

EPISTEMOLOGIAS DO SUL E DESÇOLONIZAÇÃO DA SAÚDE

JOÃO
ARRISCADO
NUNES



POSGRADOS
CLACSO



Epistemologias do Sul e descolonização da saúde

Epistemologias do Sul e descolonização da saúde

João Arriscado Nunes





CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales

Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

CLACSO Secretaría Ejecutiva

Karina Batthyány - Directora Ejecutiva

María Fernanda Pampín - Directora de Publicaciones

Equipo Editorial

Lucas Sablich - Coordinador Editorial

Solange Victory y Marcela Alemandi - Producción Editorial

Equipo de la Red de Posgrados

Alejandro Gambina, Magdalena Rauch, Camila Downar, Sofía Barbuto, Florencia Godoy,
Natalia Krimker, Alejandro Cipolloni, Denise Bernardino, Mariana Dimant.

Nunes, João Arriscado

Epistemologías del Sur e descolonização da saúde / João Arriscado Nunes. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2023.

Libro digital, PDF - (Epistemologías del Sur)

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-987-813-406-2

1. Colonialismo. 2. Acceso a la Salud. I. Título.

CDD 306.098

Arte de tapa: Pablo Amadeo

Diseño y diagramación: María Clara Diez

Corrección de estilo: Santiago Basso

Ilustración de tapa: Axel Rogel



© Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales | Queda hecho el depósito que establece la Ley 11723.

El contenido de este libro expresa la posición de los autores y autoras y no necesariamente la de los centros e instituciones que componen la red internacional de CLACSO, su Comité Directivo o su Secretaría Ejecutiva.

CLACSO

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Conselho Latino-americano de Ciências Sociais
Estados Unidos 1168 | C1023AAB Ciudad de Buenos Aires | Argentina

Tel [54 11] 4304 9145 | Fax [54 11] 4305 0875 | <clacso@clacsoinst.edu.ar> | <www.clacso.org>

Presentación de la colección Epistemologías del Sur

Las Epistemologías del Sur son el eje vertebrador y el denominador común en torno al cual –durante las últimas décadas– se ha consolidado un amplio programa de trabajo colectivo dirigido por Boaventura de Sousa Santos, integrado por intelectuales y militantes de primer orden radicados y radicadas a lo largo y ancho de todo el planeta.

Las reflexiones que ha producido esa extensa y prolífica comunidad intelectual reúnen un pluriverso de saberes que –tomando distancia del pensamiento eurocéntrico– ha consolidado nuevos y originales espacios analíticos para interpretar acontecimientos y situaciones que habían sido históricamente ignoradas o invisibilizadas, que fueron negadas o no fueron plenamente reconocidas y teorizadas por el pensamiento del Norte global.

Las Epistemologías del Sur hunden sus raíces en la producción y validación de conocimientos anclados en experiencias de resistencia de grupos sociales que sistemáticamente han sufrido la injusticia, la opresión y la destrucción causadas por el capitalismo, el colonialismo y el patriarcado. Para que lo impensado fuera incorporado, para que las

ausencias fueran reconocidas y visibilizadas, debió consolidarse un lugar de enunciación inscripto en una tradición del pensamiento a la que Boaventura de Sousa Santos denominó el Sur antiimperial. Un Sur epistemológico y –permítasenos una licencia– epistemofílico, por tratarse de trabajos contruidos sobre una trama de saberes y afectos, de convicciones y solidaridades, de reflexión crítica y cooperación, de luchas y amistad.

En ese marco se ha forjado la colección Epistemologías del Sur, una propuesta editorial surgida de nuestro programa de formación en alianza con FLACSO (Brasil) y el CES (Portugal) y que tiene como propósito iniciar en ese gran legado del pensamiento crítico a las generaciones de lectores y lectoras que toman contacto por primera vez con este vasto e inmensamente diverso campo de ideas y utopías concretas, de nuevas perspectivas metodológicas y experiencias ontológicas.

La colección Epistemologías del Sur fue concebida en un formato de libros pequeños y ágiles, que más que conformar un gran edificio del conocimiento al que accedan unos pocos, se presentan como pequeñas artesanías a descubrir y como potentes brújulas para cruzar la línea abisal que separa las formas de sociabilidad metropolitanas de las experiencias coloniales.

En un momento histórico signado por la desenfrenada expansión del capitalismo global y de sus formas satelitales de opresión y dominación (hasta el punto de poner en peligro la vida de todo el planeta) el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales y el Centro de Estudios Sociales amplían sus lazos de cooperación y ponen en circulación –a través del acceso abierto y en formatos impresos– un conjunto de materiales para contrastar el pensamiento imperial con el de diversos pueblos, culturas, repertorios de la memoria y de la resistencia, con universos simbólicos, formas y estilos de vida, temporalidades y espacios que nacen de un proyecto comprometido con las olvidadas y los olvidados de la historia, con la lucha de las silenciadas y los silenciados de nuestro tiempo.

Karina Batthyány
Directora Ejecutiva
CLACSO

Agradecimentos

Para Boaventura de Sousa Santos vai o meu primeiro agradecimento e reconhecimento. As inquietações, interrogações, proposições e interpretações que aqui se encontram trazem a marca de uma experiência, que continua, de décadas de diálogo, de debate e de trabalho coletivo no âmbito do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra e, em particular, nos últimos anos, no Grupo de Trabalho de Epistemologias do Sul. Para os membros da coordenação do Grupo — Boaventura de Sousa Santos, Maria Paula Meneses, José Manuel Mendes, Bruno Sena Martins, Teresa Cunha, Sara Araújo e Cristiano Gianolla — vai também a minha gratidão pelo ambiente de debate, discussão e apoio mútuo que alimentou muita da reflexão que transparece nesta obra. No Centro de Estudos Sociais, tenho contado ainda com um profícuo diálogo e colaboração com colegas envolvidos/as em correntes críticas de estudos sobre a saúde que trouxeram perspectivas desafiantes e contribuições

relevantes para os temas aqui tratados. Obrigado a Patrícia Ferreira, Irina Castro, Susana de Noronha, Tiago Pires Marques, Daniel Neves, Sílvia Portugal e Mauro Serapioni, assim como a toda a extraordinária equipa que ao longo dos anos, no CES, assegurou o apoio e acompanhamento das minhas atividades de pesquisa. Um agradecimento especial a Paul Hersch-Martínez, Lilian González Chévez e Sebastian Medina por me terem orientado para novas reflexões sobre as experiências de ecologia de saberes.

