos

Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) de 1992, no qual os países signatários “reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental”. O Brasil, como um país signatário da declaração e do PIDESC, compromete-se e responsabiliza-se pela sua efetivação. Logo, o conceito de “saúde” incorporado à Constituição Brasileira de 88 deve ser entendido à luz de ambos, entendendo-a como universal (para todos e todas, sem iniquidades e privilégios para alguns), indivisível (não há hierarquização entre os direitos, todos são fundamentais) e interdependente (ter saúde de qualidade depende da efetivação dos outros direitos).

Desde a constituinte, o Estado brasileiro conviveu com o tensionamento do modelo que seguiria como nação. No auge dos anos 2000, instaurou uma agenda de implantação do modelo neoliberal. Essa agenda foi interrompida com a eleição do governo Lula⁴². A eleição do governo popular de esquerda enfrentou inúmeros desafios; o enfrentamento ao neoliberalismo e o papel do Estado brasileiro estiveram sempre presentes. Esse tensionamento, de maneira muito superficial descrita aqui, resultou no Golpe de Estado, em 2016, sofrido pela então presidenta Dilma Rousseff. Desde 2016, a democracia brasileira, os direitos humanos e a própria Constituição de 88 sofrem constantes ataques. Já relatados em outras ocasiões, a onda ultraneoliberal avança de forma voraz, e políticas públicas que deveriam ter como horizonte a realização de uma vida digna para os seus assumem, cada vez mais, perspectivas *necros*. A agenda de Estado passa a ser fundamentada pela necropolítica (política da morte)⁴³. Esta necropolítica, em curso no

42 Não é objetivo deste texto fazer uma avaliação dos governos Lula e Dilma, muito menos dos seus antecessores; apenas mencionar, numa perspectiva macro, o projeto de Nação seguido por eles. Sabemos que, apesar de o governo Lula, ter interrompido ou pretendido interromper a agenda neoliberal no Brasil, poderia ter avançado mais no fortalecimento do SUS como sistema universal de saúde.

43 O conceito “necropolítica” foi desenvolvido pelo historiador e filósofo Achille Mbembe em um ensaio intitulado “Necropolítica” em 2003. Neste, ele examina

governo segundo as jornalistas Debora Diniz e Giselle Carino, em um artigo publicado pelo jornal *El País* em 2019, corrobora para que “Brasil e Colômbia disputem a miserável primeira posição de país mais arriscado para ser um defensor de A no mundo” (EL PAÍS, 2020). Isto é, o próprio funcionamento do Estado promove, em muitas ocasiões, políticas de morte.

O ano de 2019 inicia com a posse do novo governo brasileiro eleito em 2018, numa campanha marcada por *fake news* e ausência de debates sobre o projeto para a Nação brasileira. No relatório Direito Humano à Saúde, edição 2018, observamos que o Plano de Governo do Presidente eleito, na área da saúde, era confuso, sem estratégias estruturantes para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), nem perspectivas de enfrentamento aos seus grandes desafios. Ainda, era omissivo ao não apresentar e debater com a sociedade durante a campanha a proposta que hoje está sendo implementada pelo atual governo. No decorrer do primeiro ano de mandato, como relataremos, o governo explicita o seu projeto político para a saúde alinhado ao seu projeto ultraneoliberal de Estado.

Em seu discurso de posse, o Presidente eleito reforça a criminalização de pautas progressistas e a ideia de que o Brasil precisa se livrar de um inimigo “imaginário”, dissipando e legitimando um “ódio” ao diferente, ao diverso, e instaurando um governo que

o funcionamento do necropoder no contexto da ocupação colonial tardo-moderna, mostrando como a soberania é a “capacidade de definir quem importa e quem não importa, quem é ‘descartável’ e quem não é” (MBEMBE, 2016, p. 135). Num segundo momento do ensaio, o autor examina o que chama de “guerras contemporâneas”, reconstruindo como o poder de morte se configura. Segundo o autor: “[...] argumentei que as formas contemporâneas que subjagam a vida ao poder da morte (necropolítica) reconfiguram profundamente as relações entre resistência, sacrifício e terror. Demonstrei que a noção de biopoder é insuficiente para explicar as formas contemporâneas de subjugação da vida ao poder da morte. O ensaio [...] sugeriu que, sob o necropoder, as fronteiras entre resistência e suicídio, sacrifício e redenção, martírio e liberdade desaparecem.” (2016, p. 146).

opera a partir do caos e da violência. Apesar de, no discurso de posse, afirmar que “vamos valorizar o Parlamento” durante o ano, o governo incitou manifestações pelo fechamento do Congresso e do STF, exaltou a ditadura militar, menosprezou a tortura e as mortes oriundas desse período e, ainda, citou-as como medida de enfrentamento àqueles que, segundo ele, o impedem de governar – ou seja, aqueles que resistem e denunciam suas inúmeras violações de direitos e retrocessos nas políticas sociais.

Escolheu o ex-deputado e médico Henrique Mandetta (DEM-MS) para estar à frente do Ministério da Saúde, com o apoio da Frente Parlamentar da Saúde, dos hospitais filantrópicos e das entidades médicas. Mandetta, em seu discurso de posse como Ministro da Saúde, afirmou que “não se chega a um cargo de tamanha responsabilidade sem ter um compromisso muito grande com a família, com a fé, com o país, com a noção de Pátria”. Essa afirmação está intrinsecamente relacionada à tríade do *slogan* da campanha do então governo. Ressaltando que esses conceitos são amplamente ideológicos e representam o setor conservador da sociedade, não é nosso interesse discuti-los aqui, mas, por exemplo, o conceito de “família” implícito nessa afirmação não reconhece os avanços obtidos tanto pela Constituição de 88 como aquele do Direito da família que considera o princípio da igualdade jurídica dos cônjuges ou dos companheiros, o princípio da pluralidade familiar, o reconhecimento de união homoafetiva, o princípio da liberdade e o princípio do respeito à dignidade humana. O conceito de “família” amplamente difundido na campanha eleitoral é o de uma família patriarcal, centrada no pátrio poder, podendo legitimar, muitas vezes, a violência contra a mulher e homossexuais. E, mais do que uma simples compreensão teórica, isso tem implicações práticas na formulação de políticas públicas de saúde, uma vez que essa se constitui parte essencial na rede de enfrentamento a tais violações e na promoção e prevenção de cuidados assistenciais de tais populações. Talvez pudéssemos questionar:

como tais compromissos contribuem para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde como um sistema universal, equânime e integral? Como a noção de “pátria” enunciada pelo então ministro relaciona-se com a noção de “pátria” intrínseca ao SUS? Ou, ainda, que, estranhamente, para alcançar tal cargo, não seja necessário um compromisso com a saúde dos brasileiros e brasileiras, com o SUS e com a vida.

Ainda em seu discurso de posse, o Ministro da Saúde expõe sua autobiografia, e ressalta sua experiência como presidente da Unimed de Campo Grande, Secretário Municipal de Saúde de Campo Grande; reafirma seu compromisso com as casas filantrópicas, com as quais se compromete a rever suas dívidas, que, em sua compreensão, são resultados de políticas malfeitas; indica a necessidade de reestruturação do sistema de saúde indígena, o qual descaracteriza e desconsidera a luta histórica pela política atual do subsistema indígena. Ao final do seu discurso, então, aparece qual será seu compromisso, como Ministro, com a gestão pública do SUS:

Nós queremos e iremos cumprir um desafio constitucional, que saúde é um direito de todos e dever do Estado. Não tem retrocesso, não tem volta da nossa máxima constitucional [...] Não existem verdades absolutas, a não ser as constitucionais. As infralegais temos e iremos discutir, principalmente o conceito de equidade. Muitas vezes vemos o conceito de integralidade do nosso sistema de saúde ser rapidamente absorvido à universalidade. Inúmeras ações judiciais argumentam a máxima constitucional e nos dizem que é universal e é integral. O pilar da equidade é relativizado. A equidade é onde o país deve encontrar a sua racionalidade para fazer mais por quem tem menos, e transformar o desigual em igual [...] Portanto, o conceito de equidade deverá ser melhor observado e talvez tratado pelo próximo parlamento para que possamos dar luz a um dos sistemas

pilares do sistema único de saúde. [...] Para onde vamos? Nós vamos para a redução de gastos. (BLOG DA SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, não paginado).

O que parece, num primeiro momento, um compromisso com o fortalecimento do SUS, nada mais é que o compromisso público de realizar a transição do SUS como um sistema universal de saúde para um sistema de cobertura universal de saúde, usando-se de forma deslocada o conceito de “equidade”, ferindo gravemente o direito humano à saúde. Tentaremos reconstruir a seguir aspectos que permeiam tais concepções, e como essa deve se tornar uma agenda de luta em prol do SUS.

Não é nosso objetivo recuperar a historicidade do debate entre tais concepções, apenas enunciar principais questões postas nas duas perspectivas a fim de subsidiar a compreensão das medidas neoliberais incorporadas no SUS. Segundo Giovanella (2018, p. 1764), a concepção de cobertura universal no cenário internacional “foi moldada no período 2004-2010, por meio de relações entre a OMS, a Fundação Rockefeller e o BM, congregando um conjunto de diretrizes das reformas pró-mercado como redução da intervenção estatal, seletividade e focalização nas políticas de saúde”. Na cobertura de saúde, a questão do financiamento é central, pois incentiva o aumento da participação da iniciativa privada ao passo que diminuiu o financiamento público, aumentando o mercado privado da saúde; e a estratégia “passa a ser a redução de gastos diretos por meio da compra de seguros de saúde privados ou seguros subsidiados para pobres” (idem, p. 1765). Isso apresenta-se em contrariedade ao que se prevê nos sistemas universais de saúde: financiamento público a partir de receitas de impostos e contribuições sociais, e “[...] que todas as pessoas tenham as suas necessidades atendidas sem restrições para o acesso. Consagra a garantia do acesso universal como condição de cidadania.” (GIOVANELLA, 2018, 1766). No modelo de cobertura, você tem direito ao acesso a

partir de pacotes contratados de acordo com a capacidade financeira individual, isto é: se você paga, tem direito; caso não pague, não tem. O modelo de sistema universal garante o acesso a todos, independentemente de critério de renda e sem uma definição de cestas mínimas de serviços: a oferta do serviço é dada a partir das necessidades da população, cada um deve receber a atenção de acordo com sua necessidade, não de acordo com sua renda ou com contrato previamente estabelecido. A saúde é um direito, e não uma mercadoria. Para o setor privado, a saúde é mercadoria: quem não pode pagar, não tem direito; no modelo de sistema universal, a saúde é um direito humano, isto é, compreende para além da mera assistência individual.

Como pode ser percebido, o modelo de cobertura universal está atrelado a um modelo de Estado mínimo; o Estado não é o garantidor do direito, mas o regulador do sistema de saúde, cuja principal função é “promover o asseguramento ou contratar serviços privados para oferecer às pessoas que não possam comprá-los no mercado” (GIOVANELLA, 2018, 1766)

Como o conceito de “equidade” referenciado pelo Ministro evidencia essa transição? Para responder isso, precisamos rever tal conceito a partir da diferenciação acima: entre sistemas universais e de cobertura universal. O que é “equidade” para um sistema universal de Saúde? O termo tem sido usado como sinônimo do princípio de igualdade – uma vez que os princípios constitucionais do SUS são universalidade, igualdade e integralidade –, apesar de os conceitos não serem sinônimos. O princípio da equidade “[...] busca reconhecer as diferenças nas condições de vida e de saúde e nas necessidades das pessoas considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade.” (FIOCRUZ, não paginado). É mister salientar que os princípios de universalidade, integralidade e equidade concebidos no SUS estão atrelados a uma concepção de Estado e à forma como este deve prover a seguridade social dos seus. Não é possível estabelecer uma

hierarquia entre os conceitos ou concebê-los desvinculados um do outro, senão poderão ambos gerar iniquidades e desigualdades. O princípio da equidade, vinculado ao conceito de “universal”, como sistema universal de saúde, trata de inclusão: incluir todos de forma integral, não fazer escolhas entre este ou aquele, para este ou aquela ação – como na compreensão de cobertura universal de saúde. Isto é, não é um “complemento” de seguro para quem não pode pagar, nem uma cesta básica de serviços ofertados, como compreendido pela perspectiva da cobertura universal. O conceito de “equidade”, referenciado como “pilar” pelo Ministro, dialoga com a concepção de SUS enquanto cobertura universal de saúde, uma vez que o desvincula da universalidade e da integralidade e sinaliza a importância de rever a forma como historicamente o SUS o concebeu, ou seja, o de incluir e não de excluir. Relaciona o conceito de “equidade” a um SUS a serviço de um Estado mínimo que garante cestas de serviços básicos àqueles que não possuem renda para pagar por serviços de saúde, restringindo saúde a assistência, ou a mero produto, deixando de lado a dimensão do direito humano. Tal posição fortalece a guinada biomédica, o setor privado, precarizando o sistema público de saúde. Um exemplo disso é a consulta pública do Ministério da Saúde para definir um padrão de serviços essenciais que devem ser ofertados à população em todas as UBS que compõem a APS, ou seja, uma cesta básica de serviços a serem ofertados.

Essa fala do Ministro da Saúde está alinhada ao projeto de governo, tanto que, no seu discurso de posse, o Ministro da Economia, Paulo Guedes, assume: “[...] nós vamos na direção da liberal democracia. Nós vamos abrir a economia, nós vamos simplificar impostos e nós vamos privatizar.” Fala, também, da necessidade da reforma da previdência, da desvinculação das receitas, do teto de gastos e de possíveis *vouchers* para a Saúde e a Educação. Guedes encerra seu discurso afirmando: “[...] depois de trinta anos de aliança política de centro e esquerda, agora há uma aliança entre

conservadores, em princípios e costumes, e liberais na economia.” Essa aliança significa considerar cada vez menos a intervenção do Estado na economia; isso quer dizer que um sistema universal de saúde não cabe, pois, nessa compreensão, onera muito o Estado, eleva gastos, e o Estado não tem a mesma eficiência que o mercado, portanto deve “deixar com quem sabe fazer”.

A concepção de “equidade” apelada pelo Ministro da Saúde, alinhada à fala do Ministro da Economia, dá continuidade à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, embasa a nova portaria de financiamento da atenção básica publicada em 2019 e dialoga diretamente com a EC-95. Relatamos, no Relatório Direito Humano à Saúde 2018, os impactos da Nova PNAB 2017 e como ela fere centralmente a concepção de “saúde” como direito humano, abrindo caminho para a expansão dos chamados planos populares, fortalecendo a saúde como produto a ser comercializado.

A Portaria n. 2.979/2019 – Programa Previne Brasil – estabelece novo modelo de financiamento de custeio da atenção primária à saúde. Ou seja, acaba com o PAB fixo e cria uma nova forma de financiamento da atenção básica por quatro dimensões de financiamento: capitação ponderada, desempenho, programas (incentivos) e provimento.

O Professor Áquilas Mendes, (2019, não paginado) no Seminário Nacional de Orçamento e Financiamento do SUS – Pós 16ª Conferência Nacional de Saúde, realizado em 2019, pelo Conselho Nacional de Saúde, questiona: “...para qual atenção primária de saúde?” Ou seja, a regra da nova forma de financiamento da atenção primária à saúde é, ao mesmo tempo, o lançamento de uma “nova” atenção primária no Brasil? Por que essa pergunta se torna central e contextualizada? A atenção básica de saúde, termo utilizado no Brasil, anterior a essa portaria integra tanto um sistema universal de saúde quanto um sistema de cobertura universal; no entanto, o sentido e a função não são os mesmos.

Segundo Giovanella (2018, p. 1766), “Nos sistemas universais, a garantia de cuidado integral (individual e coletivo) exige a coordenação entre serviços, organizados em rede, integrados e territorializados, distribuídos com economia de escala e orientados pela atenção primária à saúde (APS), com predomínio da administração e prestação públicas, resultando em melhor qualidade, menores custos e maior eficiência. Sistemas universais integram cuidados individuais e ações coletivas de prevenção e promoção. O enfoque populacional exige promover políticas transversais intersetoriais para enfrentar os determinantes sociais da saúde.” Essa compreensão dialoga com a forma como o SUS foi estruturado no Brasil desde 1988, por meio de um desenho regionalizado, descentralizado e com redes hierarquizadas em níveis de atenção integrados de forma a considerar ações de saúde pública e cuidados individuais, com garantia de atenção em todos os níveis de complexidade, conforme a necessidade, sem definir uma cesta restrita de serviços. Segundo a mesma autora, a atenção primária de saúde também é uma estratégia para a cobertura universal de saúde, no entanto, com outra perspectiva. Na cobertura universal de saúde, “APS refere-se a um pacote básico de serviços e medicamentos essenciais definidos em cada país, correspondendo a uma abordagem seletiva para alcance de um universalismo básico em países em desenvolvimento.” (Ibidem, p. 1767). Essa perspectiva alinha-se, na visão da autora, com uma visão liberal, a uma modalidade de intervenção governamental residual, focalizada e centrada na assistência. Ressaltamos, novamente, que essa cesta básica já foi posta em consulta pública, em 2019, pelo Ministério da Saúde.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), em agosto de 2019, na sua 320ª Reunião Ordinária, inclui em sua pauta a discussão da universalidade do SUS, com a participação de representante do Banco Mundial e do ex-conselheiro nacional de saúde e vice-presidente do CEBES Edson Correia Araújo. O presidente do CNS, Fernando Zasso Pigatto, explica que tal discussão deve-se, sobre-

tudo, ao convite do Ministério da Saúde ao CNS para debater a posição do Brasil que será apresentada em uma reunião em Nova York no mês de Setembro de 2019 (CNS, 2019). Após longo debate, a posição dos conselheiros é unânime em reafirmar o SUS como um sistema universal de saúde. Pigatto lembra que esse tema foi discutido amplamente pelo Brasil por ocasião da 16ª Conferência Nacional de Saúde e que o CNS tem o compromisso de reafirmá-la e defendê-la; portanto, a posição do CNS é a defesa de um sistema universal de saúde, contrária à proposta de cobertura universal de saúde. Para a conselheira Sueli Terezinha Goi Bairros, presidente da Comissão de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, é importante ter presente que a “[...] 16ª CNS reafirmou a saúde como direito humano a ser garantido por um sistema universal de saúde, público, integral, equânime, construído em rede hierarquizada, cuja oferta seja feita a partir das necessidades das pessoas, com financiamento adequado e suficiente e a participação da sociedade. Frisou que saúde não é mercadoria e sim direito e frisou que é preciso combater a proposta de transformar sistema universal em cobertura universal, pois, ao contrário do que se afirma, são dois conceitos distintos. [...] frisou que a proposta de cobertura universal desconhece a territorialização e a organização de redes hierarquizadas integradas, o que dificulta a continuidade do cuidado, a coordenação entre os serviços e a intersectorialidade como ferramenta potente para a saúde universal.” (CNS, 2019). Segundo ela, o Banco Mundial, ao defender a proposta da cobertura universal de saúde, fortalece o setor privado e o capital, visa acabar com uma saúde integral e com a participação social.



Então, quando o professor Àquilas (MENDES, 2019, não paginado) questiona sobre “para qual atenção primária de saúde” referem-se as novas regras de financiamento apresentadas pelo Ministério da Saúde, no fundo, ele está publicizando, ou denunciando, o rompimento de uma atenção básica focada no conceito ampliado de “saúde”, passando a uma atenção básica centrada no

modelo curativo. Neste sentido, para o professor Áquilas, é imprescindível analisar tal portaria em conjunto com os seguintes contextos: a) a Medida Provisória n. 890, que cria a Agência para o Desenvolvimento da APS (ADAPS), com atribuição de prestação direta da APS por meio da contratação de prestadores privados; b) o Programa Médicos pelo Brasil, que rompe com a exigência de residência médica; c) a consulta pública para carteira de serviços da APS, com a definição da proposta da lista de serviços básicos para a construção de uma classificação taxonômica preliminar padronizada.

O Conselho Nacional de Saúde publicou nota desaprovando a portaria da atenção primária, por três principais motivos: Por não incluir/discutir com o controle social; ferir o princípio da universalidade do SUS; fortalecer o modelo curativo de saúde, uma vez que rompe com a compreensão de atenção básica como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, e, assim, priorizando o modelo de pronto-atendimento, que pouco dialoga com as noções de “território”, “equipes multidisciplinares”, com as ações de promoção e prevenção da saúde.