Este trabalho não teria sido possível sem a generosidade com que, ao longo de mais de uma década, pesquisadores/as, estudantes, profissionais de saúde, conselheiros de saúde, ativistas, educadores populares e protagonistas dos processos aqui abordados partilharam, de diferentes formas e em muitos momentos, experiências, saberes e aprendizagens. No plano institucional, saliento o acolhimento e apoio da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Na FIOCRUZ, um agradecimento especial vai para Marcelo Firpo Porto, Marina Fasanello, Paulo Amarante, Fernando Carneiro, Vanira Pessoa, Claudia Vieira de Souza e para os grupos de pesquisa por eles criados e animados; na UFSB, para Márcio Florentino e Raquel Siqueira-Silva, e

para o grupo Saúde Coletiva e Interculturalidade (INTERCULT), que permitiu manter vivo e intenso um diálogo — que continua — entre pesquisadoras/as, ativistas e educadores/as durante o longo período da pandemia. Obrigado também a Marília Louvison, Nayara Scalco e Sara Mota. A minha gratidão vai ainda para várias organizações e redes, incluindo o Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), o Conselho Nacional de Saúde do Brasil, a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), a ABRASME (Associação Brasileira de Saúde Mental), a Rede Unida e a Rede Nacional de Educação Popular e Saúde, que proporcionaram várias experiências de diálogo e partilha de experiências. A todas e todos a minha gratidão. A experiência de participação, nos últimos anos, no curso Epistemologias do Sul oferecido pela CLACSO e o Centro de Estudos Sociais estimulou a reflexão sobre vários dos temas aqui tratados. Naturalmente, a interpretação e os eventuais erros e omissões são da minha inteira responsabilidade.

Apresentação

As epistemologias do Sul constituem um programa de pesquisa que parte da obra de Boaventura de Sousa Santos e de vários projetos coletivos por ela inspirados, centrados na “produção e validação de conhecimentos ancorados nas experiências de resistência de todos os grupos sociais que têm sido sistematicamente vítimas da injustiça, opressão e destruição causadas pelo capitalismo, pelo colonialismo e pelo patriarcado” (Santos, 2018, p. 19).

O Sul designa o conjunto muito amplo e diversificado das experiências que, em diferentes contextos e regiões do mundo, tanto no Sul como no Norte geográficos, nascem de lutas e ações de resistência à dominação imperial. Se, como nos lembra Boaventura de Sousa Santos, a “dominação hegemônica assenta na naturalização do sofrimento humano enquanto fatalidade ou necessidade” (Santos, 2014a, p. 225), o Sul da resistência e da luta é também o nome do sofrimento injusto e desnecessário que existe no mundo, e das resistências

e lutas contra esse sofrimento, nas suas múltiplas formas (Santos, 2014b, 2018; Santos e Meneses, 2010; Nunes, 2019).

As epistemologias do Sul abordam a saúde a partir da diversidade dos saberes, das práticas e dos idiomas do sofrimento e da doença, do cuidado e da cura que existe no mundo. Reconhece-se assim a multiplicidade e diversidade dos saberes e experiências de povos tradicionais e das comunidades, movimentos sociais e grupos sociais vulnerabilizados, tanto no Norte como no Sul global. Esse reconhecimento não implica a rejeição da medicina moderna/ocidental, mas a exploração da sua diversidade interna e a apropriação contra-hegemônica dos seus saberes e práticas na procura de convergências e diálogos que nascem da luta pela justiça cognitiva, social, sanitária e ecológica e na construção de uma ecologia de saberes e práticas, de novas configurações construídas a partir do diálogo e da tradução intercultural.

A expressão Saúde Coletiva designa, por sua vez, uma constelação de experiências que emergiram na América Latina a partir da década de 1960, a partir do encontro entre a medicina social, as ciências sociais e as lutas pela justiça social e pela libertação, apresentando a sua realização mais sistemática enquanto projeto no Brasil. No centro dessa constelação está a concepção da

saúde-doença-atenção como processo e da determinação social, política, ecológica e cultural da saúde. Ao longo da sua história, e a partir da abertura de espaços de diálogo intercultural, a Saúde Coletiva ampliou o seu diálogo com as experiências, saberes e práticas forjadas nas resistências e lutas contra as dominações capitalista, colonialista e patriarcal. Nas páginas que se seguem, são apresentadas algumas dessas experiências, com as suas potencialidades e com os seus limites, a partir da perspectiva das epistemologias do Sul e privilegiando quatro pontos de entrada: a saúde como direito e a luta pela justiça sanitária enquanto parte da luta pela justiça social, cognitiva e ecológica; a descolonização dos saberes e práticas da saúde e da doença, da cura e do cuidado; a Medicina Social Latino-americana, a Saúde Coletiva e a transformação do campo da saúde; e as respostas às crises sanitárias — como a atual pandemia de SARS-Cov-2 — enquanto expressão de um estado de emergência permanente que afeta de forma desproporcionada as populações, comunidades e grupos sociais vulnerabilizados, especialmente os que são abissalmente excluídos, a quem é negado o reconhecimento da sua plena humanidade. Num comentário final, são propostas algumas pistas para uma abordagem intercultural da saúde e para a afirmação da saúde como

um bem comum enraizado no reconhecimento da imensa riqueza dos conhecimentos e práticas existentes no mundo.

Esta obra parte do quadro teórico, conceptual, metodológico e ético-político das epistemologias do Sul elaborado por Boaventura de Sousa Santos ao longo de décadas de reflexão e prática de uma ciência engajada, num diálogo permanente com as lutas contra as múltiplas formas de opressão e dominação existentes no mundo e com as formas de experiência e de conhecimento que delas nascem.

É importante sublinhar que o trabalho aqui apresentado se apoia numa leitura da experiência da Saúde Coletiva, da sua história e das suas transformações no Brasil, considerando a sua relação com os processos que configuraram a Medicina Social Latino-Americana. Esta precisão é necessária, dado que a perspectiva das epistemologias do Sul tem um compromisso com o reconhecimento e o respeito pela diversidade das experiências de produção de saberes, de modos de vida, de resistências e de luta que existem no mundo. Se o foco nas experiências no Brasil se deve em boa parte às limitações da experiência pessoal do autor, ela é justificada, por outro lado, pela riqueza da experiência e da história da Saúde Coletiva e dos seus envolvimento com a interculturalidade para a exploração das questões que estão no centro das epistemologias do

Sul. As experiências aqui tratadas devem, pois, ser consideradas tendo em conta o contexto específico em que ocorrem, mas também a sua relação com processos mais amplos, na intersecção de diferentes escalas e a sua contribuição para os conhecimentos nascidos nas lutas travadas neste campo em múltiplos espaços e situações.

Não se propõe aqui mais uma síntese sobre um tema que continua a ser alimentado por uma intensa e diversificada atividade de pesquisa, reflexão e intervenção. A sua intenção é bem mais modesta: oferecer uma apresentação e ensaio de interpretação, elaborados a partir de uma perspectiva específica, da experiência, dilemas e caminhos da Saúde Coletiva, ancorada num contexto particular, o do Brasil. Espera-se, assim, que ela contribua para uma reflexão mais ampla sobre os desafios que se colocam à luta pela saúde como bem comum e como parte da luta pela justiça social, cognitiva e ecológica.

Prólogo

Durante a pandemia de Covid-19 que ainda está conosco, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e as autoridades nacionais e locais de saúde nas várias regiões do mundo recomendaram insistentemente medidas de contenção e de proteção contra o vírus que seguiam práticas com uma longa história nas respostas de saúde pública a eventos epidêmicos. A lavagem frequente das mãos, em particular, mereceu uma atenção especial. O dia 5 de maio foi mesmo designado pela OMS “Dia Mundial da Higiene das Mãos”. Em tempos de pandemia, lavar as mãos passou a ser, juntamente com o uso de máscara e o chamado distanciamento social, uma das medidas no centro dessas respostas de saúde pública que visam conter a infecção pelo vírus SARS-Cov-2. Estima a OMS que a lavagem de mãos permite, mesmo na ausência de situações de pandemia como aquela que vivemos, salvar cerca de 8 milhões de vidas por ano. Ela reduz o risco de contrair infecções em ambiente hospitalar ou em unidades de saúde e está

também no centro da higiene e segurança em muitas formas de trabalho ou na higiene alimentar.¹

Lavar as mãos corresponde a um conjunto de gestos que se aprende e se deve tornar, pela sua prática regular, habitual e rotinizado. Por isso, ouvimos muitas vezes as autoridades de saúde insistirem na importância de vencer pela educação o que consideram ser a ignorância ou incompreensão da importância de lavar as mãos, e que alegadamente se manifestaria, sobretudo, em populações pobres e sem escolarização. Reconhecer essa importância e aprender o protocolo de lavagem de mãos que nos mostram os cartazes afixados em instalações sanitárias não garante, porém, que essa recomendação possa ser seguida por uma grande parte da população mundial. Uma das condições para que ela seja viável é a existência de uma infraestrutura de armazenamento, abastecimento e distribuição de água. Outra condição, inseparável desta, é a da existência de algum sistema de purificação ou tratamento da água e de saneamento que reduza o risco de contaminação das águas destinadas ao consumo, à preparação de alimentos, à limpeza e higiene, mas também a sua eventual reutilização para fins como irrigação de terrenos cultivados.

1 Retomo aqui questões discutidas em Nunes, 2021a.

Tudo isto só é habitual e rotineiro nas zonas do mundo em que existem equipamentos e procedimentos de distribuição, manutenção, vigilância da qualidade da água e de reparação de eventuais interrupções no abastecimento ou no saneamento. Esse gesto habitual e rotineiro, porém, ainda é, em grande medida, um privilégio das zonas “civilizadas” ou “desenvolvidas”, ou, como iremos designá-las a partir daqui — adotando um conceito proposto por Boaventura de Sousa Santos (2018) — zonas de sociabilidade metropolitana. Os países do Norte global, da Europa, América do Norte, Austrália, Nova Zelândia, Japão, e alguns setores das classes dominantes de países do Sul global habitam essas zonas governadas através da tensão entre regulação e emancipação, a existência de direitos e do direito de lutar por esses direitos a quem é reconhecido/a como cidadão ou cidadã.

Para uma grande parte, senão a maioria, da população do mundo, contudo, o acesso a água limpa e potável, e muitas tarefas e gestos quotidianos, são episódios de uma luta continuada e sem fim pelo acesso a um bem comum como a água, essencial à vida, um dos pilares da saúde de pessoas e comunidades.