O Programa Previne vem ao encontro do congelamento de gastos na saúde por vinte anos previstos na EC-95, ao passo que não “reclama” do orçamento da saúde nem o coloca como um desafio; pelo contrário, conforme fala do Ministro em seu discurso de posse: “Para onde vamos? Para a redução de gastos!” Ao olharmos para o orçamento de 2019, perceberemos uma redução de 10 bilhões de reais na saúde e uma perda histórica de 20 bilhões, denunciando que o SUS brasileiro vem agonizando com o desfinanciamento, que resulta na sua precarização e no cuidado das vidas brasileiras. Esse impacto poderá ser sentido de forma dramática no enfrentamento da pandemia da COVID-19, em 2020.

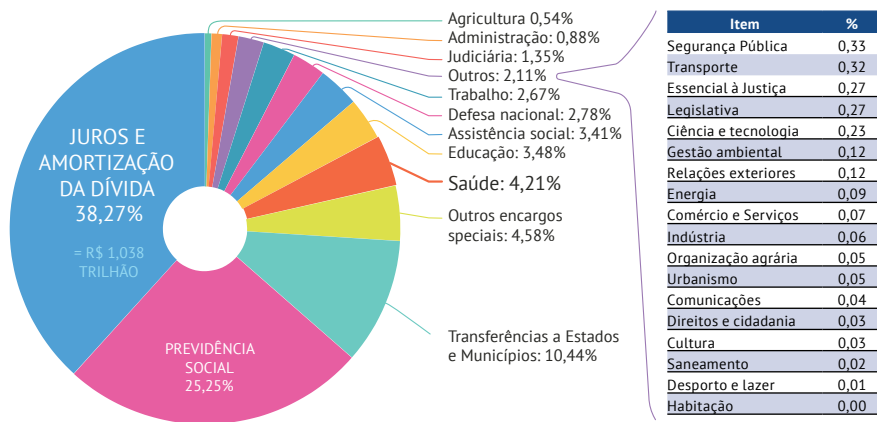
Tabela 1 – Emenda Constitucional 95/2016 – Perdas

Ano	SEM EC-95 em bilhões	COM EC-95 em bilhões	Diferença em bilhões
2017	R\$ 114,7	R\$ 114,7	-
2018	R\$ 127	R\$ 116,8	 R\$ 10,2
2019	R\$ 142,8	R\$ 122,6	 R\$ 20,2

Fonte: CEAP.

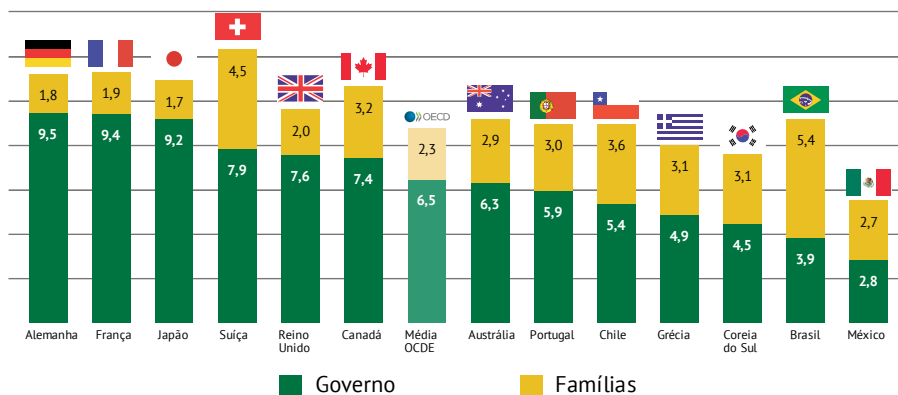
O gasto com saúde no orçamento da União em 2019 representou 4,21% do seu orçamento, contra 38,27% dos gastos com juros e amortização da dívida. Os números revelam a centralidade da política pública do Estado brasileiro e a ratificação da guinada ultraneoliberal. Outro dado importante foi divulgado, em dezembro de 2019, pelo relatório **Conta-Satélite de Saúde: Brasil 2010-2017**, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): mostrando que os gastos em saúde vêm aumentando, no entanto a participação dos gastos públicos diminui e aumenta a participação das famílias. No Brasil, o gasto médio com saúde gira em torno de 8% do PIB; destes, apenas 3,9% são gastos do governo e 5,4% gastos das famílias, ou seja, as famílias retiram dinheiro do seu próprio orçamento para pagar serviços de saúde, seja de forma direta ou por planos, convênios. Se compararmos esses dados com os dos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), perceberemos que as famílias brasileiras gastam praticamente mais que o dobro das famílias daqueles países – a média entre esses países fica na proporção de 6,5% para gastos do governo contra 2,3% de gastos das famílias.

Figura 1 – Orçamento da união 2019



Fonte: Fattorelli (2020).

Figura 2 – Despesas com saúde como promoção do PIB, por setor institucional (%) – 2017



Fonte: 1. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais. 2. System of national accounts 2008. Nova York: United Nations, 2009. 662 p. Preparado sob os auspícios da Organização das Nações Unidas - ONU, Comissão Europeia - Eurostat, Fundo Monetário Internacional - FMI, Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico - OCDE e Banco Mundial.

Além do ataque ao SUS como um sistema universal de saúde, do desfinanciamento do SUS, do desmonte da atenção básica como garantidora e ordenadora do direito humano à saúde, é necessário atentar para outras ameaças que estão em curso, como a Lei n. 13.097/2015, que permite a participação direta ou indireta e o controle do capital estrangeiro na saúde.

As vozes que enfrentam e denunciam o desmonte do SUS no Brasil não ficaram caladas em 2019, mas ocuparam a arena pública na luta pela garantia do direito humano à saúde. É mister denunciar que o governo brasileiro, por meio do decreto n. 9.759, de 11 de abril de 2019, extinguiu aproximadamente 700 conselhos previstos pela Política Nacional de Participação Social (PNPS) e pelo Sistema Nacional de Participação Social (SNPS). Também foram encerrados comitês, comissões, grupos, juntas, equipes, mesas, fóruns, salas e qualquer outra denominação dada a colegiados que não tenham sido criados por lei, representando um profundo ataque à democracia participativa.

O CNS, mesmo com os ataques sofridos, continua sendo um sujeito importante para a sociedade na luta pelo direito humano à saúde. Um momento importante de fortalecimento da participação social no SUS foi a realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), em agosto de 2019, com o tema central “Democracia e Saúde” e os três eixos principais: Saúde como Direito Humano, Consolidação dos princípios do SUS e Financiamento do SUS. Essa edição fez uma memória à 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco importante da luta social na construção do SUS. A conferência desafiou-se a tratar como objetivos principais: “1 - Debater o tema da Conferência com enfoque na saúde como direito e na consolidação e financiamento do SUS; 2 - Reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), para garantir a saúde como direito humano, a sua universalidade, integralidade e equidade do SUS, com base em políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na

Constituição Federal de 1988, e nas Leis n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; 3 - Mobilizar e estabelecer diálogos com a sociedade brasileira acerca da saúde como direito e em defesa do SUS, fortalecer a participação e o controle social no SUS, com ampla representação da sociedade em todas as etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8); 4 - Avaliar a situação de saúde, elaborar propostas a partir das necessidades de saúde e participar da construção das diretrizes do Plano Plurianual - PPA e dos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, no contexto dos 30 anos do SUS; 5 - Aprofundar o debate sobre as possibilidades sociais e políticas de barrar os retrocessos no campo dos direitos sociais, bem como da necessidade da democratização do Estado, em especial as que incidem sobre o setor saúde.” (ROSARIO; BAPTISTA; MATTA, 2020).

A defesa do SUS como um sistema universal de saúde, da democracia e do Brasil, pautada pela 16ª Conferência Nacional de Saúde, reuniu mais de 5 mil participantes na etapa nacional, realizou mais de quatro mil e seiscentas conferências, entre nacionais, estaduais e livres, atingindo um público total de aproximadamente um milhão de pessoas. O relatório com as propostas consolidadas da Conferência Nacional de Saúde foi lançado em novembro de 2019, em sessão ordinária do Conselho Nacional de Saúde, juntamente com os Conselhos Estaduais de Saúde, na sede da Fiocruz, no Rio de Janeiro. Ele é composto de 31 diretrizes, 329 propostas e 56 moções que marcaram o posicionamento do evento, e agora será instrumento político importante na condução da política pública de saúde no Brasil. Entre as propostas sistematizadas, destacam-se a revogação imediata da EC-95 e a garantia de financiamento público e sustentável ao SUS, a ampliação do Programa Mais Médicos, o fortalecimento da atenção básica em saúde a partir do conceito ampliado de “saúde”, a defesa do SUS como um sistema universal de saúde e contrário à cobertura universal de saúde.

Ainda, constitui-se como luta a realização da Conferência Nacional de Saúde Indígena, que estava prevista para ser realizada em maio de 2019, foi transferida para nova data e até o presente momento não tem nenhum indicativo do Ministério da Saúde quanto a realização.

Às vozes que lutam e defendem o SUS, soma-se o Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), que, em 2019, em parceria com o CNS e a OPAs, desenvolve a 2ª edição do Projeto Formação para o Controle Social no SUS, com o objetivo de qualificar e fortalecer a atuação dos conselheiros/as da saúde e lideranças dos movimentos sociais que atuam na defesa do SUS em todas as unidades federativas do Brasil. Serão realizadas 84 oficinas de formação em todo o território brasileiro, para aproximadamente 2500 conselheiros e lideranças de saúde articulados com processo de multiplicação envolvendo as comissões de educação permanente dos Conselhos Estaduais de Saúde, além da elaboração de materiais educativos impressos e audiovisuais para subsidiar tal processo.

Para onde vamos? Para a luta em defesa do direito humano à saúde, para a defesa da vida de todos/as; para o enfrentamento da necropolítica, do racismo, da xenofobia, do machismo, da pobreza, isto é, de tudo aquilo que impeça que a vida floresça. Viva o SUS! Viva a democracia!

Referências

BLOG DA SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Discurso de posse do ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta**. 2019. Disponível em <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/geral/53718-discurso-do-ministro-da-saude-luiz-henrique-mandetta-transmissao-de-cargo>, acesso em maio de 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. **Decreto n. 591, de 06 de julho de 1992**. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/do591.htm>. Acesso em: jun. 2020.

BRASIL. Lei n. 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

EL PAÍS. **A necropolítica como regime de governo**. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2019/07/09/opinion/1562688743_395031.html>. Acesso em: 22 maio 2020.

FATTORELLI, Maria Lucia. **Argumentos equivocados usados por aqueles que defendem a destinação de recursos prioritários para o setor financeiro**. 2020. Disponível em: <<https://auditoriacidada.org.br>>. Acesso em: 17 mar. 2020.

FIOCRUZ. **Sus de A a Z**. Disponível em <https://pensesus.fiocruz.br/equidade>, acesso em março de 2020.

GIOVANELLA, Ligia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 maio 2020.

IBGE. **Relatório Conta Satélite 2015-2017**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/portaensp/informe/site/arquivos/anexos/6c3e434126a948bd2b5aec4eede17f92ed6ac3c8.PDF>. Acesso em: 27 maio 2020.

MBEMBE, Achille. Necropolítica: subtítulo do artigo. **Artes e Ensaios**, Rio de Janeiro, n. 32, p. 122-151, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993>>. Acesso em: 1 jun. 2020.

MENDES, Àquilas. **Marchas e contramarchas do sus: democracia, financiamento e pacto federativo**. 2019. Mimeo

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 1948. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2020.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – PIDESC**. 1966. Disponível em: <<https://fianbrasil.org.br/wp-content/uploads/2016/09/PIDESC.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2020.

REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS, 320. Brasília. **Atas**. Brasília, 2019.

ROSARIO, Celita Almeida; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MATTA, Gustavo Corrêa. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 17-31, mar. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 maio 2020.

VENTURA, Miriam. Saúde e Direitos Humanos: Desafios e Perspectivas. **Saúde e Direitos Humanos**, Rio de Janeiro, n. 7, ano 7, p. 87-100, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_direitos_humanos_ano7_n7.pdf>. Acesso em: 22 maio 2020.

Parte II

3. Saúde das pessoas atingidas pela hanseníase⁴⁴

A Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde (MS) conceituam a hanseníase (antigamente conhecida como lepra) como uma doença crônica, transmissível, de notificação compulsória e investigação obrigatória em todo o território nacional e nos demais países do mundo.

Ela tem como agente causador o *Mycobacterium leprae*, bacilo que possui uma capacidade de infectar grande número de pessoas que vivem nesse mundo. Atinge principalmente a pele e os nervos periféricos, podendo ocasionar lesões nesses nervos, tem alto poder de incapacitação e sequelas irreversíveis se não tratada de forma precoce. Além disso, é alto o índice de estigma e discriminação às pessoas que contraem essa doença. O bacilo infecta pessoas de ambos os sexos e de qualquer idade. É necessário um longo período de exposição à bactéria, sendo que apenas uma pequena parcela da

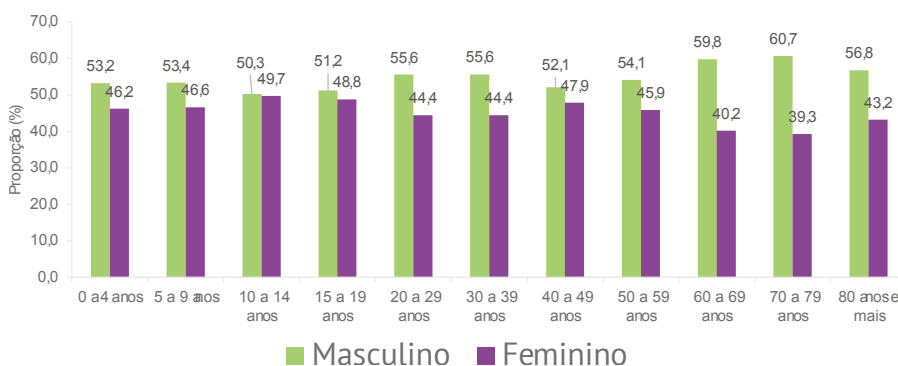
44 Este texto foi escrito por Eni Carajá Filho, da etnia povo Karajá, de Santa Isabel do Morro/Ilha do Bananal no Tocantins; coordenador estadual do Morhan Minas Gerais; membro do Comitê Mineiro de Apoio à Causa Indígena; graduando em Antropologia na UFMG; poeta, compositor, e educador social. Foi Conselheiro Nacional de Saúde e membro das Comissões de Relatoria na 15^a e 16^a Conferências Nacionais de Saúde, com colaboração do Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP).

população infectada realmente adoece; a outra por ter imunidade compatível com a autoeliminação desse bacilo.

Segundo Boletim Epidemiológico – Hanseníase, publicado pelo Ministério da Saúde, o Brasil é “classificado como um país de alta carga para a doença, ocupando o segundo lugar na relação de países com maior número de casos no mundo, estando atrás apenas da Índia”. Em 2018, ocorreram 30.957 novos casos na região das Américas e 28.660 (92,6% do total das Américas) foram notificados no Brasil. Do total de casos novos diagnosticados no País, 1.705 (5,9%) ocorreram em menores de 15 anos. Quanto ao Grau de Incapacidade Física (GIF), entre os 24.780 (86,5) avaliados no diagnóstico, 2.109 (8,5%) apresentaram deformidades visíveis (GIF2) (BRASIL, 2020, p. 9).

Segundo o referido documento, a maior frequência dos novos casos diagnosticados no período de 2014-2018 está entre os pardos (58,3%) (aqueles que declaram sua cor/raça no momento da notificação), seguidos dos brancos (24,6%) (BRASIL, 2020, p. 11). Também há uma predominância do sexo masculino em praticamente todas as faixas etárias, como pode ser observado no gráfico a seguir.

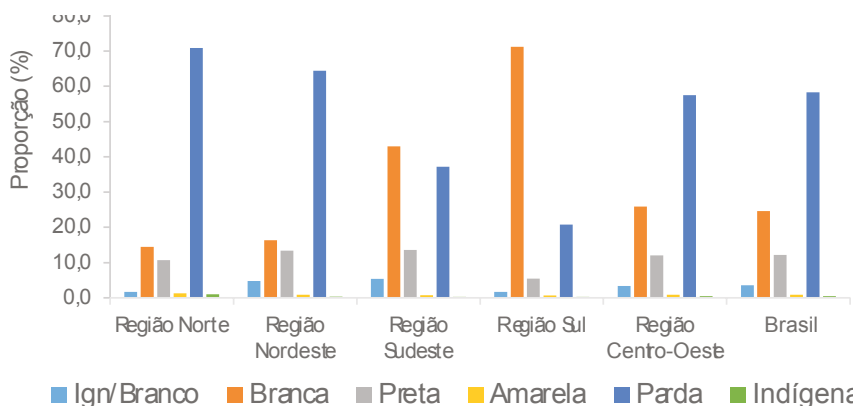
Figura 3 – Proporção de casos novos de hanseníase segundo sexo e faixa etária. Brasil, 2014 a 2018



Fonte: Sinan/SVS-MS.

Se olharmos para o recorte de região, percebemos predominância em casos novos na região Sul e Sudeste na população branca (71,4%), enquanto que nas demais regiões prevalecem os pardos, como observa-se no gráfico que segue.

Figura 4 – Proporção de casos novos de hanseníase segundo raça/cor e região de residência. Brasil, 2014 a 2018



Fonte: Sinan/SVS-MS.

Em julho de 2019, em Belo Horizonte, foi realizada a quarta edição do Fórum Social Brasileiro para Enfrentamento de Doenças Infecciosas e Negligenciadas, o qual contou com participação de vários movimentos, lideranças, pesquisadores, estudantes para discutir sobre o tema. O fórum lançou a Carta de Belo Horizonte, na qual expressa as reivindicações resultantes do debate do encontro. Nesta carta relata que:

Brasil apresenta elevada carga de morbimortalidade por doenças negligenciadas, a maior da América Latina, que seguem como condições persistentes em nossa realidade. Contudo, a saúde, como um direito constitucional e social, não vem sendo colocada como prioridade dentro do âmbito do Sistema Único de Saú-

de (SUS). Mesmo no século XXI, pessoas com leishmanioses, doença de Chagas, hanseníase, tuberculose, hepatites virais, esquistossomose, as incapacidades resultantes da filariose, entre outras doenças infecciosas e negligenciadas e suas consequências, ainda sofrem com a falta de acesso à saúde para diagnóstico e tratamento oportunos, em associação à negação de outros direitos fundamentais. As desigualdades sociais no País seguem em tendência crescente, comprometendo elementos centrais de pautas dentro dos direitos humanos, junto a questões operacionais de qualidade da atenção à saúde. Para além da negligência persistente de territórios e populações acometidos por estas doenças, iniciativas do atual governo Federal têm sido danosas ao SUS e à saúde de nossa população, ampliando o risco de ocorrência de um número cada vez maior de novos casos, e de graves prejuízos à atenção integral a pessoas já acometidas. Segue o avanço da pobreza, da extrema pobreza e da fome no Brasil, fatores que perpetuam e contribuem para o avanço destas doenças. Avançam as restrições no orçamento das organizações públicas de pesquisa, ensino e extensão, dentro de uma política de austeridade econômica implementada em meio a uma grave crise econômica global. O congelamento de recursos da área social em curso e os estímulos à iniciativa privada representam uma ameaça para a saúde da população brasileira, que já vem sendo sentida pela piora de vários indicadores de saúde e sociais, em particular para aquelas populações mais vulneráveis. (MORHAN, 2019a, não paginado).

A perversidade às negligências apontadas faz fortalecer a luta dos que atuam em um movimento social: o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), criado há 39 anos e funcionando ininterruptamente no Brasil, com fortes ramificações no voluntariado e na presença em países da América Latina, Caribe e países de língua portuguesa. Também há o apoio

técnico social da Fundação Sasakawa do Japão, que tem juntado esforços para a eliminação dessa doença.