Nas zonas que Santos designa de sociabilidade colonial — onde predominam formas de violência e de apropriação e de privação de condições

básicas de existência ligadas a uma negação do reconhecimento da plena humanidade de quem nelas habita —, a água potável aparece frequentemente como um bem raro, nem sempre acessível. Sistemas de distribuição e acesso de água não existem, em muitos casos, ou são insuficientes para responder às necessidades de quem a eles tem de recorrer. Em algumas regiões, como o semiárido no Noroeste do Brasil ou vastas áreas do continente africano ou da Índia, condições climáticas e limitações das políticas públicas tornam a água um bem precioso e escasso. Mas em muitas regiões do mundo a ação humana ligada às políticas de desenvolvimento e aos programas de ajustamento estrutural impostos por organizações como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional produziram uma escassez associada à degradação ecológica e às mudanças climáticas, mas que é também consequência da apropriação privada desse bem comum. O saneamento, por sua vez, é uma das carências mais graves que a ausência ou omissão do estado e de políticas públicas e a crescente privatização de bens comuns e de serviços públicos transforma em experiência permanente, quotidiana, das populações e grupos sociais excluídos da sociabilidade metropolitana.

As Nações Unidas incluem, na sua definição dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, o

acesso e gestão sustentável da água e do saneamento para todos (Objetivo 6).² Contudo, e apesar de assinalar alguns avanços, um relatório da UNICEF e Organização Mundial de Saúde refere que, em 2017, 2,2 biliões de pessoas não tinham acesso garantido a água potável; 3 biliões de pessoas não dispunham de condições, nas suas habitações ou nos lugares onde residem, para lavar as mãos com água e sabão. A maioria dessas pessoas vive nos países classificados como de baixa renda, situados no Sul global (UNICEF/OMS, 2019). Mesmo em zonas de grande abundância de água, esta é apropriada para outros fins — como a irrigação de monoculturas agrícolas ou de pastagens para criação de gado em grande escala, a mineração ou a apropriação privada e comercialização —, e o acesso a esse bem comum obriga à invenção de práticas de sobrevivência que, frequentemente, se transformam em lutas coletivas pela proteção da água, da terra, da vida e da dignidade. A resistência à invasão e ocupação de terras indígenas ou de povos originários é inseparável da proteção e da garantia do acesso à água.

É nas zonas de exclusão abissal que se encontram na periferia de grandes metrópoles, nos territórios indígenas ou de populações originárias, de

2 Ver <https://sdgs.un.org/goals>.

águas, campo e florestas, em zonas de guerra ou em territórios devastados pela degradação ambiental resultante do extrativismo, da monocultura intensiva e da desflorestação que encontramos algumas das situações mais visíveis dessa privação de acesso a um bem essencial, mas também das lutas que, incansavelmente, têm marcado a resposta ao que aparece cada vez mais como um *apartheid* da água e do saneamento. Daí a importância e urgência de — sem abandonar a luta pela responsabilização dos estados por políticas públicas de acesso a água potável e saneamento — procurar os diálogos e colaborações entre movimentos sociais, comunidades tradicionais e instituições de pesquisa capazes de construir as ecologias de saberes que permitam responder à ausência, omissão ou intervenção predadora dos estados e dos efeitos da privatização da água e do saneamento através de formas sustentáveis e saudáveis de garantir o acesso a esses bens comuns.

A interferência mútua entre diferentes formas de violência e a exposição a patologias como a diarreia, responsável por grande parte da mortalidade de crianças, a cólera ou o Ébola lembra como o acesso a água potável, a hidratação e a infraestruturas de saneamento pode significar a diferença entre a vida e a morte. A luta pelo reconhecimento do acesso a água potável e ao saneamento como

bens comuns e como condição de uma vida digna, saudável e sustentável é o caminho para que a prática aparentemente simples de lavar as mãos deixe de ser um privilégio de uma parte da população mundial. Essa luta é parte da luta por uma política da vida que coloque a justiça cognitiva, social, ecológica e sanitária no centro da ação coletiva, de uma outra concepção, pós-abissal, de saúde e de bem-viver. É dessa luta e dessa política que iremos tratar nas páginas que se seguem.

Capítulo 1

A saúde entre direito e justiça

A Declaração Universal de Direitos Humanos (ONU, 1948), a constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946) e as constituições nacionais de diferentes países oferecem definições ampliadas e positivas de saúde que vão para além da ausência de doença, e que sustentam diferentes formulações do direito à saúde. A Constituição Federal Brasileira de 1988 define a saúde como direito de todos e dever do Estado, a partir da emenda popular baseada nas conclusões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, e das medidas subsequentes, de que ressaltam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a chamada Lei Arouca, de 1999, que criou as condições para criação do subsistema de Saúde Indígena e de programas dirigidos a populações com características e necessidades específicas. A existência dos Conselhos de Saúde e de outros Conselhos Gestores de Políticas Públicas veio garantir, apesar de todas as dificuldades, a participação popular na definição

das orientações de política de saúde, configurando uma das formas principais de luta pelo direito à saúde no âmbito institucional.¹

Nos relatórios elaborados e disponibilizados regularmente por organizações e movimentos que lutam pela defesa da dignidade e dos direitos humanos encontramos relatos e testemunhos das violações e privações do direito à saúde enquanto direito humano e da sua realização seletiva, desigual, e geradora de exclusão.² Mas eles revelam também as lutas que diariamente se travam pela denúncia das violações e privações e pela reivindicação e afirmação desse direito. Essas lutas assumem formas distintas, emergindo das experiências de sofrimento e de violência que afetam populações, comunidades e pessoas, em territórios diversos. A pandemia de Covid-19 veio agravar e potencializar essas situações, mas também tornar mais visíveis as condições de violência estrutural³ que afetam

1 Para uma discussão dos diferentes significados e usos do conceito de saúde, ver Almeida-Filho, 2011.

2 Ver, em particular, para o caso do Brasil, os relatórios anuais elaborados pelo Fórum Nacional de Defesa do Direito Humano à Saúde e publicados pelo Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) (CEAP, 2020a, 2020b, 2021).

3 O conceito de violência estrutural foi proposto por Johan Galtung para designar os efeitos de inequidades nas relações

a saúde e a vida das populações, comunidades e grupos sociais mais vulnerabilizados. Boaventura de Sousa Santos (2020) chamou a atenção para o que chama a “trágica transparência do vírus” que aparece como revelador das formas de opressão e de sofrimento que atravessam as sociedades tanto do Norte como do Sul.

A injustiça e inequidade no acesso à saúde e ao direito à saúde no mundo, nos diferentes continentes e regiões, entre diferentes populações e territórios, teve um momento de grande visibilidade durante a pandemia, no que ficou conhecido como *apartheid* vacinal. Este designa a exclusão de países e populações do Sul global do acesso a esse bem comum constituído pelas vacinas, desenvolvidas com financiamento público e ensaiadas em diferentes regiões do mundo, com lucros fabulosos para as empresas farmacêuticas sediadas nos países do Norte, que beneficiam da proteção das leis de propriedade intelectual. Estas continuam a ser apoiadas por países do Norte, que recusam o levantamento de patentes que permitiria ampliar

de trabalho, nas condições de vida, no acesso a alimentação, moradia, educação, saúde e condições dignas de existência. Essas inequidades contribuem para a exposição e agravamento de problemas de saúde, especialmente através dos processos de sindemia, que serão abordados mais adiante.

a capacidade de produção e disponibilização desse recurso essencial ao enfrentamento da emergência sanitária.

A distribuição e acesso à produção de vacinas, esse novo “ouro líquido”, confirma, assim, a pesada herança de uma ordem mundial forjada pela convergência da dominação capitalista — agora na sua versão neoliberal — colonial e patriarcal, que se manifesta de forma bem visível nos seus impactos na saúde dos povos. A situação de pandemia veio confirmar e reforçar os efeitos combinados dessas formas de dominação configurando notórias violações do direito humano à saúde.

Não é apenas no acesso a recursos como as vacinas, os medicamentos e equipamentos necessários ao cuidado das pessoas afetadas pelo vírus, ou aos testes que permitem identificar casos e cadeias de transmissão, que se manifesta essa inequidade. Ela mostra-se também na destruição ou redução do acesso a sistemas públicos de saúde, resultado de medidas que vão dos cortes no financiamento e na privatização dos serviços de saúde e/ou da sua gestão à imposição de redução ou eliminação desses serviços, substituídos por iniciativas de organizações sociais (seja qual for o seu nome) e de intervenções filantrópicas — ou filantrópicas, como as têm apodado os seus críticos — que seguem geralmente os desastres provocados por programas

de ajustamento estrutural, intervenções militares ou guerras e conflitos. Estes são alimentados pela dinâmica neoliberal e pelas considerações geopolíticas, afetando de maneira desproporcionada um Sul que não é apenas geográfico, é também, recorde-se, o nome do sofrimento injusto e desnecessário existente no mundo.

Outras expressões dessa injustiça sanitária, que se tornaram especialmente visíveis em tempo de pandemia, dizem respeito às condições que tornam possíveis a sobrevivência, a dignidade e a saúde das populações e a sustentabilidade de territórios, como o acesso a condições decentes de moradia, de transporte e de trabalho, à alimentação, à água e à terra.

A luta pelo direito à saúde e pela justiça sanitária trava-se, assim, em múltiplas frentes, através de intervenções no quadro das instituições capazes de afirmar o seu potencial de democratização — como os Conselhos de Saúde, no caso do Brasil — e ações extra-institucionais, de populações, comunidades e movimentos sociais, de resistência e de luta contra as injustiças, a violência nas suas diferentes formas e o sofrimento injusto. Mas a conquista da justiça sanitária também se realiza através da luta pela capacidade de apropriar, produzir e partilhar as experiências e conhecimentos que nascem da resistência e da luta e pelo reconhecimento da

diversidade dos modos de saber e de conhecer que permitem enfrentar a violência e o sofrimento. O direito à apropriação e partilha do conhecimento da ciência eurocêntrica, da biomedicina, e dos conhecimentos e saberes das ciências sociais e humanas é outra face da mesma luta. Essa apropriação exige processos de democratização e descolonização das instituições de formação e das formas de apropriação e usos sociais do conhecimento. Só desta forma se torna possível respeitar o direito a produzir/criar as próprias histórias das experiências de grupos sociais, comunidades, povos e movimentos que são suprimidas, silenciadas, desqualificadas pelas narrativas e versões hegemônicas. Como lembrava Paulo Freire, é necessário trazer as experiências e os saberes dos lugares, comunidades e coletivos “onde cedo se aprende que só à custa de muita teimosia se consegue tecer a vida com sua quase ausência e negação — com carência, com ameaça, com desespero, com ofensa e dor” (Freire, 2000, p. 77). Esse tecer da vida através do diálogo e tradução entre conhecimentos chama-se ecologia de saberes:

... a ecologia de saberes é uma epistemologia que busca os diálogos possíveis entre os diversos grupos sociais. Essa é uma maneira de os grupos sociais amplos representarem o mun-

do como seu, isto é, como um lugar que lhes pertence, e, portanto, sobre o qual eles têm possibilidade de mudar. O conceito de ecologia de saberes e o conjunto teórico em que se insere resultaram exatamente da necessidade de combinar e de articular conhecimentos diferentes, científicos e populares, com vistas a fortalecer as ações coletivas, em que todos estávamos de acordo ou nos quais existem grandes acordos, mas em que há perspectivas diferentes ou conhecimentos distintos sobre os temas que nos congregam. (Santos, 2017, p. 23)

A luta pela justiça cognitiva na saúde abre o caminho aos diálogos entre diferentes saberes e práticas de medicina, de cuidado e de cura, a leitura do mundo que permite restituir o que os materiais oficiais produzidos pelas instituições e pelos saberes hegemônicos suprimem, silenciam ou invisibilizam, através do exercício de uma sociologia das ausências:

Não basta somente reunirmos todo o conhecimento científico produzido pela ciência moderna, mas é preciso construirmos um verdadeiro diálogo entre as vozes que emergem dos territórios e que nos trazem informações que não estão nas grandes bases de dados oficiais.