Atualmente, ações e serviços de assistência às pessoas afetadas/convivendo com hanseníase encontram-se na atenção básica, de forma ambulatorial, residencial, ou seja, próximo à maioria das pessoas atingidas pela doença. Porém, segundo Eni Carajá, voluntário do Morhan, a luta em prol dos Direitos Humanos, especificamente das pessoas afetadas/convivendo com hanseníase, foi “completamente ultrajada com o advento perverso do Governo de Jair Messias Bolsonaro, sem classificação partidária, o qual desmontou todas as políticas públicas de interesse social e implantou uma concepção sórdida, em que o militarismo passou a ser a figura central de seu desgoverno, inclusive no Ministério da Saúde. Essa tecnocracia, deprimente, além de não dar sequência à luta para a completa eliminação da hanseníase como problema de saúde pública em nosso país, tem aprofundado o fosso em relação aos casos novos subnotificados, e sem investimentos próprios na terapêutica.”

Ainda segundo Eni, o governo vem desmontando a atenção básica, que é local prioritário e principal porta de entrada das pessoas aos serviços de saúde; em 2019, tentou, sem sucesso, alterar a terapêutica sem dialogar com os profissionais que atuam especificamente nessa atenção: como por exemplo, a tentativa de redução do esquema terapêutico para o paciente multibacilar de 12 para 6 doses.

Um dos grandes desafios é o preconceito que as pessoas afetadas/convivendo com hanseníase enfrentam, seja pelo uso pejorativo da palavra “lepra”, seja por falta de informação e conhecimento da doença. Neste sentido, o primeiro acolhimento na assistência da saúde é fundamental, assim como o acompanhamento, tratamento e suporte psicológico.

Em 2019, no Rio de Janeiro, foi realizado o I Encontro Latino-Americano e Caribenho de Entidades de Pessoas Afetadas pela Han-

seníase, pelo Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN) do Brasil, e a Federação de Entidades de Pessoas afetadas pela Hanseníase (Felehansen) da Colômbia, com o apoio da Fiocruz, do Ministério da Saúde e da Fundação Nippon, do Japão. Participaram representantes da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), o Mandato das Nações Unidas (ONU) para a Eliminação da Discriminação contra as Pessoas Atingidas pela Hanseníase e seus Familiares (Relatora Especial Alice Cruz, em visita acadêmica), o Ministério da Saúde, a Sociedade Brasileira de Hansenologia (SBH), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e movimentos sociais de dez países. Nesse encontro, foi discutida e aprovada uma plataforma com 38 propostas a fim de fortalecer a luta pelos direitos humanos das pessoas afetadas/conviventes com hanseníase. Entre as quais destacamos: (MORHAN, 2019c):

- solicitar que a OPAS/OMS recomende aos ministérios da saúde dos países a inclusão da questão da hanseníase e das doenças negligenciadas nas políticas públicas destinadas às populações em situação de vulnerabilidade;
- cobrar incentivo governamental a pesquisas em neuropatias, reações hansênicas, reações medicamentosas, reabilitações e políticas públicas focadas no pós-alta ou após a cura;
- lutar pela ampliação do incentivo e investimento para pesquisas de novos medicamentos e protocolos;
- lutar para que a avaliação de grau de incapacidade considere a inclusão das questões de saúde mental relacionadas ao estigma e à discriminação vivenciadas pelas pessoas atingidas pela hanseníase nos documentos, fichas de notificação, normas e diretrizes dos programas nacionais – e que essa avaliação utilize instrumentos de avaliação da qualidade de vida das pessoas, de forma integral;
- exigir dos governos nacionais, estaduais e municipais a criação e o mapeamento de redes de atenção à saúde mental que

atendam às demandas específicas das pessoas atingidas pela hanseníase e seus familiares, de forma humanizada e ética;

- encaminhar também a criação de programas de capacitação permanente em hanseníase para profissionais como psicólogos/as, farmacêuticos/as, odontólogos/as, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, pedagogos/as, sociólogos/as, antropólogas/os, historiadores (profissionais da saúde, educação e ciências humanas em geral);
- exigir dos países a criação de campanhas educativas e comunicativas contínuas sobre hanseníase em todos os meios.

Além dessas propostas, Eni Carajá ressalta a importância de:

- promover toda forma de vigilância para os casos da doença em menores de 15 anos de idade;
- combater o subfinanciamento e o congelamento dos recursos para a saúde com a firme defesa da revogação da Emenda Constitucional n. 95/2016, pois o congelamento de recursos da área social em curso e os estímulos à iniciativa privada representam uma ameaça à saúde da população brasileira;
- fortalecer o papel da Política Nacional da atenção básica à Saúde como espaço estratégico na promoção do cuidado, vigilância e controle integrados de doenças negligenciadas nos territórios de existência de pessoas afetadas, suas famílias e comunidades;
- ampliar o acesso ao diagnóstico com processos éticos de aconselhamento pré e pós-teste. Dentre possíveis estratégias, sugerimos que o Ministério da Saúde proponha a regulação que oportunize a testagem (prioritariamente na atenção básica) para essas doenças, em diferentes momentos da atenção na rede de serviços de saúde, particularmente àquelas pessoas sob maior risco epidemiológico e vulnerabilidade social;
- promover a Política Nacional de Humanização com reconfiguração do processo de formação e educação permanente de

profissionais de saúde, na perspectiva de estabelecer relações mais humanas, horizontais e qualificadas com todos os cidadãos e cidadãs;

- fortalecer redes de atenção à saúde, construindo linhas de cuidado e estímulo a grupos de autocuidado em hanseníase, que incluam, na perspectiva da integralidade, as incapacidades resultantes do diagnóstico tardio;
- reivindicar que essas pessoas tenham garantidos seus direitos, não só quanto ao diagnóstico precoce, como também no tratamento das complicações e sequelas que a doença pode deixar;
- assegurar a participação social nas tomadas de decisões no programa de hanseníase em todos os âmbitos: municipal, estadual e federal;
- garantir acesso e integralidade do cuidado da pessoa acometida pela hanseníase em todos os níveis de assistência (busca ativa, prevenção e promoção da saúde, tratamento e reabilitação).

Em 2019, para Eni Carajá, a luta se deu sem apoio governamental, uma vez que neste momento, com o governo Bolsonaro, todas as entidades democráticas, populares foram, de forma aberta e/ou velada, excluídas da participação em ações do poder público, por mera questão ideológica que esse Presidente insiste em alimentar; partindo de seu ódio e intolerância com a esquerda e para firmar seus projetos de extrema direita, passa a tratar a todas e a todos como inimigos.

Dessa forma, cassou, inclusive, o mandato de vários conselheiros e conselheiras no Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, sendo que o próprio Eni Carajá e Leomar Brigagão, que brilhantemente representavam o Morhan, tiveram seus mandatos de eleitos e empossados em 2018 cassados em 2019.

Referências

BRASIL. **Lei Federal nº 9010 de 29 de março de 1995 – que dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9010.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Hanseníase 2020**. Brasília, 2020. N. Esp. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/22/boletim-hanseniaze-2020-web.pdf>>. Acesso em: jul. 2020.

GOFFMAM, Erwing. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

MORHAN. **“Carta de Belo Horizonte” reúne reivindicações de fórum para enfrentamento das doenças**. 2019a. Disponível em: <http://www.morhan.org.br/noticias/2447/%E2%80%9Ccarta_de_belo_horizonte%E2%80%9D_reune_reivindicacoes_de_forum_para_enfrentamento_das_doencas_negligenciadas>. Acesso em: jul. 2020.

MORHAN. **I Encontro Latino-americano e Caribenho de Entidades de Pessoas atingidas pela Hanseníase**. 2019b. Disponível em: <http://www.morhan.org.br/noticias/2429/rio_de_janeiro_sedia_i_encontro_latino_americano_e_caribenho_de_entidades_de_pessoas_atingidas_pela_hanseniaze>. Acesso em: jun. 2020.

MORHAN. **Movimentos sociais e entidades da América Latina e Caribe formam coalizção para lutar por direitos das pessoas atingidas pela hanseníase**. 2019c. Disponível em: <http://www.morhan.org.br/noticias/2430/movimentos_sociais_e_entidades_da_america_latina_e_caribe_formam_coalizacao_para_lutar_por_direitos_das_pessoas_atingidas_pela_hanseniaze>. Acesso em: jul. 2020.

4. Saúde do/a trabalhador/a⁴⁵

Saúde do trabalhador e da trabalhadora é um recorte dentro da política pública de Saúde (SUS) que busca compreender as relações entre o trabalho, trabalhador/a e o processo saúde/doença. Segundo a Lei Orgânica da Saúde 8080/90, “[...] entende-se por saúde do trabalhador [...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.” (BRASIL, 1990).

Mas quem é considerado trabalhador/a? Para fins da Política Nacional do Trabalhador e da Trabalhadora, todo/a aquele/a que desempenha uma atividade de trabalho, isto inclui “[...] homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política.” (BRASIL, 2012).

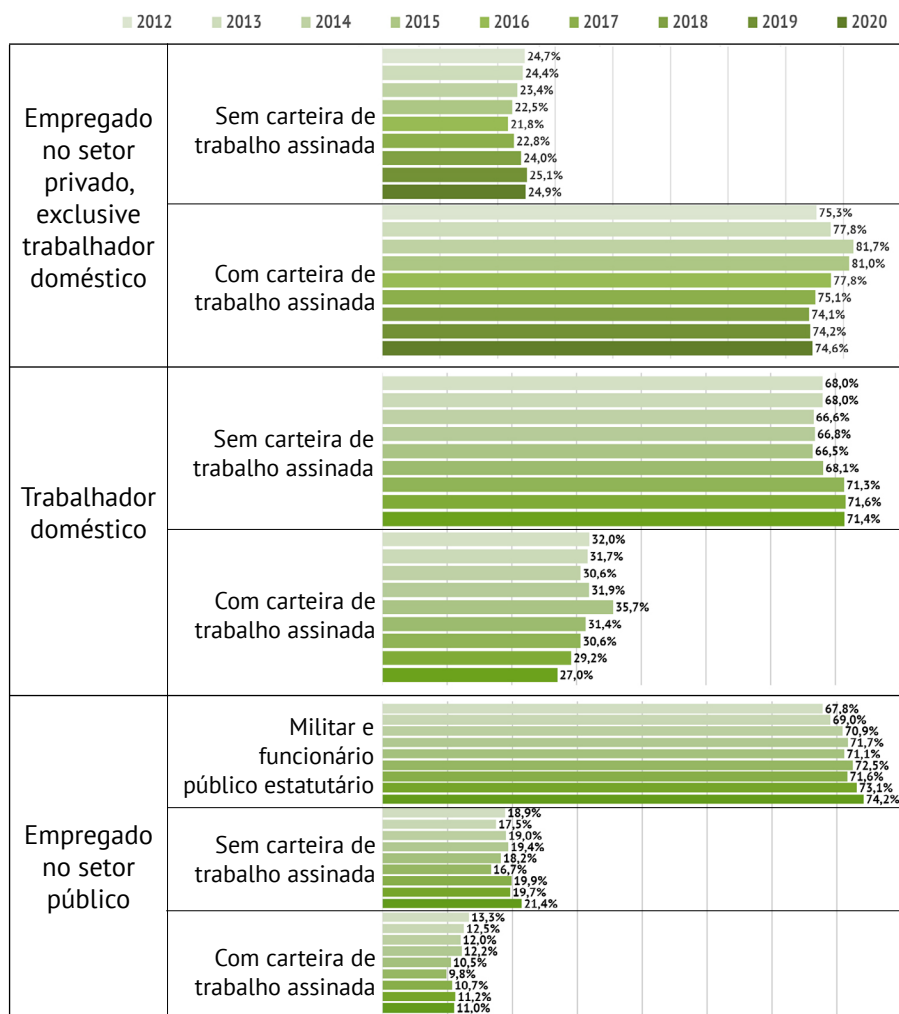
45 Texto produzido com colaboração de Madalena Margarida da Silva, Secretária da Secretaria da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora da CUT.

No primeiro trimestre de 2019, a taxa de pessoas ocupadas, segundo estimativa da PNAD (IBGE, 2019), era de 53,9%, revelando uma alta taxa de desemprego no Brasil, como veremos na sequência. Destes, 56,3% eram homens e 43,7% mulheres. A região Nordeste ficou abaixo da média nacional, tendo apenas 46,1% de pessoas ocupadas. No 1º trimestre de 2019, foi observado o menor percentual de pessoas com carteira de trabalho assinada entre os empregados do setor privado (74,2%), como pode ser observado no gráfico da figura cinco.

O percentual de pessoas ocupadas na categoria conta própria do trabalho, no primeiro trimestre de 2019, atingiu o percentual de 25,9%, revelando um crescimento comparativamente ao mesmo trimestre anterior (IBGE, 2019). A pesquisa ainda mostra uma concentração de trabalhadores nos centros urbanos e uma diminuição no setor rural, como pode se observar no gráfico da figura seis que segue.

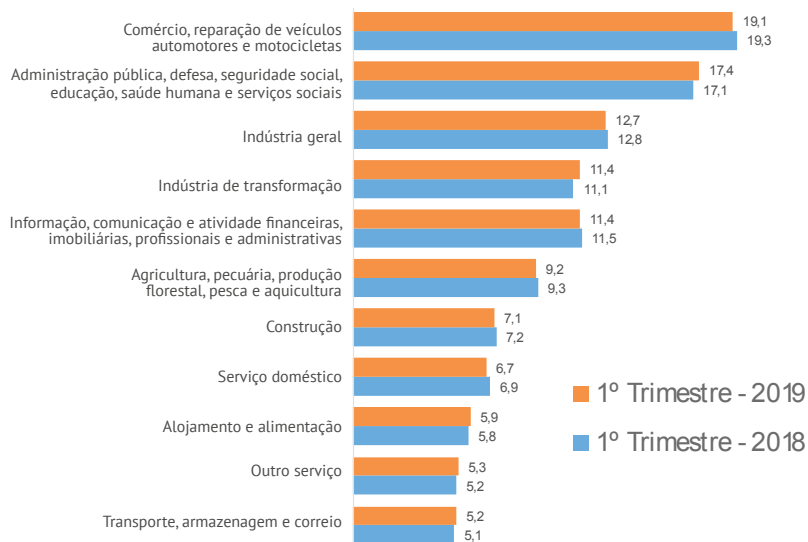
O desemprego, a subocupação, o trabalho informal (aquele sem nenhuma proteção social do Estado) e a baixa renda são características predominantemente presentes no cenário atual do Brasil. Segundo a PNAD 2019 (IBGE, 2019), o rendimento médio mensal real do trabalho do 1% da população com os rendimentos mais elevados era de R\$ 28.659, o que corresponde a 33,7 vezes o rendimento dos 50% da população com os menores rendimentos (R\$ 850). (IBGE, 2019b).

Figura 5 – Distribuição das pessoas de 14 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, por categoria do emprego no trabalho principal – Brasil 1º Trimestre



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua.

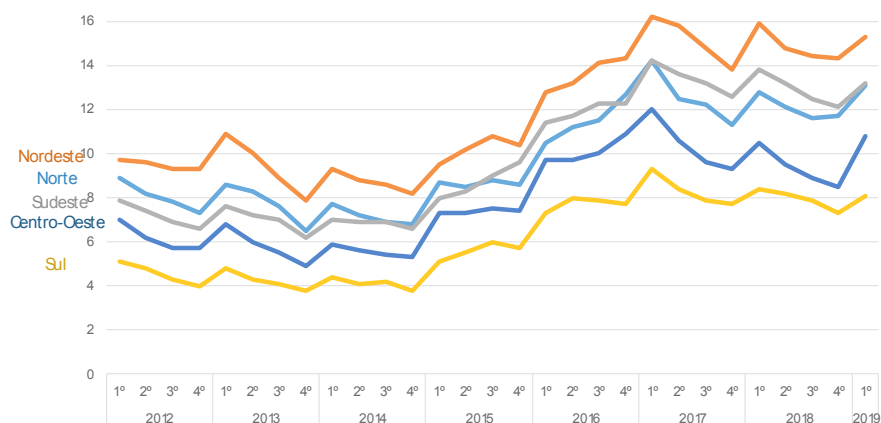
Figura 6 – Distribuição percentual das pessoas de 14 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, por grupamento de atividade no trabalho principal – Brasil



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua.

A taxa de desocupação no 1º trimestre de 2019 atingiu 12,7%. Entre as grandes regiões, ao longo da série da pesquisa, a Nordeste sempre apresentou a taxa de desocupação mais alta; a Centro-Oeste e a Sul, as mais baixas – conforme demonstrado no gráfico:

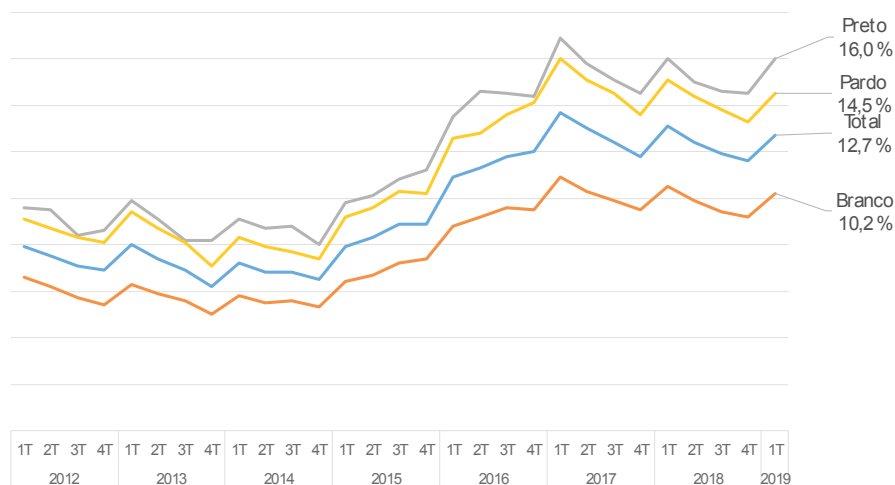
Figura 7 – Taxa de desocupação das pessoas de 14 anos ou mais de idade, na semana de referência (em %) – Brasil e Grandes Regiões



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua.

As mulheres continuam sendo maioria na população de desocupados: 52,6%; a taxa dos homens desocupados, no mesmo período, é de 47,4%. No 1º trimestre de 2019, a população de 25 a 59 anos representava 57,2% dos desocupados; os jovens de 18 a 24 anos, 31,8%; os menores de idade, 8,3%; e os idosos, 2,6%. Segundo o recorte de raça/cor, 63,9% dos desocupados no Brasil eram pretos ou pardos, enquanto que os brancos representavam 35,2% dessa distribuição. As taxas de desocupação observadas entre as pessoas de cor preta ou parda vêm apresentando as estimativas mais elevadas ao longo de todo o período de coleta da PNAD Contínua, como pode ser observado no gráfico:

Figura 8 – Taxa de desocupação por cor ou raça – Brasil



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua.

Além do desemprego, do trabalho informal, da subocupação que atingiu milhões de brasileiros em 2019, especialmente a população urbana, como pode ser observado nos gráficos anteriores, houve uma grande precarização das condições de trabalho, que foi iniciada pela reforma trabalhista em 2017, mas ganhou mais força com a aprovação da lei n. 13.874/20, que estabelece a declaração de direitos de liberdade econômica e garantias de livre mercado, flexibilizando e alterando a CLT brasileira aprovada em 1946. Ou seja, entre outras coisas, flexibiliza as regras trabalhistas, isenta a necessidade de cartão de ponto, separa o patrimônio dos empregados de possíveis dívidas das empresas e cria a carteira de trabalho eletrônica. As consequências da aprovação dessa normativa já são sentidas em 2019 com o aumento do desemprego no último trimestre do ano, mas em 2020, no enfrentamento da pandemia da COVID-19, elas serão determinantes na vida dos brasileiros e

brasileiras. Além do que, essas medidas impactam fortemente na saúde dos trabalhadores/as, principalmente na saúde mental.