Tudo isso trabalhado em conjunto com os grupos acadêmicos locais, engajados na realização de uma ciência capaz de valorizar essas experiências, construindo um conhecimento com grande potencial de transformar este mundo. (Santos, 2015, p. 203)

Assim se torna possível construir a ecologia de saberes e de práticas de cuidado que permite, tanto na ação institucional como na extra-institucional, trazer os testemunhos e as diferentes expressões e histórias de experiências de violência e sofrimento, mas também de resistência e de luta, sem as quais as vozes das subjetividades resistentes e rebeldes correm o risco de ser engolidas pela medicalização e responsabilização individual que as concepções hegemônicas da saúde como obrigação e responsabilidade individual promovem. Pela convergência destes caminhos passa a luta pelo direito à saúde como luta pelo direito à vida e ao reconhecimento de cada povo, comunidade ou grupo social à sua experiência e à sua história, elaborada nos seus próprios termos, pela justiça cognitiva, social, ecológica e sanitária.

As epistemologias do Sul abordam a saúde e a doença, o sofrimento e a cura, o agravo e as formas de cuidar a partir das lutas que emergem no enfrentamento das dinâmicas capitalista,

colonialista e patriarcal. Estas convergem e reforçam-se mutuamente para criar formas de dominação, opressão e exclusão, gerando e perpetuando zonas de não-ser, de desumanização e de predação, de discriminação de classe, racial e étnica, de gênero e de orientação sexual, de classe, de destruição ecológica e de modos de existência, que condenam uma parte crescente da população mundial a uma existência precária, nas margens da sobrevivência e da dignidade. A justiça cognitiva, indissociável da justiça social e da justiça ecológica, alimenta as respostas que emergem dessas lutas, exigindo o acesso aos saberes, meios e práticas da biomedicina, mas também o reconhecimento da diversidade de saberes e práticas de cura e de cuidado que existem no mundo.

Capítulo 2

Descolonizar a saúde¹

A descolonização dos saberes hegemônicos produzidos pela ciência moderna — incluindo a medicina — é um momento decisivo dessa luta pela justiça cognitiva. Ela não implica, porém, um corte radical com a ciência ou a sua rejeição. Procura-se, antes, o reconhecimento mútuo e o diálogo entre os conhecimentos e saberes existentes no mundo, incluindo os da ciência moderna, sem desqualificações ou supressões prévias, dando especial atenção aos saberes e práticas que emergem das experiências e lutas pela dignidade e pela vida contra as diferentes formas de opressão e de exclusão. É importante, aqui, reafirmar a diferença entre a exclusão não abissal, associada às desigualdades nas zonas de sociabilidade metropolitana, e a exclusão

1 Retomo neste capítulo alguns dos temas tratados em Nunes e Louvison, 2020.

abissal, própria das zonas de sociabilidade colonial, dominadas pela relação entre violência e apropriação (Santos, 2014b; 2018). Esta distinção tem consequências para os modos de relacionamento entre saberes, práticas, experiências e formas de ação coletiva na luta pelo direito à saúde.

A persistência, ao longo do último século, de formas de divisão abissal no domínio da saúde tem sido sustentada através da divisão entre as zonas do mundo em que persistem, como principais problemas de saúde e causas de morte, doenças infecciosas com carácter endémico e/ou com episódios epidémicos — como malária, tuberculose ou HIV-AIDS, e as zonas em que predominam as chamadas doenças não-transmissíveis, crónicas ou degenerativas — câncer, doenças cardiovasculares, diabetes... Estas últimas tendem, contudo, a crescer também entre as populações do Sul. As categorias, criadas nas décadas finais do século XX, de doenças emergentes ou reemergentes tendem a reproduzir a divisão entre um Sul considerado como o lugar de origem ou de reaparecimento de infeções com grande potencial de difusão e um Norte que considera essas doenças como problemas de biossegurança.²

2 Sobre este tema e as suas implicações para a compreensão da pandemia de Covid-19, veja-se Nunes, 2021b.

A medicina moderna — ou biomedicina, que resulta do encontro entre a medicina clínica e as ciências da vida — e as diferentes formas de saber e práticas que nela se apoiam, como a epidemiologia e a saúde pública, pretendem ter validade universal enquanto forma privilegiada, senão única, de produção de conhecimento verdadeiro sobre a doença e a saúde. A medicina — e saúde pública — baseada em provas é hoje um dos recursos principais de afirmação da autoridade do saber médico e dos seus critérios para avaliar a eficácia de medicamentos e de práticas terapêuticas, incluindo aquelas que provêm de outras tradições e práticas da terapia e da cura.³ Ela permite a desqualificação