Observa-se, em 2019, um grande número de acidentes de trabalho. Segundo informações fornecidas pela Central Única dos Trabalhadores (CUT), a implementação das ações de promoção, proteção, reabilitação saúde do trabalhador e da trabalhadora tem sofrido imensamente com as medidas do governo. Segundo informações recentes da OIT, a cada 15 segundos, morre um/a trabalhador/a em virtude de um acidente de trabalho ou de doença relacionada a sua atividade profissional – ou seja, 6300 mortes por dia num total de 2,3 milhões de mortes por ano, além de 860.000 pessoas feridas no trabalho. Os acidentes de trabalho causam mais mortes do que qualquer conflito bélico. São dois milhões e trezentas mil mortes por ano nesse cenário.

De acordo com a Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT), o Brasil é quarto país no ranking mundial de acidentes de trabalho: a cada 48 segundos, acontece um acidente de trabalho; e a cada 3h38min, um trabalhador perde a vida pela falta de uma cultura de prevenção à saúde e de segurança no trabalho.

O Observatório Digital de Saúde e Segurança, fruto da parceria entre o Ministério Público do Trabalho, a Organização Internacional do Trabalho e a Universidade de São Paulo, informou que, desde 2012 até agora, ocorreram mais de 5,3 milhões de acidentes e 19.883 óbitos foram registrados pelo Instituto Nacional do Seguro Social. Mais de 3 milhões foram notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação, ou seja, 1 notificação a cada 2 minutos e 19 segundos.

Com este triste cenário de adoecimentos e mortes relacionados ao trabalho, devido ao negligenciamento de condições de saúde e segurança por parte dos empregadores, ressalta-se ainda que, em 2019, o Brasil registrou, em 25 de janeiro, o “maior acidente de trabalho” de sua história, com o rompimento da barragem da Vale

em Brumadinho, que vitimou 304 trabalhadores e trabalhadoras, sendo 259 mortes identificados e 11 desaparecidos/as.

Para Madalena Margarida da Silva, Secretária da Secretaria da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora da CUT, num cenário tão grave como este, um conjunto de medidas e ações implementadas pelos governos Temer e aprofundadas pelo Bolsonaro no pós-golpe só agravou as precárias condições de trabalho, aumentando a exposição dos trabalhadores e das trabalhadoras aos riscos de adoecimentos e mortes. Um exemplo do pacote de maldade foi a edição da Medida 971/19, que eliminou e dificultou o acesso a inúmeros benefícios previdenciários, acidentários e de prestação continuada, sob o falso pretexto de combater a fraude, deixando os trabalhadores e trabalhadoras sem terem condições de garantir sua sobrevivência. Associado a isso, o governo também aprovou a reforma da previdência, que acresceu o tempo de contribuição previdenciária e a idade, aumentou o tempo de exposição da classe trabalhadora a riscos e agravos a sua saúde, dadas as precárias condições de trabalho.

Em todas as medidas adotadas pelo governo, segundo a Secretaria da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora da CUT, a saúde do trabalhador só dificultou e fragilizou ainda mais seu fortalecimento e ampliação. Desde o início do governo, o desafio tem sido no sentido de lutar contra a retirada de direitos, denunciando e incidindo onde é possível para garantir que os/as trabalhadores/as desenvolvam suas atividades com segurança.

De maneira geral, o Estado tem sido omissivo em garantir à população o acesso integral a serviços de saúde. Desde o Golpe em 2016, todos os programas e políticas de saúde têm sofrido inúmeros ataques. Além do congelamento dos recursos para a saúde imposto pela EC-95/16, o governo Bolsonaro continua sufocando o SUS, reduzindo cada vez mais seu financiamento. Em 2019, o governo modificou o formato de financiamento da atenção básica com a Portaria 2.979/2019 do Ministério da Saúde, que altera o repasse

financeiro aos municípios: com base na população cadastrada pelas equipes de saúde da família e de atenção primária. Com isso, a medida fere o princípio da integralidade e da universalidade, impedindo que quem não estiver cadastrado no posto de saúde seja atendido/a.

Com menos recursos para o SUS, fica evidente a dificuldade que os/as trabalhadores/as terão para acessar os serviços de saúde de acordo com suas demandas e necessidades. Reduzir o financiamento para a atenção básica implica menos consultas, vacinação, acompanhamento dos casos de agravos, prevenção de doenças, encaminhamento de atendimentos mais complexos para especialidades e também ações de vigilância sanitária, bem como inviabiliza as ações de promoção da saúde do trabalhador no âmbito do SUS.

Além dos ataques ao SUS, o governo, no início de 2019, impôs uma agenda de revisão das Normas Regulamentadoras (NRs), após anunciar que acabaria com 90% delas. As NRs tratam de um conjunto de requisitos e procedimentos relativos à saúde e segurança no trabalho, de observância obrigatória às empresas privadas, públicas e órgãos do governo que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). No processo de revisão das NRs, a CUT junto com as demais centrais sindicais têm buscado atuar no sentido de garantir que não haja desproteção dos trabalhadores e das trabalhadoras quanto à saúde e segurança nos locais de trabalho.

Atuando como bancada, as centrais têm buscado ampliar o prazo definido pelo governo no calendário apresentado à CTPP para revisão das NRs, bem como apresentado propostas alinhadas com os interesses da classe trabalhadora de forma conjunta, como bancada, com a finalidade de garantir a manutenção de direitos já conquistados.

No que se refere à atuação da CUT no tripartismo, a Central tem atuado no sentido de garantir que seus representantes participem

de todas as reuniões e, mesmo com todas as dificuldades enfrentadas, devido aos ataques à organização e atuação sindical desde o golpe de 2016, tem buscado garantir que seus representantes tenham a assessoria técnica e jurídica, por entender que as normas regulamentadoras de saúde e segurança são mecanismos importantes para a garantia das condições dignas de trabalho quando são implementadas pelo empregadores, bem como pelo cumprimento das deliberações da CUT em continuar nos espaços tripartites e do controle social das políticas de saúde do trabalhador, fazendo a resistência e denúncia contra a retirada de direitos.

Segundo a Secretaria do Trabalhador e Trabalhadora da CUT, o desafio tem sido imenso no exercício do tripartismo. No processo de revisão das NRs, a busca pelo consenso envolvendo as bancadas dos trabalhadores, empregadores e o governo não tem sido fácil, no entanto tem-se buscado, com muito esforço, garantir que essa revisão aconteça no âmbito da Comissão Tripartite Permanente Paritária (CTPP), evitando que o governo unilateralmente arbitre, via medidas provisórias e decretos, as questões de saúde e segurança nos locais de trabalho.

Mediante isso, a busca pela garantia das condições de saúde e segurança nos locais de trabalho e a implementação NRs e outras ações relacionadas à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras em todas as dimensões de sua vida são caminho que precisa ser trilhado. Não interessa apenas ter política de saúde do trabalhador, normas regulamentadoras de saúde e segurança; elas têm de ser devidamente implementadas, executadas, monitoradas e avaliadas no âmbito das políticas públicas de saúde e nas empresas, com a participação da representação dos trabalhadores e trabalhadoras, no sentido de garantir melhores condições de vida e de trabalho, evitando adoecimento, acidentes e mortes.

Referências

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019**. Institui a Declaração de Direitos de Liberdade Econômica; estabelece garantias de livre mercado; altera as Leis nos 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), 6.404, de 15 de dezembro de 1976, 11.598, de 3 de dezembro de 2007, 12.682, de 9 de julho de 2012, 6.015, de 31 de dezembro de 1973, 10.522, de 19 de julho de 2002, 8.934, de 18 de novembro 1994, o Decreto-Lei nº 9.760, de 5 de setembro de 1946 e a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943; revoga a Lei Delegada nº 4, de 26 de setembro de 1962, a Lei nº 11.887, de 24 de dezembro de 2008, e dispositivos do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13874.htm>. Acesso em: junho de 2020

IBGE. **PNAD Contínua**. Mercado de trabalho brasileiro. 1º trimestre de 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/midia/com_mediaibge/arquivos/8ff41004968ad36306430c82eece3173.pdf>. Acesso em: jun. 2020.

IBGE. PNAD Contínua 2019: rendimento do 1% que ganha mais equivale a 33,7 vezes o da metade da população que ganha menos. 2019b. Disponível em <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/27594-pnad-continua-2019-rendimento-do-1-que-ganha-mais-equivale-a-33-7-vezes-o-da-metade-da-populacao-que-ganha-menos>>. Acesso em: jun. 2020.

5. Saúde dos povos do campo, da floresta e das águas⁴⁶

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, considera para fins da mesma: “[...] povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais; dentre outros.” (BRASIL, 2014).

Dada a amplitude dos sujeitos de direitos abrangidos pelo conceito “povos do campo, da floresta e das águas”, bem como suas peculiaridades, diversidades culturais, étnicas, econômicas e sociais, trataremos de duas categorias específicas: populações rurais; pequenos/as pescadores e pescadoras artesanais.

46 Texto elaborado com colaboração de Antonio Lacerda Souto, representante da Confederação Nacional Dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG).

Cabe salientar que, segundo o Censo Demográfico Brasileiro de 2010 (IBGE, 2011), aproximadamente 15% da população brasileira residem no campo, enquanto que 85% ocupam a área urbana. Segundo o Censo Agropecuário de 2017 (IBGE, 2017), há uma alta concentração de terra no Brasil, uma vez que os estabelecimentos com mais de 1000 hectares representam aproximadamente 1% e ocupam 47% da área, enquanto que os estabelecimentos com menos de 10 hectares representam 50% e ocupam 2,27% do total de área. Ou seja, em números de estabelecimentos, a maior parte continua sendo dos pequenos agricultores mas, ao considerar a extensão, a maior parte está no agronegócio.

Tabela 2 – Área dos estabelecimentos agropecuários, segundo grupo de área – Brasil – 2006/2017

Grupos de área	Censos Agropecuários			
	2006		2017	
	Estabelecimentos	Área (ha)	Estabelecimentos	Área (ha)
Total	5.175.636	333.680.037	5.073.324	351.289.816
Menos de 10 ha	2.477.151	7.798.777	2.543.681	7.993.969
De 10 a menos de 100 ha	1.971.600	62.893.979	1.980.684	63.810.646
De 100 a menos de 1.000 ha	424.288	112.844.186	420.719	112.257.692
De 1.000 ha e mais	47.578	150.143.096	51.203	167.227.511
Produtor sem área	255.019	-	77.037	-

Fonte: IBGE, Censos Agropecuários 2006/2017.

Segundo dados apresentados pela Comissão da Pastoral dos Pescadores (CPP, 2019a), em denúncia realizada à PGR do MPF em novembro de 2019, existem no Brasil aproximadamente um milhão e meio de pescadores e pescadoras artesanais, e estes representam uma “[...] categoria profissional de grande importância para o Brasil, pois é dessa modalidade de pesca que provêm, aproximadamente, 70% do abastecimento de pescado no país. Também

porque a pesca artesanal tem baixo impacto ambiental, garantindo a sustentabilidade dos ecossistemas pesqueiros.”

O Movimento dos Pescadores e Pescadoras Artesanais (MPP), por ocasião do Grito da Pesca 2019, realizou denúncias de violações de direitos dos pescadores e pescadoras artesanais à PGR do MPF. Entre elas, estão a suspensão da emissão do Registro Geral de Pescador (RGP) desde 2012; segundo relatado na audiência, essa se caracteriza em uma violação grave, pois dela decorrem outras violações, já que quem não possui carteira não pode desenvolver a atividade. Se o pescador ou pescadora é flagrada no mar sem a carteira, além de ser preso, perde todos os instrumentos de trabalho e o pescado já efetivado. Além disso, sem a carteira, o pescador não tem acesso a direitos trabalhistas, a seguro-reclusão, auxílio-acidente, auxílio-maternidade nem direito à previdência. “Para os jovens a situação é ainda mais grave, pois se esse jovem não tem acesso ao RGP, ele não pode pescar e não tem acesso aos direitos trabalhistas e previdenciários. As ameaças de perda de território, o avanço do narcotráfico e a especulação imobiliária chegam às comunidades assediando os jovens. Se ele não tem acesso aos direitos enquanto profissional da pesca, ele terá que procurar outras formas de se sustentar e aí acaba sendo seduzido por esses empreendimentos.” (CPP, 2019a).

Outra denúncia realizada na audiência foi o desmonte da regulamentação da profissão pelo atual governo; como exemplo, é citada a exigência de o cadastramento nacional dos pescadores e pescadoras pela Secretaria da Pesca ser mensal e não mais anual – sendo que quem não o fizer perde a carteira profissional. Essa exigência inviabiliza a renovação para a maioria dos pescadores, dado que muitos não têm condições de se deslocarem mensalmente das suas comunidades até a sede do sindicato ou secretaria da pesca para fazer o cadastramento, devido à dificuldade de acesso, à distância, entre outros fatores.

Para representantes do MPP presentes no evento, a tentativa do atual governo em tornar invisíveis pescadores e pescadoras, expondo-os a diversas vulnerabilidades e desassistência do Estado, é parte do modelo de desenvolvimento que pretende forçar a saída de pescadores e pescadoras de seus territórios, uma vez que as áreas são de grande interesse econômico.

Em 2019, os pescadores e pescadoras foram fortemente prejudicados tanto econômica como social e sanitariamente pelo derramamento de óleo cru no litoral nordestino, que chegou ao delta do Parnaíba. Segundo Cristiano Ramalho, “[...] depois do derramamento do óleo estão sofrendo uma grave crise, a queda da venda do pescado é, no mínimo, de 80%. As consequências e os impactos desse crime ambiental são terríveis para os homens, mas devastadores para as mulheres, porque a maioria dos produtos capturados por elas, como os mariscos, absorvem mais o óleo. E com as pescadoras sofrem, também, as comunidades inteiras, porque a pesca não é só uma atividade econômica, ela é uma forma de ser, de viver e se o território é condenado a sofrer, a atividade da pesca artesanal é prejudicada e, conseqüentemente, a identidade, a autonomia e a soberania dos povos das águas.” (CPP, 2019b).

Os prejuízos não são apenas de ordem econômica, afetam todo um ecossistema e também a saúde da população. Segundo a Fio-cruz (CNS, 2019, não paginado), que criou um grupo de trabalho para analisar os impactos do derramamento de petróleo na saúde da população, “o óleo vazado (petróleo) é formado por uma mistura complexa de hidrocarbonetos – um composto químico constituído por átomos de carbono e de hidrogênio, associada a pequenas quantidades de nitrogênio, enxofre e oxigênio”. Esse derramamento tem consequências no curto, médio e longo prazos. Entre os efeitos de curto prazo, estão “irritações na pele, rash cutâneo, queimação e inchaço; sintomas respiratórios, cefaleia e náusea; dores abdominais, vômito e diarreia” (CNS, 2019, não paginado). No longo prazo, o efeito mais temido “é a ocorrência de câncer, em

especial alguns tipos de leucemia” (CNS, 2019, não paginado). Ou seja, o derramamento de óleo cru constituiu-se em um problema grave de saúde pública e exige todo um olhar específico para tal.

Aliás, 2019 foi marcado por três grandes tragédias ambientais: o rompimento da barragem em Brumadinho, as queimadas na floresta Amazônica e o derramamento de petróleo na costa litorânea do nordeste brasileiro (já mencionado anteriormente). Esses fatos afetaram diretamente a saúde dos povos do campo, floresta e água e exigem intervenções do Estado para minimizar os impactos e garantir a preservação da vida, da biodiversidade, do território e da cultura, e não ação que privilegia o mercado econômico e expulsa comunidades inteiras dos seus territórios.

A estrutura fundiária concentrada no Brasil reforça decisivamente a desigualdade social no campo. Como mencionado anteriormente, por mais que a grande parte dos estabelecimentos no campo pertença a pequenas propriedades, isso não significa o mesmo quando se trata da ocupação da extensão da terra. Além da concentração de terra evidenciada no último censo, há também uma grande concentração de renda no campo, contribuindo ainda mais para o constante crescimento do êxodo rural, principalmente dos jovens.

Segundo a Política Nacional para o campo e florestas, “[...] as condições de saúde dessas populações, segundo os resultados de diversos estudos, evidenciam uma situação mais precária se comparada com a da população urbana. No campo e na floresta, ainda existem limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde, bem como uma deficiência na área de saneamento ambiental.” (BRASIL, 2013, p. 11). Há dificuldades de cobertura de saneamento básico, coleta de lixo, fornecimento de água potável, alta exposição a produtos químicos (agrotóxicos) sem o devido uso de EPIs. “No campo brasileiro são encontrados os maiores índices de mortalidade infantil, de incidência de endemias, de insalubridade e de analfabetismo, caracterizando uma situação de enorme pobreza

decorrente das restrições ao acesso aos bens e serviços indispensáveis à vida.” (Ibidem). Observa-se que o campo, considerado antigamente como lugar onde as pessoas viviam com qualidade de vida, hoje apresenta diversos fatores de riscos, agravos e adoecimentos decorrentes do modelo de desenvolvimento e das precárias condições de vida e trabalho (moradia, água, saneamento, educação, transporte, etc.), além da dificuldade de acesso, entre outros, aos serviços e ações de saúde.

Na 16ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em 2019, definiu-se, entre outras resoluções, “[...] criar programa de saúde do pescador e pescadora em consonância com os direitos da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Águas (PNSIPCEFA), com acompanhamento de agentes comunitários de saúde. [...] Garantir e fortalecer os programas e ações existentes relacionados ao acesso à água, ao acesso à terra, à assistência técnica, além de projetos intersetoriais para controle e prevenção de doenças e agravos, como o controle e fiscalização do uso indiscriminado de agrotóxicos, controle das arborvíroses, dentre outros. E extensão rural para a agricultura familiar e assentamentos da reforma agrária, com vista a favorecer a produção agroecológica de alimentos e garantir sua aquisição através de compras institucionais integrando, portanto, os setores de produção de alimentos, saúde e promoção de alimentação saudável.” (CNS, 2019b)

Antônio Lacerda Souto, representante da CONTAG, quando questionado sobre a avaliação da sua entidade quanto aos avanços e retrocessos no campo da saúde em 2019, enumera: “a) A retirada do Programa Mais Médicos, em especial, dos Médicos Cubanos, causou grande prejuízo para as populações do campo, da floresta e das águas. Para a base de representação sindical da Contag que gira em torno de 15 milhões de agricultores e agricultoras familiares foi uma grande perda, visto que, a grande maioria reside em comunidades rurais distante dos centros urbanos, sem dúvidas, foram as mais atingidas com o fim do Programa Mais Médico. b)

A portaria nº 2.436 de setembro de 2017 fez uma série de ajustes na Política Nacional da Atenção Básica. Dentre as principais mudanças que poderão acarretar em prejuízos para as populações do campo, da floresta e das águas, destacam-se: flexibilização na implementação das equipes de atenção básica, podendo ser criadas fora da estratégia da saúde da família, abrindo mão da prioridade do financiamento; retirada da obrigatoriedade de um número mínimo de agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, fragilizando o profissional e a cobertura universal; atribuição compartilhada entre o agente comunitário de saúde e o agente de combate de endemias – para as duas categorias esta ação é um retrocesso, visto que a formação é diferenciada para cada área; realização apenas de um pacote mínimo na oferta dos serviços – tal medida poderá reduzir a oferta aos usuários, uma vez que desobriga as equipes e os municípios a oferecerem apenas o pacote mínimo. c) Na mesma linha das mudanças na atenção básica, em dezembro de 2019, o governo federal publicou a portaria 3.222 que estabelece regras de financiamento de custeio para a atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Uma das principais mudanças da portaria está o estabelecimento de critérios de repasse de recursos a partir do desempenho das equipes e dos serviços prestados. Estes critérios irão prejudicar os pequenos municípios, em especial, os pequenos, onde está a maioria das populações do campo, da floresta e das águas.”

Lacerda, ainda, vê que tivemos alguns avanços importantes em 2019 na luta pelo Direito Humano à saúde, como, por exemplo, a permanência do funcionamento do Conselho Nacional de Saúde como um importante de controle social das políticas públicas, mesmo diante do desmonte de vários conselhos de direito pelo Governo Federal. Nesta mesma linha, o CNS ter conseguido realizar a 16ª Conferência Nacional de Saúde também foi um grande avanço.