³ Veja-se os trabalhos incluídos em Adams, 2016. A medicina baseada em provas (*evidence-based medicine*, ou EBM) assenta na generalização a todos os fármacos e terapias dos procedimentos que servem de base aos ensaios clínicos randomizados com controle, utilizados para a avaliação da segurança e eficácia de medicamentos. Esses procedimentos dão lugar à produção de resultados quantificados, padronizados e comparáveis através de métricas. As diferenças de contexto e os modos de avaliação próprios de saberes e práticas terapêuticas distintas das da biomedicina podem assim ser ignoradas, e todos esses saberes e práticas passam a ser avaliados segundo um critério único, monocultural, de eficácia. A expressão “medicina baseada em evidências” tornou-se comum para descrever esses procedimentos. Contudo, a palavra “evidência”, nas línguas latinas significa algo que não necessita de

dos saberes e práticas que não são validados pelos critérios de eficácia próprios do saber biomédico. Mas é também através da generalização da medicina baseada em provas que se processa a expansão e implantação globais de um saber e prática que reivindica validade universal. Para isso, ela precisa de replicar as suas condições materiais nos diferentes contextos em que atua, incluindo as infraestruturas físicas — espaços demarcados como hospitais, dispensários, centros e postos de saúde —, a existência de profissionais e pessoal especializado, de equipamentos e outros materiais, de infraestruturas que permitam o funcionamento de tecnologias e equipamentos, como a provisão de energia e água, o saneamento, as comunicações. Os limites da universalização da saúde baseada na biomedicina dependem da realização dessas condições e da afirmação da autoridade e do poder terapêutico e curativo da biomedicina em relação a outros saberes e práticas do cuidado e da cura.

prova. Em inglês, “evidence” designa uma forma de prova que procede por inferências a partir de pistas ou indícios, e não por procedimento experimental ou de observação controlada, como acontece na EBM.

No período a seguir à Segunda Guerra Mundial, a alegação de universalidade desta concepção de saúde aparece sob três formas principais.

Encontramos a primeira na Declaração Universal de Direitos Humanos e na Constituição da OMS, através da vinculação da saúde à noção de direito e a sua inclusão no rol dos Direitos Humanos, afirmando o carácter extensivo desse direito a toda a humanidade, omitindo a referência explícita às suas raízes eurocêtricas.

A segunda está vinculada à ideia da inclusão de todos os cidadãos no âmbito de unidades políticas cujo modelo é o estado-nação, garantindo o acesso a cuidados de saúde e às condições que garantem a vida saudável e o bem-estar completo (entendidas segundo as definições consagradas na medicina moderna). Os estados sociais que surgiram em vários países, maioritariamente na Europa, após a Segunda Guerra Mundial, e os seus sistemas públicos de saúde procuram realizar essa ambição de uma universalidade que se aplica aos cidadãos de cada estado, e que incorporaram as práticas de saúde pública herdadas de períodos anteriores, assim como a ênfase na prevenção da doença.

O tema da universalidade vai encontrar, nas décadas seguintes, várias formulações ligadas às condições da sua realização, que passam pela Declaração de Toronto (1974) e culminam na

Conferência de Alma Ata (1978), com a afirmação do objetivo de saúde para todos no ano 2000. Nos anos seguintes, essa perspectiva foi de fato minada através de definições parciais de objetivos para o cumprimento de algumas metas de saúde, que começam com a seletividade das propostas que se seguem a Alma Ata, e que terão uma longa história, que se estende até este século, culminando na declaração de Astana (2018), que procurou reafirmar e atualizar as orientações de Alma Ata.⁴ As Nações Unidas consagraram várias dessas medidas no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e, posteriormente, dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Apesar de a legitimação dessas iniciativas se apoiar na referência à sua validade universal, as medidas específicas propostas no seu âmbito tendem a ser dirigidas, sobretudo, de forma seletiva, à saúde materno-infantil e à saúde sexual e reprodutiva, vinculadas a programas e projetos de desenvolvimento, sendo um elemento central da afirmação e imposição da versão ocidental do patriarcado e

⁴ Sobre este tema existe uma vasta bibliografia. Par uma boa introdução, ver Cueto, 2015.

heteronormatividade, mas também de noções de direitos que impõem uma visão eurocêntrica e monocultural.⁵

A ausência de menção explícita à responsabilidade do Estado como garante do direito à saúde e das condições efetivas da sua realização alimentou diferentes formas de privatização da saúde — do financiamento à gestão e provisão de cuidados —, que conheceram um ponto alto com o neoliberalismo, em particular através da noção de Cobertura Universal de Saúde. Esta aparece como seletiva e centrada em ações dirigidas a certos grupos e subpopulações (saúde reprodutiva, materno-infantil), privilegiando, ou limitando-se a prevenção e educação. Assumiu várias formas durante o período posterior à declaração de Alma-Ata, e reaparece em muitas das intervenções em saúde global, como as que se dirigem a HIV-AIDS ou tuberculose. A referência à universalidade não implica a integralidade, e leva em muitos casos à criação de sistemas estratificados, em que a distinção público/privado se traduz muitas vezes numa saúde pública ou de pendor essencialista para os pobres, assumindo

5 Veja-se, entre outras, as contribuições reunidas em Pigg e Adams, 2005.

uma cobertura básica com fortes limitações, e uma saúde privada e de planos de saúde para os ricos.