Para fortalecer a luta em prol do direito humano à saúde, foram realizadas pela CONTAG, em 2019, “[...] mais de 70 oficinas

de base, com a participação 5.600 participantes. Nestas oficinas, um dos temas tratados é a definição de ações estratégicas para a defesa do Sistema Único de Saúde – SUS para as populações do campo, da floresta e águas. Dentre as ações do SUS, destacamos as ações da Política Nacional da Saúde Integral para as Populações do Campo, da Floresta e das Águas, da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Política Nacional de Práticas Integrativas e Ações Complementares e Saúde. Além desta ação, a Contag, por meio das federações e dos sindicatos tem representantes assegurados nos Conselhos de Saúde em nível municipal, estadual e municipal.”

Dentre os grandes desafios para a saúde das populações do campo, da floresta e das águas, destacamos dois que ainda necessitam ser superados: o uso indiscriminado dos agrotóxicos e a saúde do trabalhador e da trabalhadora.

Com relação ao uso indiscriminado dos agrotóxicos, segundo dados recentes apresentados pela Secretaria de Políticas Agrícolas da Contag, o Ministério da Agricultura somente no ano de 2020 liberou 892 normativos relacionados aos agrotóxicos. Destes, 320 pedidos de registros e 133 registros autorizados, totalizando, desde 2019 até maio de 2020 653 autorizações. Na mais recente lista, constam agrotóxicos proibidos na União Europeia, como o clorotalonil, o glufosinato e a ametrina. Com a liberação indiscriminada dos agrotóxicos, os trabalhadores e as trabalhadoras rurais serão os mais prejudicados/as, uma vez que são os mais expostos à intoxicação, mas, de forma geral, toda a população brasileira, pois poderá consumir alimentos contaminados.

O avanço do agronegócio no Brasil tem ampliado o uso da pulverização aérea, causando a contaminação dos próprios trabalhadores das propriedades do agronegócio, como também das unidades produtivas da agricultura familiar do entorno. Existe uma estimativa de que metade do volume despejado por avião não atinge seu alvo; desta forma, a contaminação do solo, das águas e

do ar é bastante significativa, causando danos irreparáveis à saúde das populações.

Para a Contag, que representa o segmento da agricultura familiar, a única forma de se contrapor ao modelo de desenvolvimento agrário hegemônico no Brasil imposto pelo agronegócio será por meio de um amplo processo de transição de modelos agrícolas convencionais e tradicionais para os agroecológicos.

Quanto à saúde do trabalhador/a, o maior desafio será assegurar a implantação de um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CERESTs), pelo menos um em cada regional de saúde. Criados através da Portaria Ministerial 1.679/2002, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) surgiram com vistas a alcançar a meta estipulada pelo Ministério da Saúde de assegurar 100% das regiões de saúde com cobertura de pelo menos um CEREST, conforme previsão no Plano Plurianual 2016-2019 (Lei n. 13.249/2016).

A resolução do CNS n. 603, de 8 de novembro de 2018, aprovou o relatório da Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT/CNS). Essa resolução apresenta uma proposta de reorganização da Atenção Integral à Saúde dos trabalhadores no SUS, com o objetivo de desenvolver um novo modelo de organização dos CERESTs. O referido relatório aponta para a necessidade de se implantar 291 novos CERESTs que somados aos 213 já existentes ficariam assim distribuídos: 27 estaduais, 39 municipais e 438 regionais, totalizando 504 em todo país; seria atendida, desta forma, a meta de implantar pelo menos um CEREST por regional de saúde do País.

Para as populações do campo, da floresta e das águas, o maior desafio é, primeiro, que essa meta seja alcançada; segundo, que tanto nos CERESTs existentes quanto nos novos, a serem implantados, seja assegurada a inserção de profissionais de saúde com formação técnica compatível para atender as demandas das ocor-

rências relacionadas à saúde do trabalhador a da trabalhadora das populações do campo, da floresta e das águas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014**. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasil, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html>. Acesso em: 21 jun. 2020.

CNS. **Fiocruz vai analisar impactos do derramamento de petróleo na saúde da população**. 2019. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/875-fiocruz-vai-analisar-impactos-do-derramamento-de-petroleo-na-saude-da-populacao>>. Acesso em jun. 2020

CNS. **Relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8)**. Brasília: Ministério da Saúde. 2019b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/16cns/Relatorio_16CNS.pdf> acesso em jun. 2020

CPP. **Análise de conjuntura reflete sobre os impactos do óleo e da política econômica do governo na pesca artesanal**. Olinda, 2019b. Dis-

ponível em: <<http://www.cppnacional.org.br/noticia/an%C3%A1lise-de-conjuntura-reflete-sobre-os-impactos-do-%C3%B3leo-e-da-pol%C3%ADtica-econ%C3%B4mica-do-governo>>. Acesso em: 21 jun. 2020.

CPP. **Pescadores e pescadoras artesanais denunciam violações de direitos à PGR.** Olinda, 2019a. Disponível em: <<http://www.cppnacional.org.br/noticia/pescadores-e-pescadoras-artesanais-denunciam-viola%C3%A7%C3%B5es-de-direitos-%C3%AO-pgr>>. Acesso em: 21 jun. 2020.

IBGE. **Censo Demográfico 2010. Características da População e dos Domicílios. Resultados do Universo.** Rio de Janeiro: 2011. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>. Acesso em jun. 2020.

IBGE. **Censo Agropecuário: resultados definitivos.** Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3096/agro_2017_resultados_definitivos.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2020.

VEJA SAÚDE. **Manchas de óleo no litoral brasileiro podem causar danos à saúde.** São Paulo, 2019. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/bem-estar/manchas-de-oleo-no-litoral-brasileiro-podem-causar-danos-a-saude/>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

6. Saúde da população negra⁴⁷

Segundo o Estatuto da Igualdade Racial, publicado pela lei 12.288/2010, considera-se população negra “[...] o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou que adotam a autodefinição análoga.” (BRASIL, 2010).

No Brasil, há aproximadamente 210 milhões de habitantes; destes, 19.880 milhões se declaram pretos e 99.335 milhões se declaram pardos – juntos representam 56,8% da população brasileira, segundo a PNAD do último trimestre de 2019 (IBGE, 2019a). Como pode-se perceber, a população negra (IBGE conceitua como a soma de pretos e pardos) é a maioria da população brasileira; no entanto, socialmente, não é essa a percepção que se tem, uma vez que a “imagem” do Brasil é de uma população branca, descendente de europeus.

Quando contrastados os dados, revela-se escancaradamente o racismo estrutural presente na sociedade brasileira, assim como a invisibilidade dessa população, levando a uma grande desigualdade racial e social no Brasil. Em novembro de 2019, o IBGE lançou o informativo *Desigualdades Sociais por cor ou raça no Brasil*. O objetivo é apresentar “[...] uma análise focalizada nas desigualdades sociais

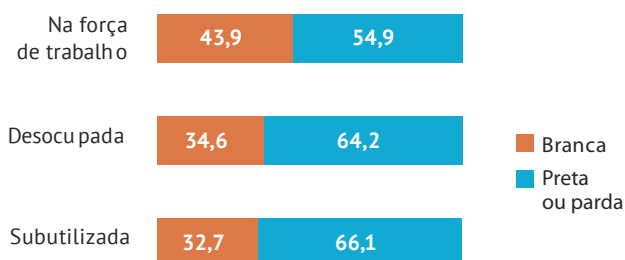
47 Texto elaborado com colaboração de Maria Conceição da Silva, representante do União Das Negras E Negros Pela Igualdade (UNEGRO).

por cor ou raça, a partir da construção de um quadro composto por temas essenciais à reprodução das condições de vida da população brasileira, como mercado de trabalho, distribuição de rendimento e condições de moradia, e educação. São analisados, da mesma forma, indicadores relativos à violência e à representação política.” (IBGE, 2019b, p. 1-2). Esse informativo integra o Programa de Atividades para a Implementação da Década Internacional de Afrodescendentes (2015-2024)³, aprovado pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), por meio da Resolução 68/237, de 23 de dezembro de 2013, com o objetivo de promover o respeito, a proteção e o cumprimento de todos os direitos humanos e as liberdades fundamentais dessa população.

O desemprego ou trabalho informal atinge majoritariamente a população negra, mesmo essa mesma população representando a maior força de trabalho no Brasil (54%). Em 2018, segundo o informativo, a população negra representava 64,2% dos desempregados e 66,1% dos subutilizados. O trabalho informal (sem carteira de trabalho ou qualquer proteção social) também é maior entre a população negra (47,3%) e, se estabelecido um recorte por sexo, é possível perceber que as mulheres negras são as mais atingidas, representando 47,8% da população brasileira. Tem-se outra variável importante, e que mostra o racismo estrutural presente no Brasil, quando comparada a taxa de ocupação em cargos gerenciais com o total da força de trabalho de Brasil: a população negra é a maioria. No entanto, cargos gerenciais são predominantemente ocupados pela população branca: 68,6%; contra 29,9% da população negra. A população branca também obtém vantagem no tocante a rendimentos: em 2018, o rendimento médio mensal das pessoas ocupadas brancas (R\$ 2.796,00) foi 73,9% superior ao das pretas ou pardas (R\$ 1.608,00). Isso faz com que o número de pessoas que vivem abaixo da linha de pobreza atinja majoritariamente essa população; 32,9% vivem com menos de US\$ 5,50/dia contra 15,4% da população branca; e, entre aquelas que vivem com menos de US\$ 1,90/dia, os negros representam 8,8%, enquanto que os brancos

representam 3,6%. Por outro lado, se analisamos o critério de raça/cor entre os 10% com maiores rendimentos no Brasil, percebemos que a população branca é maioria, dado que apenas 27,7% são negros. Ou seja, a pobreza no Brasil tem cor, raça e sexo.

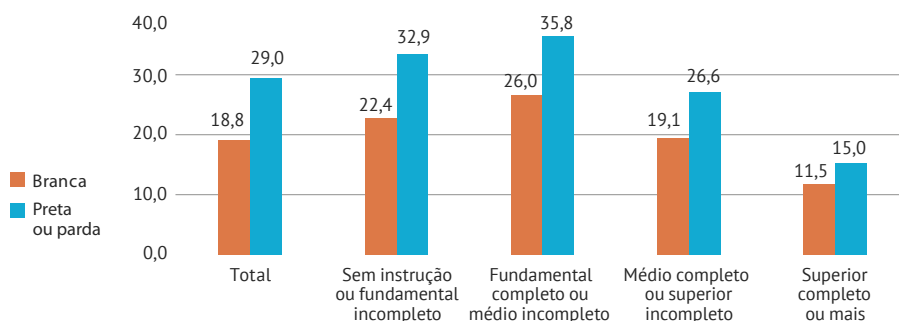
Figura 9 – População na força de trabalho, desocupada e subutilizada (%)



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2018.

Nota: Pessoas de 14 ou mais nos de idade.

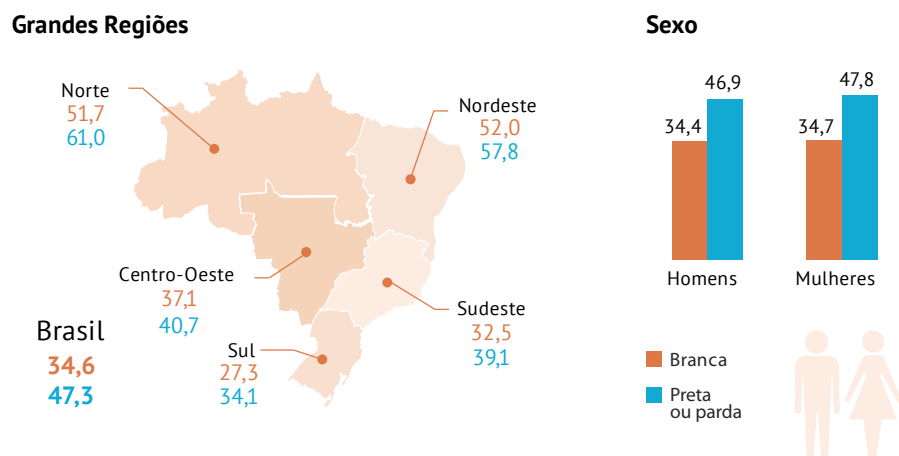
Figura 10 – Taxa composta de subutilização, segundo o nível de instrução (%)



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2018.

Nota: Pessoas de 14 ou mais nos de idade.

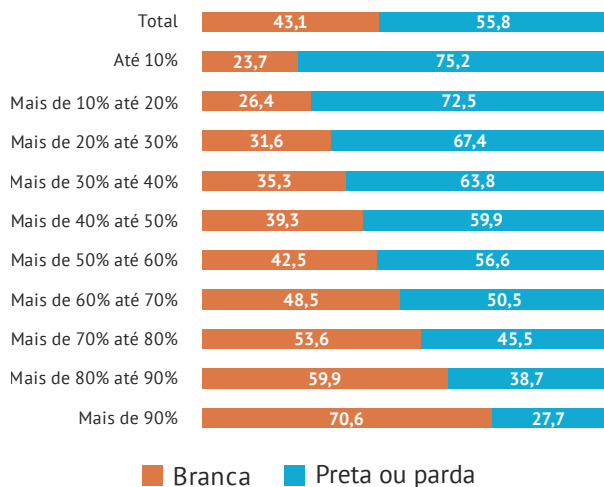
Figura 11 – Pessoas em ocupações informais (%)



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2018.

Nota: Pessoas de 14 ou mais anos de idade.

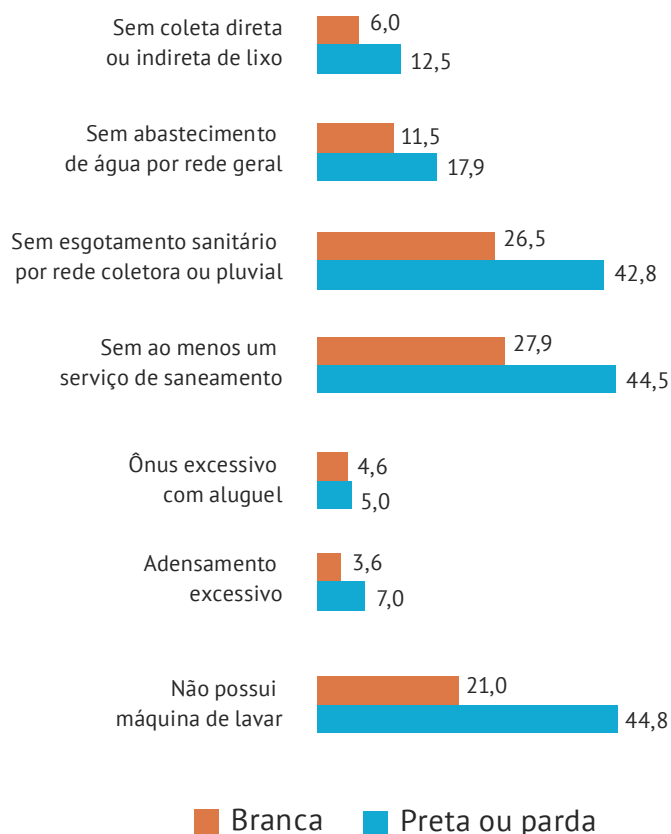
Figura 12 – Distribuição de população segundo as classes de percentual de pessoas em ordem crescente de rendimento domiciliar *per capita* (%)



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2018.

Sobre as condições de moradia, é possível perceber que a cobertura de saneamento básico é uma demanda urgente e que atinge predominantemente a população negra. Segundo o informativo anteriormente mencionado (IBGE, 2019b, p. 5), em 2018, verificou-se maior proporção da população preta ou parda residindo em domicílios sem coleta de lixo (12,5%, contra 6,0% da população branca), sem abastecimento de água por rede geral (17,9%, contra 11,5% da população branca), e sem esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial (42,8%, contra 26,5% da população branca), implicando condição de vulnerabilidade e maior exposição a vetores de doenças. O informativo também lembra que “condições inadequadas de saneamento básico estão entre as causas subjacentes e evitáveis de mortalidade infantil”.

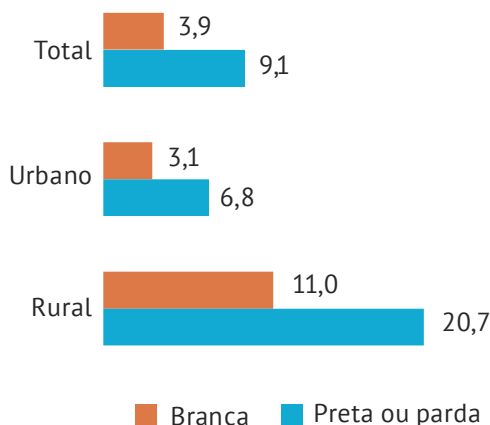
Figura 13 – Pessoas residindo em domicílios sem acesso a serviços de saneamento, com inadequações domiciliares e posse de bens (%)



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2018.

A taxa de analfabetismo atinge majoritariamente a população negra (9,1%) enquanto que a taxa da população branca é de 3,9%. Segundo o estudo do IBGE, o pior cenário em relação ao analfabetismo refere-se às pessoas pretas ou pardas residentes em domicílios rurais: atinge percentual de 20,7%.

Figura 14 – Taxa de analfabetismo, segundo a situação do domicílio (%)

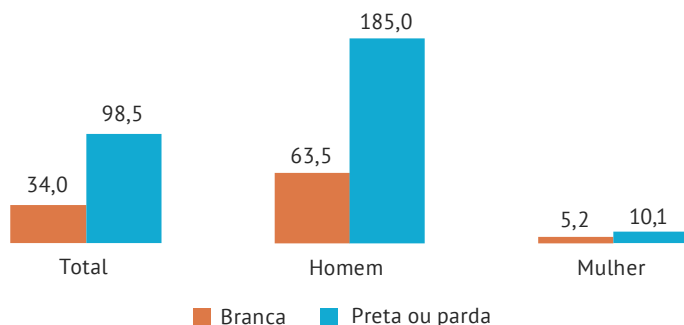


Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2018.

Nota: Pessoas de 15 ou mais nos de idade.

Outra realidade que atinge majoritariamente a população negra é o índice de violência, manifestando uma forte desigualdade com efeitos de curto e longo prazos, que impactam social, econômica e sanitariamente. No Brasil, a taxa de homicídios em 2017 foi de 16,0 entre as pessoas brancas e 43,4 entre as pretas ou pardas a cada 100 mil habitantes. Em outras palavras, uma pessoa preta ou parda tinha 2,7 vezes mais chances de ser vítima de homicídio intencional do que uma pessoa branca (BRASIL, 2019b, p. 9). Os jovens negros (de 15 a 29 anos) são as maiores vítimas da violência letal: nesse grupo, a taxa (por 100 mil) chegou a 98,5 em 2017, contra 34,0 entre os jovens brancos. Considerando os jovens pretos ou pardos do sexo masculino, a taxa, inclusive, chegou a atingir 185,0 – conforme pode ser observado no gráfico:

Figura 15 – Taxa de homicídios (por 100 mil jovens) – 2017



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade – Sim.

Nota: Pessoas de 15 a 29 anos de idade.

Além da violência letal, o informativo também demonstra que os jovens negros estão mais submetidos a violências não letais, provocando efeitos de longo prazo. Entre eles, destaca-se que “[...] adolescentes e jovens vítimas de violência estão mais propensos a desenvolverem doenças como depressão, ao vício de substâncias químicas, a problemas de aprendizado e até ao suicídio. Estão igualmente mais sujeitos a estarem envolvidos em situações de violência no futuro [...]. Trata-se de um conjunto de consequências que, tal como as da violência letal, levam ao enfraquecimento da coesão social e têm impacto negativo sobre o desenvolvimento econômico.” (IBGE, 2019b, p. 10).

Sob o olhar epidemiológico, entre as doenças genéticas ou hereditárias mais comuns à população negra, estão a doença falciforme, diabetes mellitus (tipo II), hipertensão arterial, deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (BRASIL, 2017). Entre as doenças evitáveis que acometem a população negra, estão as doenças cardiovasculares, desnutrição, anemia, miomatose uterina, DST/AIDS, tuberculose e hanseníase.

Maria Conceição da Silva, conselheira nacional de saúde e integrante da União das Negras e Negros pela Igualdade (UNEGRO), ressalta, em entrevista ao CEAP: “[...] as condições políticas adversas em que vive o estado brasileiro hoje de total desmonte das políticas públicas, do estado democrático, do esvaziamento das instâncias de controle social e da participação da sociedade impacta negativamente na vida das pessoas na entidade. É no desemprego e subemprego, na baixa ou nenhuma escolaridade que reside a questão chave da população negra, há uma luta grande em fortalecer o ativismo, mas há também um aumento do adoecimento, a morte intencional do estado da juventude negra, a perseguição às entidades e aos ativistas, alta mortalidade materno-infantil, descontinuidade nos tratamentos e a ação maléfica do estado em todos os sentidos é um retrocesso muito grande diante das tão suadas conquistas.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) chama a atenção que é preciso considerar que “[...] as iniquidades em saúde são resultados de injustos processos socioeconômicos e culturais – em destaque, o vigente racismo – que corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras, e que portanto, tal política busca a promoção da saúde integral da população negra orientada pelos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, universalidade e participação social.” (BRASIL, 2017). Desta forma, a Portaria 992/2009 tem como marca o “Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.” Tem como objetivo geral “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (BRASIL, 2009).

No entanto, no período pós-golpe 2016, iniciou-se um processo de desmonte de importantes conquistas do movimento negro

brasileiro, e que foram fundamentais para a construção da PNSIPN, como, por exemplo, a Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), que foi extinta em 2018; e o Comitê Técnico da Saúde da População Negra, criado com o objetivo de assessorar tecnicamente o Ministério da Saúde na temática e acompanhar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com vistas a garantir a equidade na atenção à saúde para negras e negros. O comitê não está funcionando desde 2018 e em 2019, através do decreto Presidencial nº 9.759/19, foi extinto, juntamente com os demais conselhos e comitês de participação social.

Essas ações revelam o racismo institucional, e que reflete diretamente no cuidado com o usuário. Tanto que a PNSIPN está longe de ser implantada e implementada. Dos 5.570 municípios existentes no Brasil, apenas 57 aderiram à política. A implementação da política não implica, segundo reportagem de *O Globo* (2019), aumento de gastos, uma vez que não precisam ser criados novos programas, já que, muitas vezes, é suficiente repensar as ações e os serviços já ofertados à população. Segundo a Dra. Célia Prestes, [...] a saúde da população negra merece mais atenção porque somos mais da metade da população brasileira. E, apesar de termos leis e políticas, como a política nacional de saúde integral da população negra, esta é uma temática que ainda não está implementada. Precisamos que os gestores implementem e precisamos para isso, por exemplo, que haja formação dos servidores e servidoras para que garantam equidade, para que garantam igualdade nos atendimentos em saúde.” (REVISTA SAÚDE BRASIL, 2020, p. 04).

Outra conquista importante, e que enfrenta dificuldade de monitoramento e de coleta de dados, é a portaria 822/2001, que institui o Programa Nacional de Triagem Neonatal, inclui a triagem para doença falciforme. Essa dificuldade se dá, segundo Maria Conceição da Silva, porque os sistemas de informações nos municípios não funcionam adequadamente e muitos municípios não se

adequaram às normas técnicas de realização da coleta. A triagem realizada no teste do pezinho, para doença falciforme, acompanhada de profilaxia, reduz a mortalidade nos primeiros cinco anos de vida de 25% para 3%. Segundo a representante do Ministério da Saúde, em audiência pública na Comissão Seguridade Social da Câmara em outubro de 2019, havia, em 2018, 1083 registros de casos da doença falciforme detectados no teste do pezinho. A representante comenta que, em alguns estados, houve falta do material necessário para a coleta do exame, o que comprometeu o resultado; mas, segundo ela, já está normalizado. Essa triagem neonatal dialoga com a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. Essa política, instituída em 2005, enfrenta muitas dificuldades para sair dos hemocentros e constituir-se em propostas de trabalhos na gestão de saúde nos municípios e estados.

Além disso, a população negra sofre tanto com a demora nos atendimentos quanto com o racismo institucional, mesmo representando 70% da população que utiliza o SUS. Segundo o pesquisador Luiz Eduardo Batista, “[...] os profissionais de saúde tem dificuldades em atender a população negra, e essa dificuldade está diretamente ligada à nossa sociedade. Se a nossa sociedade é racista, o profissional de saúde também reproduz atitudes, comportamentos de exclusão, de desrespeito, de não percepção de direitos desses grupos populacionais, população negra, população indígena.” (REVISTA SAÚDE BRASIL, 2020, p. 12). Neste sentido, como bem apontado pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a formação dos profissionais de saúde é de extrema relevância; ela (a política) deveria se tornar parte integrante do seu processo formativo, bem como a inclusão do tema do racismo.

Para Maria Conceição da Silva, “[...] é decisivo para a população negra a defesa da saúde como direito humano e do SUS constitucional, especialmente na questão da equidade em saúde. No conjunto das formulações políticas do Estado brasileiro a população

negra foi excluída. A luta pela saúde da população negra antecede a luta pelo SUS. Mas é no SUS que a população negra vai constituir políticas específicas de reparação à exclusão secular imposta pelo Estado, é no SUS que ela tem a porta de entrada na saúde, em seus territórios de moradia, nos quilombos e comunidades tradicionais religiosas, através da Política de Atenção Básica, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme e Outras Hemoglobinopatias, a inclusão do quesito raça-cor nos formulários dos SUS, fazer o enfrentamento do racismo institucional na saúde, para garantir o acesso a Média e Alta Complexidade, ao tratamento da saúde bom como, a prevenção de agravos.”

Entre ações estratégicas, Maria da Conceição destaca: “Atuação da defesa do SUS, a partir do controle social da saúde nos conselhos, estaduais, municipais e nacional; a luta pela implantação e implementação da saúde da população negra; a promoção da equidade em saúde; e debates, seminários, rodas de conversas, reunião com a temática saúde. A inclusão da temática saúde da população negra nas grades curriculares da formação em saúde, seja na graduação ou pós-graduação é um passo importante para o enfrentamento do racismo institucional na saúde.”

Referências

BRASIL. **Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010.** Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm>. Acesso em: jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.391, de 16 de agosto de 2005**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outra Hemoglobinopatias. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, DF, 18 ago. 2005. n. 159. Seção 1, p. 40.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 822, de 06 de junho de 2001**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal / PNTN. 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prto822_06_06_2001.html>. Acesso em: jul. 2020.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. 3. ed. Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_sau_de_populacao_negra_3d.pdf>. Acesso em: jun. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Ministério da Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prto992_13_05_2009.html>. Acesso em: jun. 2020.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral**. 4. Trimestre de 2019. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6403#notas-tabela>>. Acesso em: jun. 2020.

IBGE. **Desigualdades Sociais por cor ou raça no Brasil**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2020.

O GLOBO. **Política de Saúde para a População Negra só existe em 57 municípios, 12 anos após ser criada**. 2019. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/politica-de-saude-para-populacao-negra-so-existe-em-57-municipios-12-anos-apos-ser-criada-23364705#>>. Acesso em: 7 jul. 2020.

REVISTA SAÚDE BRASIL. Disponível em: <<http://saudebrasilnet.com.br/sistema/Fotos/03022020105408.pdf>>. Acesso em: jul. 2020.

7. Saúde da população em situação de rua⁴⁸

Segundo a Política Nacional para a População em Situação de Rua, esse público é considerado conceitualmente como “[...] o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.” (BRASIL, 2009). Vanilson Torres, líder do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), afirma que não há “morador de rua”, mas pessoas em situação de rua, pois, segundo ele, se houver políticas públicas direcionadas, as pessoas sairão dessa condição.

No Brasil, há um véu que busca invisibilizar essa população, o “véu do preconceito”, “da indiferença”, “da negação”, “do desprezo”, principalmente o “véu do não reconhecimento dessa população como cidadãos brasileiros” e, portanto, sujeitos de direitos. Basta olhar para a contagem dos cidadãos brasileiros, do IBGE, realizada a cada dez anos pelo censo demográfico da população, que não

48 Texto elaborado com colaboração de Vanilson Torres, representante do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR).

incluía essa população, uma vez que a coleta de dados é fundamentalmente de base domiciliar e essa população, em sua maioria, não possui casas. O censo do IBGE previsto para 2020, e que devido à pandemia do COVID-19 será realizado em 2021, será o primeiro a incluir a contagem dessa população. No entanto, Vanilson Torres chama a atenção para o fato de que não será incluída toda a população em situação de rua, mas apenas a “domiciliada”, ou seja, aqueles que estão em ocupações ou serviços socioassistenciais. Tal inclusão só foi possível porque o IBGE se tornou réu em uma ação promovida pela Defensoria Pública da União (DUP).

Segundo o IPEA (2016, não paginado), “[...] esta ausência, entretanto, justificada pela complexidade operacional de uma pesquisa de campo com pessoas sem endereço fixo, prejudica a implementação de políticas públicas voltadas para este contingente e reproduz a invisibilidade social da população em situação de rua no âmbito das políticas sociais.” Como diz o velho ditado, “quem não é visto, não é lembrado”; no caso da população em situação de rua, poderíamos dizer que a insistência em não querer ver o que está visível e gritando por socorro é o reflexo de não querer lembrar; não lembrando, não há que se responsabilizar, muito menos reconhecer esses sujeitos como cidadãos de direitos.

Temos duas amostras qualitativas da população em situação de rua: uma realizada em 2008 pelo Ministério do Desenvolvimento Social, e outra realizada pelo IPEA em 2016. A pesquisa de 2008, realizada pelo Ministério de Desenvolvimento Social (MDS), só considera adultos acima de 18 anos e não abrangeu as cidades de Belo Horizonte, São Paulo e Fortaleza, pois já tinham realizado censos municipais. Segundo esse levantamento, estima-se que há 31.922 pessoas maiores de 18 anos em situação de rua nas cidades pesquisadas vivendo em calçadas, praças, rodovias, parques, viadutos, postos de gasolina, praias, barcos, túneis, depósitos e prédios abandonados, becos, lixões, ferro-velho, ou pernoitando em instituições (albergues, abrigos, casas de passagem e de apoio

e igrejas) (BRASIL, 2008). Destes, 82% são homens, 67% negros (somados pardos e pretos), os níveis de renda são baixos (52,6% recebiam entre R\$ 20,00 a R\$ 80,00 por dia), 74% dos entrevistados sabem ler e escrever. Os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua se referem aos problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%), desemprego (29,8%) e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%). A maioria costuma dormir na rua (69,6%); um grupo relativamente menor (22,1%) costuma dormir em albergues ou outras instituições – apenas 8,3% costumam alternar, ora dormindo na rua, ora dormindo em albergues. A população em situação de rua é composta, em grande parte, por trabalhadores: 70,9% exercem alguma atividade remunerada. Dessas atividades, destacam-se catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). Apenas 15,7% das pessoas pedem dinheiro como principal meio para a sobrevivência (BRASIL, 2008). Além desses, outros fatores são relatados por Vanilson Torres, do MNPR, entre eles: não aceitação da orientação sexual por parte da família, desilusões amorosas, problemas de saúde mental, catástrofes naturais. E, após 2016, contribuíram para o aumento dessa população a EC-95, reforma trabalhista, precarização e terceirização do trabalho, reforma da previdência, medidas de austeridade fiscal.

Movimentos organizados, já na época, afirmavam que esse número estava muito aquém daquele presenciado nas ruas. Em 2016, estudo feito pelo IPEA estimou que existiam 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil (IPEA, 2016). Esse censo foi realizado a partir do CadÚnico, porém, reafirma Vanilson Torres, menos da metade da população em situação de rua está no CadÚnico ou no Bolsa Família – estima-se que apenas 47% dessa população.

Tanto o levantamento realizado pelo MDS quanto o do IPEA consideram adultos, porém é importante lembrar que há crianças e adolescentes em situação de rua. Em 2010, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) publicou o

resultado da Pesquisa Censitária Nacional sobre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua. Essa pesquisa foi realizada em 75 cidades brasileiras, abrangendo as capitais e cidades com população superior a 300 mil habitantes. A pesquisa identificou 23.973 crianças e adolescentes em situação de rua no País e revelou que a grande maioria é de meninos/adolescentes (71,8%), enquanto 28,2% são meninas/adolescentes. A faixa etária predominante é a entre 12 e 15 anos (45,13%). Quase metade das crianças e dos adolescentes em situação de rua (49,2%) se declarou parda ou morena, e se declararam negros 23,6%, totalizando 72,8%, proporção muito superior à observada no conjunto da população. A pobreza é um dos principais fatores explicativos da existência de crianças e adolescentes em situação de rua. A pesquisa também revelou que os direitos fundamentais como alimentação, saúde, educação e higiene pessoal, assegurados pelo ECA, ainda não foram efetivados para o público entrevistado (CONANDA, 2010).

Por outro lado, é importante considerar o fato de que, ao mesmo tempo que a rua é territorializada por todas essas mazelas, ela também se constitui em um “modo de vida”, lugar onde a vida também se faz e se reproduz. Não é apenas o lugar do pobre, do feio, do sujo, da doença, ou seja, a concepção clássica reproduzida ao longo da história. Por exemplo, há pessoas que, mesmo sofrendo muito na rua, não se dispõem a sair dela, pois veem nela a realização do ser da pólis, do belo, do comum, da liberdade possível; alguns encontram dificuldade de se adaptar em casas de longa permanência ou abrigo justamente pelo fato de estarem restritos do acesso à cultura e arte presentes nas grandes praças das metrópoles. Isso não quer dizer que essa população deva permanecer à margem dos direitos, nem justifica as inúmeras causas complexas e diversas que levam as pessoas a permanecerem em situação de rua; pelo contrário, expõe a complexidade e a diversidade desse cenário. Esse olhar é estruturante para a garantia do direito humano à saúde.

Atualmente, os dados supramencionados passam a não mais refletir a dinâmica, a contextualização, o quantitativo desta população, tampouco suas reais necessidades, seus anseios. Um sistema universal de saúde conhecer sua população, sua cultura, sua territorialização é imprescindível a fim de garantir a saúde como um direito humano. Poderíamos questionar: qual foi a ação do Estado nesse período para a referida população? Como buscou eliminar ou minimizar as violações de direitos humanos e garantir uma cidadania efetiva para eles? O Estado enxerga essa população? Se enxerga, como os enxerga?

Segundo Paiva e colaboradores (2016, p. 2596), “[...] a prática que forja o fenômeno população de rua foi tratada historicamente por mendicância, vadiagem ou indigência. Em nossa contemporaneidade, de tempos em tempos, eclodem ações de violência contra a PSR em uma espécie de limpeza das cidades.” A título de exemplo, citamos a remoção, em 2018, de pessoas em situação de rua que se abrigavam no viaduto da Borges, em Porto Alegre (RS). A ação foi chamada de “higienização social no centro de Porto Alegre”. A remoção dessas pessoas foi realizada pela Brigada Militar, que é a polícia militar do Rio Grande do Sul, e pelo Departamento de Mobilidade e Limpeza Urbana (DMLU). No entanto, ninguém sabe para onde essa população foi levada, uma vez que não foi revelado o destino e muito menos publicizada alguma política pública que viesse atendê-los e incluí-los. Em relato ao jornal *Brasil de Fato* (2020), em 2018, Edison José Campos afirmou: “Na higienização do viaduto, muitos perderam documentos, fotos e pertences pessoais. A brigada chegou agredindo todo mundo e tirou todo mundo dali, falaram que se pegassem ali eles iam ‘cagar a pau’, por isso que todo mundo não tá ali mais né? Porque, de noite, quando o mundo dorme, a gente acaba sofrendo mais ainda, porque a gente é escondido e a gente já sofre, e a gente apanha mais ainda.” Lideranças do Pop Rua, em ato público contra a remoção, disseram

que essas ações buscam o extermínio da população em situação de rua, que continua sendo tratada como “drogada, ladrão”.

O Estado, nesse contexto, tem-se utilizado de “[...] forças opressoras para punir as pessoas que não se enquadram na lógica capital-mercado-consumo: nas ações de fiscalização, nas áreas públicas, leva os poucos pertences desse público, seus filhos, documentos, desmonta seus barracos precários, dificultando a existência da PSR e intensificando ainda mais a situação de vulnerabilidade. Transcende-se assim de um ‘Estado Social’ para um ‘Estado Penal.’” (PAIVA et al., 2016, p. 2596). Ainda mais quando essa perspectiva se dá num Estado que adota a necropolítica como forma de governo.

Segundo Vanilson Torres (2020), as dificuldades enfrentadas por quem vive na rua são muitas: “ausência de habitação, de água potável, de alimentação balanceada e nutritiva, ausência da sensação de segurança, e a violência, principalmente a violência institucional, ausências de locais para nossa higienização pessoal, o preconceito e discriminação que sofremos nas ruas, dentre outras situações.”

Quando questionado sobre a avaliação do MNPR, sobre como descreveria os avanços e retrocessos no campo da saúde em 2019, Torres responde: “Partindo da premissa que saúde é bem estar físico, social, psicológico e ambiental, ter a Moradia enquanto Direito e não tão somente ausência de doenças... percebemos poucos avanços, pois ainda somos milhares nas ruas do Brasil, sem acesso a água potável, alimentação saudável, dificuldades no acesso aos Serviços de Saúde e Assistência Social, temos o consultório de Rua e na Rua que é um programa instituído em 2011 mas que enfrenta um desmonte com as revisões da PNAB, da saúde mental, EC-95, com a reforma trabalhista, com precarização do trabalho e terceirização.” Vanilson, membro do MNPR, é também Conselheiro Nacional de Saúde e tem intensificado a luta por um sistema universal de Saúde, posicionando-se contrariamente à cobertura de saúde. Isto porque compreender a realidade da população em situação de rua

é complexo, bem como seu processo saúde-doença. Não é possível querer criar um padrão estereotipado que anula e massifica suas múltiplas identidades e individualidades. Faz-se necessária uma aproximação do cotidiano vivido por essas pessoas para entender essa complexidade em torno do processo saúde-doença. E, para isso, um olhar apenas biomédico, como o proposto pela cobertura universal de saúde, é insuficiente, dado que se torna urgente ampliar o olhar para além da dimensão biológica, curativa e pensar estratégias que intervenham de fato tanto na dimensão biológica como nos determinantes sociais, econômicos e políticos. E, para isso, faz-se mister um sistema universal de saúde e o reconhecimento dessa população como sujeitos de direitos.

Os consultórios de rua (eCR) foram instituídos em 2011, na segunda revisão da Política Nacional de Atenção Básica, com o objetivo de garantir o acesso às ações e serviços de saúde à população em situação de rua no próprio ambiente de rua, criando vínculos dessa população com outros serviços que não sejam somente de urgência e emergência. Ou seja, as equipes dos consultórios na rua (eCR) desempenham suas atividades *in loco*, de forma itinerante, porém suas ações são compartilhadas e integradas às Unidades de Saúde e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com os serviços socioassistenciais para a população em situação de rua, com os serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário/a. Quando necessário, utilizam-se as instalações das Unidades de Saúde do território. Segundo a PNAB de 2011, há três modalidades:

- Equipe Consultório de Rua Modalidade I (eCR MI): mínimo de quatro profissionais, excetuando-se o médico, sendo dois profissionais de nível superior e dois profissionais de nível médio;
- Equipe Consultório de Rua Modalidade II (eCR MII): mínimo de seis profissionais, excetuando-se o médico, sendo três profissionais de nível superior e três profissionais de nível médio;

- Equipe Consultório de Rua Modalidade III (eCR MIII): modalidade II acrescida de um profissional médico.

Os consultórios na rua buscam efetivar a equidade e o acesso a ações e serviços de saúde para uma população sem domicílio fixo, sem documentação e, talvez, fora do cadastramento de usuários do SUS. Tanto a PNAB de 2017 quanto o Programa Previne precarizam e dificultam a formação dessas equipes, uma vez que não oferecem incentivos; no caso do Programa Previne, destinará recursos a partir de capitação ponderada, portanto essas equipes poderão sofrer com desfinanciamento e precarização no próximo período, dado que essa população dificilmente fará seu cadastramento em uma Unidade Básica de Saúde fixa. Se olharmos para o número de equipes de consultórios de rua a partir dos dados ainda lá de 2016, veremos que esse número está muito aquém do exigido tanto pelo contingente populacional quanto pelas especificidades dessa população – por exemplo, de crianças e adolescentes. Vejamos:

Tabela 3 – Número de Equipes de Consultórios de Rua (eCR) de 2015 a 2019

	eCR MI	eCR MII	eCR MIII
DEZ/2015	23	60	50
DEZ/2016	27	59	52
DEZ/2017	31	59	63
DEZ/2018	37	61	64
DEZ/2019	40	62	62

Fonte: elaboração própria a partir de dados extraídos do CNES, em maio de 2020.

Pelo decreto n. 7.053/2009, foi criado o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a população em situação de rua, composto por representantes da sociedade civil e do governo, com as incumbências, entre outras, de

acompanhar e monitorar o desenvolvimento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, desenvolver indicadores para o monitoramento, propor medidas que assegurassem a articulação intersetorial das políticas públicas e criar grupos de trabalhos temáticos para analisar formas de inclusão e compensação social. Esse comitê, nos últimos anos, sofreu um esvaziamento e desarticulação. Em 2019, foi publicado um novo decreto dispendo sobre o Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (CIAMP-RUA) (Decreto n. 9.894/2019). Segundo avaliação do MNPR, esse novo modelo de CIAMP-RUA não contempla as necessidades da sociedade civil e dificulta a participação social quando determina que o comitê será composto por 5 representantes da sociedade civil, 6 representantes do governo e 1 representante das instituições de ensino superior. E que somente quem residir em Brasília participará das reuniões presenciais, quem for de outros municípios e estados poderá participar por videoconferência, e apenas por duas horas.

A luta pela garantia, reconhecimento e efetivação dos direitos dessa população é objeto do MNPR, que, em 2020, segundo Torres, entre ações estratégicas prevê: ocupação nos espaços políticos de deliberação (conselhos, comitês ou fóruns), fortalecimento das bases e formação de lideranças nos estados e municípios Sabe-se que não é simples o desenho de políticas de saúde voltadas para garantir o direito a saúde dos diversos subgrupos que moram nas ruas. Cabe lembrar que a Constituição Federal de 1988 assegura que saúde é direito de todos e dever do Estado; porém, em termos práticos, “[...] não se vê a extensão desses direitos a PSR, esta vive à margem dos processos de inclusão e sofre graus acentuados de vulnerabilidade e marginalidade no acesso aos bens e serviços.” (PAIVA et al., 2016, p. 2602). Até porque essa população não adentra o contingente populacional dos cidadãos brasileiros, tamanha é sua invisibilidade para o Estado Brasileiro. É mister romper

com esse véu de invisibilidade e com os véus dos estereótipos do preconceito, e das imagens clássicas de “vagabundos, mendigos, drogados”, aproximando-se ao máximo dessa população para entender a sua complexidade, individualidades e dinâmicas sociais, a fim de resgatar a cidadania desse povo de rua.

Para um sistema universal de saúde com concepção ampliada de saúde, faz-se necessário romper com esse véu de invisibilidade e ir onde aonde estão seus usuários, em vez de aguardar que venham demandar ações e cuidados de saúde. No entanto, isso tampouco é suficiente: faz-se necessário articular políticas de saúde e proteção social, emprego, moradia, educação, alimentação adequada, cultura, principalmente o reconhecimento de sujeitos de direitos.

Referências

BRASIL DE FATO. **Moradores em situação de rua protestam contra remoções e mortes em Porto Alegre**. Disponível em: <<https://www.brasiledefato.com.br/2018/08/22/moradores-em-situacao-de-rua-protestam-contraremocoes-e-mortes-em-porto-alegre>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. **Decreto 9.894 de 27 de junho 2019**. Dispõe sobre o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-9.894-de-27-de-junho-de-2019-179414737>>. Acesso em: jun. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2009/dec0007/dec0007053.htm>.

gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%207.053%20DE%2023,que%20lhe%20confere%20o%20art>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua**. Brasília, 2008. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/033.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasil, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 15 jun. 2020.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA.

Texto para discussão. Brasília/Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2020.

PAIVA, I. K. S. et al. Direito À Saúde Da População Em Situação De Rua: Reflexões Sobre a Problemática. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico na internet], 2016. Disponível em: <<http://www.cienciae>

saudecoletiva.com.br/artigos/direito-a-saude-da-populacao-em-situacao-de-rua-reflexoes-sobre-a-problematICA/15300>. Acesso em: 15 jun. 2020.

PORTAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Pesquisa do CONANDA aborda crianças em situação de rua.** Disponível em: <<https://www.direitosdacrianca.gov.br/migrados/pesquisa-do-conanda-revela-as-condicoes-de-vida-de-criancas-e-adolescentes-em-situacao-de-rua>>. Acesso em: 8 jun. 2020.

TORRES, Vanilson. Se tiver políticas públicas, as pessoas sairão das ruas. **Entrevista** concedida a Jana Sá. Saiba Mais Agência de Reportagem. Disponível em: <<https://www.saibamais.jor.br/vanilson-torres-se-houver-politicas-publicas-as-pessoas-sairao-da-situacao-de-rua>>. Acesso em: jun. 2020.

8. Saúde da população de periferia⁴⁹

Discorrer sobre o direito à saúde da população da periferia é um grande desafio e reveste-se de uma importância muito grande em virtude das medidas tomadas no ano de 2019. Vários movimentos populares e organizações sociais têm tido um papel muito importante ao longo da história para que essas populações tenham seu direito garantido. Entre estes, a Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM) destaca-se por seu importante papel na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e na constante luta para que contemple os moradores das periferias do País.

Pode-se destacar como grande contribuição do movimento comunitário para a saúde pública do Brasil a criação dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de endemia, e a luta constante para que os SUS estivesse presente em todas as comunidades, garantindo uma política de saúde territorializada, organizada em redes integradas, afirmando a continuidade do cuidado, a intersetorialidade e a participação da comunidade.

Segundo dados do IBGE divulgados em 2019, estima-se que o Brasil tenha 210,1 milhões de habitantes e uma taxa de crescimento populacional de 0,79% ao ano. O município de São Paulo é o mais

49 Texto elaborado com colaboração de Getúlio Vargas de Moura Júnior, presidente da CONAM, e Bartiria Lima, integrante da CONAM.

populoso do País, com 12,25 milhões de habitantes, seguido por Rio de Janeiro, Brasília e Salvador. Estima-se que pouco mais da metade da população brasileira (57,4% ou 120,7 milhões de habitantes) se concentre em apenas 5,8% dos municípios (324 municípios), que são aqueles com mais de 100 mil habitantes. Já os 48 municípios com mais de 500 mil habitantes concentram quase um terço da população (31,7%, ou 66,5 milhões de pessoas) (IBGE, 2019). Essa estimativa mostra um crescimento populacional centralizado nas grandes capitais, mostrando que o êxodo rural continua sendo uma realidade, bem como a concentração urbana nos grandes centros. O último censo demográfico brasileiro, realizado em 2010, mostrava que 84,4% da população era urbana e que a população rural havia reduzido em aproximadamente 10% no período de 2000 a 2010, enquanto que a população urbana cresceu quase 17% no mesmo período – e esse crescimento concentrou-se nas capitais e na região Sudeste, como pode ser observado no gráfico a seguir (IBGE, 2010).

Tabela 4 – População nos Censos Demográficos, segundo as Grandes Regiões, as Unidades da Federação e a situação do domicílio – 1960/2010

ANO	Situação do Domicílio	BRASIL	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
1960 ¹	Urbana	32.004.817	1.041.213	7.680.681	17.818.649	4.469.103	995.171
1960 ¹	Rural	38.987.526	1.888.792	14.748.192	13.244.329	7.423.004	1.683.209
1970 ¹	Urbana	52.904.744	1.784.223	11.980.937	29.347.170	7.434.196	2.358.218
1970 ¹	Rural	41.603.839	2.404.090	16.694.173	10.984.799	9.249.355	2.271.422
1980 ¹	Urbana	82.013.375	3.398.897	17.959.640	43.550.664	12.153.971	4.950.203
1980 ¹	Rural	39.137.198	3.368.352	17.459.516	9.029.863	7.226.155	2.053.312
1991 ²	Urbana	110.875.826	5.931.567	25.753.355	55.149.437	16.392.710	7.648.757
1991 ²	Rural	36.041.633	4.325.699	16.716.870	7.511.263	5.724.316	1.763.485
2000 ²	Urbana	137.755.550	9.002.962	32.929.318	65.441.516	20.306.542	10.075.212
2000 ²	Rural	31.835.143	3.890.599	14.763.935	6.855.835	4.783.241	1.541.533

ANO	Situação do Domicílio	BRASIL	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2010 ²	Urbana	160.925.792	11.664.509	38.821.246	74.696.178	23.260.896	12.482.963
2010 ²	Rural	29.830.007	4.199.945	14.260.704	5.668.232	4.125.995	1.575.131

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1960, 1970, 1980, 1991, 2000 e 2010.

Nota: (1) População recenseada. (2) População residente.

Segundo representante da CONAM, isso se reflete em um déficit habitacional quantitativo (falta de moradia) de mais de 12 milhões, além do déficit qualitativo, (moradias em condições precárias) que se aproxima de 17 milhões de moradias, inclui desemprego e outras áreas sociais, exigindo a luta pela reforma urbana a fim de assegurar o papel social da cidade e da propriedade, como prevê o Estatuto das Cidades, e a construção de um novo projeto nacional de desenvolvimento, que, além de conquistas sociais do último período, se caracterize por implementar a reforma urbana, a reforma agrária, a reforma tributária e a ampla reforma política democrática.

O desemprego, o trabalho informal, a subocupação atingiu milhões de brasileiros em 2019, especialmente a população urbana. Segundo IBGE, em 2019, havia aproximadamente 12,5 milhões desempregados no País (12%) e 27,5 milhões brasileiros na condição de subutilização. A renda média diminuiu, assim como houve um aumento dos trabalhos informais (24,1 milhões de brasileiros). A população desalentada, que são pessoas que desistiram de procurar trabalho, soma 4,7 milhões de pessoas, um recuo de 3,6%. Acirram-se as desigualdades sociais quando esses cenários são analisados pelo recorte de gênero, raça, etnia e classe social. (AGÊNCIA BRASIL, 2019)

Junta-se a isso a dificuldade ao acesso à educação infantil, seja por falta de vaga ou por falta de estabelecimento educacional na comunidade ou próximo da localidade de residência. Segundo a PNAD de 2017, um terço das crianças mais pobres do Brasil estava

fora das creches por falta de vagas – no grupo das crianças integrantes dos 20% com a renda mais alta, esse problema só atinge 6,9% delas. De acordo com o Plano Nacional de Educação (PNE), o Brasil precisa garantir que pelo menos metade da população de 0 a 3 anos esteja matriculada em creches até o ano de 2024. Em 2019, esse atendimento em creches é de 32,7%, segundo o Censo Escolar. (CAMARA DOS DEPUTADOS, 2019) O Brasil tem 69,7 mil creches, sendo a maioria em zonas urbanas. Essa realidade impede, principalmente, que muitas mães possam inserir-se no mercado de trabalho, ou então triplica sua jornada de trabalho, induz as famílias a buscarem na rede privada, muitas vezes de forma precarizada, a garantia do acesso à educação infantil, impactando fortemente no seu orçamento. Essa dificuldade ao acesso não é somente na educação infantil, estende-se até a universidade.

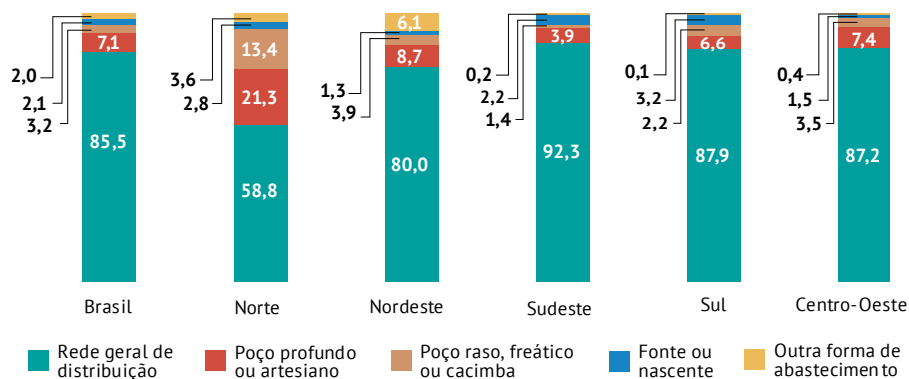
A mobilidade urbana é um grande desafio e atinge principalmente a população mais pobre, que depende quase exclusivamente de transporte coletivo; este, além de precário, torna-se cada vez mais caro. Para o presidente da CONAM, Getúlio Vargas de Moura Júnior, com o fim do Conselho Nacional das Cidades (CNC), os movimentos perderam o fórum de integração e articulação das políticas de desenvolvimento urbano. Segundo ele, o Sistema Nacional de Desenvolvimento Urbano, proposta central das últimas conferências, nunca saiu do papel; encontrou resistência dentro do Governo Federal. Essa proposta objetivava estruturar a rede de conselhos das cidades, integrar políticas transversais e fortalecer o controle social e a participação popular dentro da política urbana. Com a fragilização desse debate, a política nacional de mobilidade foi sendo abandonada. Há falta de recursos (também em virtude da EC-95/16) para obras de infraestrutura e mobilidade urbana. Assim hoje vemos no Brasil um grande caos: a mobilidade urbana nas regiões metropolitanas sem integração, cidades paradas pelo grande número de carros, sistemas de transporte lentos,

as pessoas cada vez mais buscando alternativa nos transportes individuais e aplicativos.

Getúlio, presidente da CONAM, afirma ainda que a entidade defende a integração das políticas de mobilidade urbana e, assim como em outras políticas urbanas, a construção de um sistema único de mobilidade (SUM); mas também destaca a necessidade de avançar no controle social, na gestão democrática. Muitas medidas podem ser tomadas nas cidades com baixo custo, podendo gerar melhorias importantes nos sistemas de transporte coletivo. A mobilidade ativa (principalmente por bicicleta) merece atenção e investimentos.

Outro agravante é o acesso à água tratada e ao saneamento. Segundo informativo publicado pelo IBGE em maio de 2019 (IBGE, 2020), dos 72,4 milhões de domicílios estimados pela PNAD Contínua, 97,6% (70,7 milhões) possuíam água canalizada e 88,2% (63,8 milhões) tinham acesso à rede geral de abastecimento de água. Em 85,5% das unidades, a principal fonte de abastecimento de água era a rede geral de distribuição (regionalmente), variando de 58,8% no Norte até 92,3% no Sudeste. No entanto, entre esses, a cobertura diária é de 88,5%, sendo que em alguns domicílios a disponibilidade varia entre 4 e 6 vezes na semana, ou entre 1 e 3 vezes na semana. Além da distribuição por rede geral de distribuição, principalmente no Nordeste, há outras formas de abastecimento, como pode ser percebido no gráfico a seguir. É mister salientar que ainda não há universalização de fornecimento de água potável no Brasil, há aproximadamente 35 milhões de pessoas que não possuem água tratada em casa, segundo dados do Sistema Nacional de Informações de Saneamento. (BRASIL, 2019).

Figura 16 - Domicílios, por fonte de abastecimento de água, segundo as Grandes Regiões (%)



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2019.

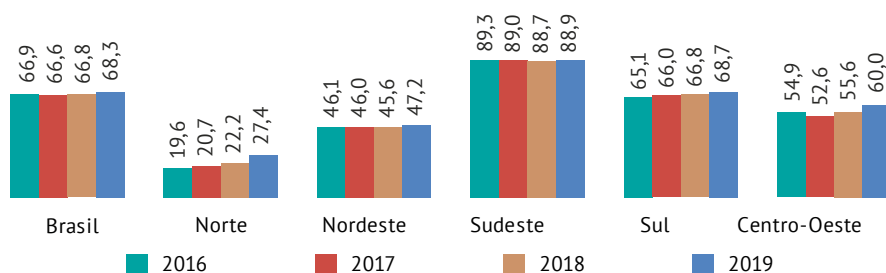
Nota: Domicílios particulares permanentes.

Segundo Bartiria Lima, ex-presidente da CONAM, nos bairros periféricos das grandes cidades e nas regiões metropolitanas, em especial em morros e áreas precárias, as comunidades convivem cotidianamente com a falta de água ou água somente em determinado dias da semana, de madrugada, muitas ainda são abastecidas por carro-pipa.

A proporção de domicílios com acesso à rede geral de esgotos, segundo o informativo do IBGE (2020), registrava diferenças mais acentuadas entre as regiões: a Norte (27,4%) e a Nordeste (47,2%) tinham as menores coberturas, enquanto o Sudeste alcançava estimativa de 88,9%; Sul e Centro-Oeste tinham valores de 68,7% e 60,0% respectivamente – a média no Brasil é de 68,3%. No entanto, a fossa séptica não ligada à rede geral alcançava 19,1% dos domicílios, e outros tipos de esgotamento sanitário foram estimados em 12,6%, indicando que aproximadamente 9 milhões de domicílios no País tinham como destino dos dejetos a fossa rudimentar, vala, rio, lago ou mar e outras formas de escoadouro. Ou seja, quase 100

milhões de brasileiros não têm esgoto; sem falar que nem toda rede de esgoto é esgoto tratado: segundo o SNIS 2018 (BRASIL, 2019), apenas 46,3% do esgoto coletado são tratados.

Figura 17 – Domicílios com rede geral ou fossa séptica ligada à rede geral, segundo as Grandes Regiões (%)

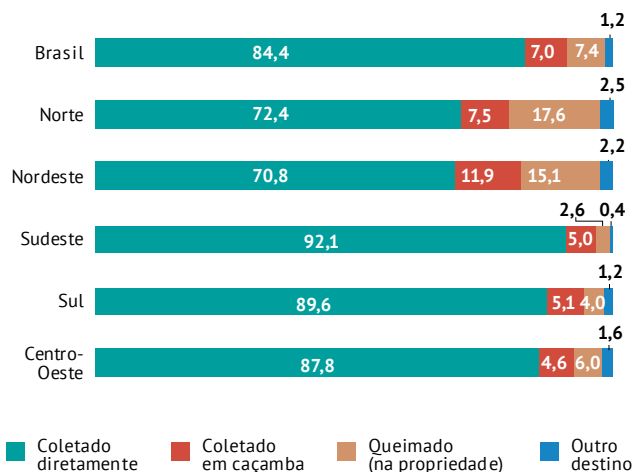


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012-2019.

Nota: Domicílios particulares permanentes.

O destino do lixo dos domicílios no Brasil é feito principalmente por meio de coleta direta por serviço de limpeza, representando 84,4% dos domicílios, mas ainda há presença de outras formas de recolhimento de lixo, na maioria das vezes precarizadas e sem os devidos cuidados e destinação correta.

Figura 18 – Domicílios, por destino do lixo, segundo as Grandes Regiões (%)



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2019.

Nota: Domicílios particulares permanentes.

Para Bartiria Lima, ex-presidente da CONAM, o direito de acesso a água e saneamento é direito fundamental nas condições de vida das comunidades. Com a aprovação da EC-95, o saneamento sofreu ataques frontais, falta de investimento no setor, pressão dos setores privados. Com a não implementação da Lei 11.445/2007, o Plano Nacional do Saneamento Básico (PLANSAB) foi desconsiderado e um conjunto de ações pensadas e planejadas sofreu grandes retrocessos no saneamento. O fato é que atualmente muitas comunidades sofrem com a falta de acesso a água e tratamento de esgotamento sanitário. Saneamento é prevenção à saúde! Com certeza, a situação vai piorar com a aprovação do recente Marco Regulatório do Saneamento, que prioriza a privatização, contrapondo a lei 11.445. Ainda há muito que ser feito; aliás, é fundamental avançar para implementar as resoluções da Conferência

Nacional de Vigilância em Saúde de 2018, que construiu uma série de políticas e diretrizes avançadas.

O acesso à rede de assistência à saúde é outro agravante social. A falta da cobertura da estratégia da saúde da família – ESF, estratégia da atenção básica, focada na prevenção, promoção e recuperação, estruturada em redes regionalizadas e hierarquizadas que permitam a continuidade do cuidado, intersetorialidade e multiprofissional, faz com que, muitas vezes, o primeiro atendimento seja a urgência ou a emergência, ou leva à procura da rede privada de saúde, principalmente na média complexidade. O Brasil, em 2019, não atingiu 65% da cobertura da ESF e mantém a presença do modelo assistencial anterior à criação do SUS, reafirmado pela nova PNAB de 2017, como pode ser percebido no gráfico:

Tabela 5 – Cobertura de atenção básica

Competência	População	Nº ESF Cob.	Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
Dezembro 2016	204.482.459	41.061	128.061.894	62,62%	151.603.979	74,14%
Dezembro 2017	206.114.067	42.513	131.741.349	63,91%	153.814.323	74,62%
Dezembro 2019	208.494.900	43.755	134.427.430	64,47%	155.875.540	74,76%

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), 2017

Se compararmos a cobertura em 2017, quando da implementação da PNAB 2017, perceberemos que nos últimos três anos o Brasil não aumentou significativamente sua cobertura de atenção básica, considerando que o IBGE (2019) revela um crescimento populacional brasileiro anual de 0,79%.

O presidente da CONAM, Getúlio Vargas de Moura Júnior, cita retrocessos no campo da saúde em 2019 oriundos da EC-95, que retirou bilhões de reais do orçamento dessa área; da PNAB 2017, que precariza a atenção básica; e da nova portaria do financiamento da saúde. Os 20 bilhões de reais que já foram retirados em três anos

fragilizam o atendimento nas comunidades, pois deveriam retornar em serviços de saúde, equipamentos e medicamentos, equipes de saúde da família nos bairros que ainda não as têm, mais médicos de saúde da família e especialistas para os postos de saúde, mais UPAs, aumento de leitos nas enfermarias e nas UTIs, qualificação e melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde. Esses recursos também deveriam ser revertidos em qualificação dos conselhos, formação e qualificação da atuação dos conselheiros em saúde, em todas as instâncias. Tudo isso reflete na ponta, no bairro; como é uma rede, não basta ter melhorias em um lado, elas têm de acontecer em todo o sistema. Entendemos que o SUS faz muito com muito pouco. Com o financiamento adequado, podemos ter um salto de qualidade.

Por outro lado, ele descreve o ano de 2019 “como [...] um ano de resistência: a Conferência Nacional de Saúde e seus desdobramentos cumpriram um papel importante para que amplos setores se mobilizassem em torno de bandeiras fundamentais como a defesa da democracia, fortalecimento do SUS e financiamento adequado da saúde. Por outro lado as medidas do Governo Federal fragilizaram o controle social, a defesa do SUS e aponta grandes dificuldades para o próximo período.”

A defesa dos direitos e a luta pela democracia são constantes na CONAM. Neste sentido, em 2019, buscou-se dialogar com o conjunto do movimento comunitário em todo o Brasil, mobilizando para a construção da 16ª Conferência Nacional da Saúde, sendo que a entidade hoje tem seu representante como presidente do Conselho Nacional de Saúde. Para Getúlio, constituem-se pautas centrais “[...] o financiamento adequado do SUS, fortalecimento da atenção primária e fortalecimento do controle social e a defesa da democracia, enfrentamento da pandemia, devolutiva à população da 16ª Conferência Nacional de Saúde, ações de formação e qualificação da participação social, debate dos projetos eleitorais, revogação da EC-95.”

Os desafios da saúde passam pela revogação da EC-95/2016, para garantir financiamento adequado à saúde. Ao mesmo tempo, é necessário garantir o controle social e o fortalecimento do sistema de conselhos. Na periferia, é preciso o fortalecimento da atenção básica, da saúde preventiva. Ainda temos muitas comunidades sem atendimento médico e sem a estrutura necessária de saúde. Faltam médicos especialistas, e o fim do Mais Médicos deixou muitas comunidades nos rincões do País sem médico da família. Enfim, são muitos desafios a serem enfrentados na atual conjuntura.

Referências

AGENCIA BRASIL. **Taxa de desemprego no Brasil cai para 11,8%, revela IBGE**. 2019. Disponível em <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2019-10/taxa-de-desemprego-no-brasil-cai-para-118-revela-ibge>>. Acesso em jun. 2020

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. Secretaria Nacional de Saneamento – SNS. **Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento: 24º Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgotos – 2018**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.snis.gov.br/downloads/diagnosticos/ae/2018/Diagnostico_AE2018.pdf>. Acesso em: jul. 2020.

CAMARA DOS DEPUTADOS. **Participação Popular - A falta de creches no Brasil**. 2019. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/tv/565788-participacao-popular-a-falta-de-creches-no-brasil/#:~:text=De%20acordo%20com%20o%20Plano,%25%2C%20segundo%20o%20Censo%20Escolar.>>. Acesso em: jul. 2020

IBGE. **Características gerais dos domicílios e dos moradores 2019**. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf>. Acesso em: jun. 2020.

IBGE. **IBGE divulga as estimativas da população dos municípios para 2019**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25278-ibge-divulga-as-estimativas-da-populacao-dos-municipios-para-2019#:~:text=As%2028%20Regi%C3%B5es%20Metropolitanas%2C%20RIDEs,da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20total%20do%20Pa%C3%ADs>>. Acesso em: 16 jun. 2020.

IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico 2010 Brasil**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8>>. Acesso em: 16 jun. 2020.

IBGE. **PNAD Contínua**. Mercado de trabalho brasileiro. 1º trimestre de 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/8ff41004968ad36306430c82eece3173.pdf>. Acesso em: jun. 2020.

9. Saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids⁵⁰

O direito humano à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids constitui-se em uma luta constante de vários movimentos populares e organizações sociais, que têm tido papel muito importante ao longo da história para garantir o direito à saúde e à vida desse público. Destacam-se a Articulação Nacional De Luta Contra Aids (An aids) e a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (RNP+Brasil), por sua importante contribuição na constante luta para que o SUS contemple integral, universal e equitativamente essa população.

Ainda hoje, há muito preconceito e desinformações sobre o tema, a começar pelos termos pejorativos utilizados para referir-se aos indivíduos soropositivos: “aquela pessoa é uma aidética” – essa expressão, além de pejorativa, reveste-se de um estigma muito grande, de exclusão social histórica. Também é importante destacar que ninguém é infectado com Aids. Segundo as diretrizes de terminologias elaborado pela UNAIDS e entidades parceiras, a “[...] Aids não é um agente infeccioso. O termo Aids descreve uma síndrome de infecções e doenças oportunistas que podem se desenvolver à medida que a imunossupressão aumentar durante

50 Texto elaborado com colaboração de Márcia Leão, representante da Articulação Nacional De Luta Contra Aids (An aids), e Jair Brandão, da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (RNP+Brasil).

a evolução da infecção pelo HIV, da infecção aguda até a morte.” (UNAIDS, 2019). Por isso, sugere-se usar a expressão **pessoa vivendo com HIV** ou **pessoa HIV positiva** (no caso de se saber o estado sorológico).

Os dados do último Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2019) mostram que a Aids não é uma epidemia controlada. Entre 1980 e 2019, foram registrados 966.058 casos no Brasil – 65,6% em homens e 34,4% em mulheres – e 338.905 óbitos foram notificados em decorrência do HIV/Aids. É quase um milhão de brasileiros(as) vivendo com o vírus, que causa cerca de 11 mil mortes por ano, com coeficiente de mortalidade de 4,4 óbitos p/100.000 hab. Os óbitos em 2018, por raça/cor, ocorreram 45,4% entre pardos e 14,5% entre pretos (somando 59,8%), 39,5% entre brancos, 0,4% entre amarelos e 0,3% entre indígenas. A proporção de óbitos entre mulheres negras foi superior à entre homens negros: 61,5% e 59,0% respectivamente. O País tem registrado uma média de 39 mil novos casos de Aids por ano. Apesar da tendência de queda nas regiões Sudeste e Sul, as regiões Norte e Nordeste apresentaram tendência de crescimento na detecção. Em todas as regiões, a principal via de transmissão foi a sexual. No Brasil, no período de 2000, até junho de 2019, foram notificadas 125.144 gestantes infectadas com HIV – em 2018, foram notificadas 8.621. Em um período de dez anos, houve um aumento de 38,1% na taxa de detecção de HIV em gestantes. Existe uma tendência de aumento na taxa de detecção de HIV nesse público, sendo que esse aumento foi verificado em todas as regiões do Brasil (BRASIL, 2019).

Existe subnotificação de casos no SINAN, que traz relevantes implicações para a resposta ao HIV/Aids, visto que permanecem desconhecidas informações importantes no âmbito da epidemiologia, tais como comportamentos e vulnerabilidades. Existe ausência de ações para o enfrentamento ao estigma e à discriminação das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), que tem se demonstrado um dos grandes obstáculos para o início e adesão ao tratamento,

além de ter um impacto negativo nas relações sociais. De acordo com a pesquisa do índice de estigma, realizada pelo UNAIDS (2020), no Brasil, em 2019, 64,1% das pessoas entrevistadas já sofreram alguma forma de estigma e discriminação pelo fato de viverem com HIV ou com Aids. A negação e a invisibilidade da epidemia do HIV/Aids neste governo vêm comprometendo ações de promoção e prevenção voltadas às populações como gays e outros HSH, as travestis, mulheres e homens transexuais, as/os profissionais do sexo, usuários/as de álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade e pessoas em situação de rua.

A maior causa de óbito em pacientes de HIV/Aids é a coinfeção com a tuberculose (TB). Segundo o Boletim Epidemiológico de Tuberculose 2020 (BRASIL, 2020), do Ministério da Saúde, em 2019, foram diagnosticados 73.864 casos novos de TB no Brasil, apontando para um crescimento da incidência nos anos últimos anos. Foram registrados 4.490 óbitos em 2018 em decorrência da TB, perfazendo um coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos/100 mil hab. Os dados de casos novos de TB testados para HIV cresceram nos últimos anos; os dados preliminares de 2019 mostram que 76,1% dos casos novos de TB sabiam de sua sorologia para o HIV. Entre os coinfectados TB-HIV, 47,5% realizaram TARV (Terapia Antirretroviral) durante o tratamento de TB. No ano de 2019, foram notificados 8.154 novos casos na população privada de liberdade, que representa a maior proporção de casos novos dentre as populações vulneráveis ao adoecimento por TB, superando os casos de coinfeção TB-HIV (BRASIL, 2020).

Ao analisar o Boletim Epidemiológico de Tuberculose, constata-se que não houve substancial alteração nos dados dos últimos dois anos. O monitoramento dos compromissos assumidos pelo Brasil na UN-HLM-TB (reunião de alto nível da ONU sobre tuberculose) não tem se efetivado, pois faltam dados, que o governo não tem apresentado. Para além disso, os compromissos que dialogam com a proteção social não foram incorporados por esse governo.

Outra importante coinfeção com o HIV é a hepatite C (HCV). Segundo o Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais⁵¹ do Ministério da Saúde, de 1999 a 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 632.814 casos confirmados de hepatites virais no Brasil, sendo que 228.695 (36,1%) desses casos foram de hepatite C. Nos últimos cinco anos, a patologia mostrou tendência de aumento.

Em 2018, o *ranking* das capitais com as maiores taxas de detecção de hepatite C apresentou nove capitais com taxas superiores à média nacional (12,6 casos por 100 mil habitantes): Porto Alegre, RS (91,1 casos por 100 mil habitantes), com a maior taxa entre as capitais, seguida de São Paulo, SP (37,3), Curitiba, PR (23,8), Florianópolis, SC (19,1), Rio Branco, AC (18,2), Vitória, ES (18,1), Salvador, BA (18,0), Porto Velho, RO (17,7) e Boa Vista, RR (16,3).

No período de 2000 a 2017, foram identificados, no Brasil, pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 70.671 óbitos por causas básicas e associadas às hepatites virais, sendo que 76,0% estavam relacionadas com a hepatite C.

De 2007 a 2018, 9,1% (18.057) do total de casos notificados de hepatite C apresentaram coinfeção com o HIV. No entanto, observou-se, ao longo desses anos, uma redução no percentual de coinfeção: em 2007 foi de 14,0%, em 2018 passou para 7,0%. Entre as regiões brasileiras, a maior proporção de indivíduos coinfectados com HIV ocorreu no Sul, com 12,3% do total dos casos notificados de hepatite C. Os óbitos por hepatite C são a maior causa de morte entre as hepatites virais. O número de óbitos vem aumentando ao longo dos anos em todas as regiões do Brasil. De 2000 a 2017, foram identificados 53.715 óbitos associados à hepatite C; destes, 53,7% (28.823) tiveram essa infecção como causa básica.

51 Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2019>>. Acesso em: jul. 2020.

Quanto ao coeficiente de mortalidade por hepatite C como causa básica, observou-se uma tendência de estabilização para o Brasil nos últimos dez anos. Entre 2007 e 2017, as regiões Sul e Sudeste apresentaram coeficientes de mortalidade superiores ao coeficiente nacional observado (0,8 óbito por 100.000 habitantes).

O Brasil foi um dos pioneiros no tratamento da AIDS no mundo e, por muito tempo, a principal referência para tal, especialmente pela universalização do tratamento e do conjunto de políticas públicas criadas. No entanto, em período recente, vem enfrentando alguns desafios na efetivação do direito.

A EC-95 impacta diretamente no direito à saúde das pessoas vivendo com HIV/AIDS e HCV. Por exemplo, os principais medicamentos são importados, seu preço é em dólar americano; isto se torna um problema dado que o orçamento está “congelado” por vinte anos e não considera essa variação cambial.

Recentemente foi lançada a campanha #euñãosoudespesa, em resposta à fala do Presidente do Brasil afirmando “que uma pessoa com HIV, além do problema sério para ela, é uma despesa para todos nós brasileiros” (EXAME, 2020). A fala aconteceu para justificar a campanha lançada pela Ministra Damares Alves que sugere a abstinência sexual como política de Estado para enfrentamento de gravidez na adolescência e de doenças sexualmente transmissíveis. Carlos Duarte, ex-conselheiro de saúde e representante do Grupo de Apoio à Prevenção da Aids, durante sua participação na 326ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, considera um retrocesso uma campanha de prevenção como a proposta pela ministra, pois desconsidera toda a base científica que embasava campanhas respectivas. Também disse que a fala do Presidente é “de uma crueldade sem precedente na história do SUS”. Para ele, “a epidemia se trata não só no caráter biomédico, mas também no social”; portanto, as campanhas preventivas evitam novas infecções. Esse pensamento conservador e retrógrado tem efeito

cascata nos estados e municípios, o que acarreta no desmonte das políticas públicas para enfrentamento da Aids (CNS, 2020).

Outro ataque sofrido foi a publicação do decreto n. 9.795/19, que, entre outras ações, altera a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Por meio desse decreto, o “Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais” passa a ser chamado de “Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis”. Muito mais que apenas uma troca de nomenclatura, segundo movimentos, organizações e entidades, é uma mudança estrutural no programa brasileiro de Aids. Em nota publicada, a Articulação Nacional de Luta contra a Aids, a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), o Fórum de ONGs Aids/SP (FOAESP), o Grupo de Apoio à Prevenção da Aids/RS (GAPA/RS), o Grupo de Incentivo à Vida (GIV) e a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids afirmam: “Não se trata apenas de uma questão de nomenclatura: é o fim do Programa Brasileiro de AIDS. O governo, na prática, extingue de maneira inaceitável e irresponsável um dos programas de AIDS mais importantes do mundo, que foi, durante décadas referência internacional na luta contra a AIDS. Mais do que um programa, esse decreto acaba com uma experiência democrática de governança de uma epidemia baseada na participação social e na intersetorialidade. [...] Essa ação do governo federal, extinguindo o programa brasileiro é inadmissível e se insere numa forma de pensar a sociedade que invisibiliza qualquer existência que escape à limitadíssima perspectiva do governo Bolsonaro. Por não conseguir entender que a vida é complexa e potente, o governo Bolsonaro mata simbólica e fisicamente diversas populações.” (ABIA, 2019).

Segundo análise realizada no documento norteador para o XX Encontro Nacional de ONGs, redes e movimentos de luta contra a Aids (ENONG, 2019), “[...] o recrudescimento do conservadorismo e fundamentalismo, aliado as manifestações já explícitas do

atual Governo Federal afirmando que não pretende ampliar os recursos destinados a saúde, se reflete também na limitação de ações e ameaças constantes ao Sistema Único de Saúde em especial com a aprovação das emendas constitucionais 86 e 95, e portaria 3992/2017. Isto diminui a relevância dos espaços de controle social e priorização de agendas que não contemplam as populações mais vulneráveis para a AIDS.”

Esse documento traz também alguns desafios e pautas que precisam ser discutidos e refletidos pelas ONGs, redes e movimentos de luta contra a Aids, dentre os quais destacamos: no item “Atenção, Assistência e Garantia de Direitos”, a necessidade de políticas intersetoriais, assistência ampliada e qualidade de vida; oferta de cuidado integral e manejo (incluindo coinfeções, hepatites, tuberculose, HTLV e outros agravos); manutenção do acesso universal aos tratamentos; sintonia com a luta pelo acesso a medicamentos, a desaposentação arbitrária, a perda de direitos trabalhistas e previdenciários e o combate ao estigma enfrentado pelas pessoas vivendo com HIV/Aids. Já no item “Prevenção”, destacam-se “Continuidade da prevenção combinada, com ampliação de acesso a PrEP, em número de tratamento e inclusão de populações além das atualmente contempladas. Acesso a insumos de prevenção, (preservativos masculino, feminino e gel lubrificante), de qualidade e atendendo as necessidades e especificidades das populações observando a garantia do acesso universal a saúde. Estratégias de comunicação em sintonia com as populações-chave e prioritárias, com a garantia de participação destes grupos em sua formulação. Prevenção além do aspecto medicamentoso (gestão de risco, interseccionalidade, equidade). Acompanhamento das ações direcionadas a sífilis (a exemplo do Programa Sífilis Não).” (ENONG, 2019).

Referências

ABIA. **Política de morte:** o fim do departamento de AIDS. 2019. Disponível em: <<http://abiaids.org.br/politica-de-morte-o-fim-do-departamento-de-aids/32852>>. Acesso em: 4 jul. 2020.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2019.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Número Especial, 2019. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>, acesso em 30/06/2020.

BRASIL. **Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. Brasil, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8901.htm>. Acesso em: 4 jul. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. Brasil, 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm>. Acesso em: 4 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Tuberculose 2020**. Brasília, 2020. N. Esp. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/Boletim-tuberculose-2020-marcas--1-.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

CNS. **Em dez anos, SUS amplia Política de Aids, diagnóstico e tratamento**. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1018-http-conselho-saude-gov-br-ultimas-noticias-cns-1018-em-dez-anos-sus-amplia-politica-de-aids-diagnostico-e-tratamento>> acesso em jun. 2020.

ENONG. **Documento Norteador para EEONGS E ERONGS**. 2019. Disponível em: <http://www.forumaidssp.org.br/enong/documento_norteador.php>. Acesso em: 30 jun. 2020.

EXAME. **Pessoa com HIV é despesa para todos no Brasil, diz Bolsonaro**. 2020. Disponível em: <<https://exame.com/brasil/pessoa-com-hiv-e-despesa-para-todos-no-brasil-diz-bolsonaro/>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

UNAIDS. **Estudo revela como o estigma e a discriminação impactam pessoas vivendo com HIV e AIDS no Brasil**. Disponível em: <<https://unaid.org.br/2019/12/estudo-revela-como-o-estigma-e-a-discriminacao-impactam-pessoas-vivendo-com-hiv-e-aids-no-brasil/>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

UNAIDS. **Terminologia**. Disponível em: <<https://unaid.org.br/terminologia/>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

Continuamos gritando
com coragem, esperança,
sonhos e utopias...

Esperança,

Organizar a esperança,
Conduzir a tempestade
Romper os muros da noite,
Criar sem pedir licença
Um muro de liberdade.
Trabalhar a dor, trabalhar o dia,
Trabalhar a flor, irmão!
E a coragem de acender a rebeldia!
Convocar todos os sonhos
E as mãos das companheiras
Feitas de espera e de flor,
Tecendo nossas bandeiras
Na trama de cada dor.
Retomamos a memória,
Na batalha das cidades
Empunhamos nossa história
Já não há quem nos detenha
Nós somos a tempestade.

(Metal e Sonho – Pedro Tierra)