Neste processo, a associação entre o colonialismo e a expansão e afirmação da medicina moderna deixou uma marca importante ao longo do século XX e nas primeiras décadas deste século. A medicina moderna considerou as colônias como laboratórios vivos, onde podiam ser experimentadas invenções terapêuticas ou os procedimentos de confinamento durante as epidemias. Encontramos exemplos dessa tentativa de expansão e implantação da medicina ocidental na medicina colonial e depois a sua redescritção como medicina tropical em África, na América Latina, Caribe, Filipinas e outras regiões. Este processo teve como protagonistas não só os estados imperiais, mas também fundações privadas, que viriam a assumir um protagonismo central na emergência do que hoje se designa de saúde global (Cueto, 2015).⁶

A medicina ocidental apresenta várias particularidades que a diferenciam de outros sistemas

6 Veja-se, para o continente africano, Tilley, 2011; e Palmer (2015) para o Caribe e América Latina, dois exemplos das muitas histórias das incursões da medicina hegemónica em povos e territórios colonizados, povos indígenas e originários, populações tradicionais, minorias e populações urbanas periféricas.

médicos e de saberes e práticas relacionados com doença e saúde. A sua constituição em domínio separado e autônomo em relação a outras práticas sociais — como a religião, por exemplo —, reivindicando o direito de governar-se e regular-se segundo os seus próprios critérios de distinção entre o verdadeiro e o falso, entre o que pode ser comprovado pela ciência e o que é atribuído à imaginação, à sugestão ou a crença.⁷ Na história da medicina, esta reivindicação e afirmação de autonomia tem coexistido com a medicalização de problemas de diferentes domínios da vida social, ou seja, a redefinição destes como fenômenos patológicos e a resposta a eles através de intervenções que têm como modelo a medicina e a saúde pública.

Na história recente da saúde centrada na biomedicina, e em particular da emergência da Saúde Global nos finais do século XX, o acesso a cuidados de saúde foi frequentemente delimitado e reduzido, seja à resposta a problemas considerados urgentes, seja a iniciativas de prevenção e educação. Invocando argumentos que reproduzem ou requeentam velhas teses colonialistas sobre os

7 Para uma excelente entrada neste tema e na diversidade das configurações em que se manifesta, veja-se Luddeckens *et al.*, 2022.

obstáculos culturais, a ignorância ou a superstição dos “nativos” do Sul global, estes foram e continuam a ser privados de acesso a tratamentos de doenças evitáveis ou curáveis e de condições que se tornaram crônicas — como a AIDS —, sem que sejam garantidos o acesso a atenção básica e a cuidados de maior complexidade, as condições para a formação de profissionais, o acesso e a produção de conhecimento e de recursos para a saúde e o reconhecimento e diálogo com a diversidade de saberes, práticas e experiências que têm permitido, em condições de grande vulnerabilização, responder a eventos extremos de emergência sanitária.⁸

O conhecimento hegemônico que sustenta a medicina moderna ou biomedicina está estreitamente ligado à tripla dominação capitalista, colonial e patriarcal que caracteriza o mundo moderno. Contra essa dominação e as suas consequências para a saúde, a vida e o bem-estar das populações que sob ela vivem têm surgido formas de resistência e de luta que afirmam as experiências alternativas de produção de conhecimentos sobre a saúde, a doença, o cuidado e a cura.

8 Par uma discussão detalhada deste tema em relação com as respostas à pandemia de Covid-19, mas com um alcance bem mais amplo, ver Santos, 2020, pp. 303-319.

Sociologia das ausências e sociologia das emergências

A descolonização do conhecimento hegemônico e o reconhecimento e afirmação de outros conhecimentos nascidos das lutas passa por dois momentos, o da sociologia das ausências e o da sociologia das emergências (Santos, 2014b, 2018).

A sociologia das ausências procura identificar os silêncios, as supressões, invisibilizações e desqualificações que negam a existência de outros saberes ou os convertem em formas de ignorância ou crença, opostas ao conhecimento alegadamente verdadeiro e rigoroso da ciência. Dessa forma, os saberes validados pela ciência ou reconhecidos como tais por instituições ou autoridades credenciadas — conhecimentos acadêmicos ou profissionais, por exemplo, ou sancionados por autoridades religiosas sob a forma de conhecimento teológico — adquirem a condição de monoculturas. A monocultura da ciência moderna é constituída, de fato, por várias monoculturas — do que conta como conhecimento e como saber rigoroso, da classificação social excludente e desqualificante, do tempo linear, da escala e da definição da produtividade e eficácia. A elas contrapõem as epistemologias

do Sul as ecologias de saberes, das diferenças e do reconhecimento, da temporalidade, das relações entre escalas e da diversidade das formas de produtividade e da sua avaliação (Santos, 2014b; 2018, pp. 450-474).

A sociologia das ausências não se limita, assim, a identificar as lacunas e as formas de produção ativa de ausências e inexistência pelo conhecimento hegemônico. Ela “opera através da substituição de monoculturas por ecologias” (Santos, 2014b, p. 175). Mas o que significa, aqui, ecologia? Damos a palavra, de novo, a Santos (2020, p. 456):

A ecologia de saberes parte do pressuposto de que todas as práticas relacionais entre seres humanos e também entre os seres humanos e a natureza implicam mais do que uma forma de saber e, portanto, de ignorância. Do ponto de vista epistemológico, a sociedade colonial-capitalista moderna caracteriza-se por favorecer as práticas nas quais predominam as formas de conhecimento científico. Disto decorre que apenas a ignorância destas seja considerada desqualificante. Este estatuto privilegiado concedido às práticas científicas faz com que as suas intervenções na realidade humana e não-humana sejam sempre favorecidas. Quaisquer crises ou catástrofes que delas possam advir são

socialmente aceites e encaradas como um custo social inevitável, que poderá ser ultrapassado ou compensado por novas práticas científicas.

Noutra passagem, o mesmo autor acrescenta, situando-se no atual momento de transição entre paradigmas epistemológicos, sociais e civilizacionais, e referindo-se explicitamente às respostas à pandemia de Covid-19, que

a credibilidade contextual de outros saberes que não o científico deve ser considerada suficiente para que tais saberes possam participar de debates epistemológicos com outros saberes, nomeadamente com o saber científico. Como o conhecimento científico não se encontra distribuído de uma forma socialmente equitativa, as suas intervenções no mundo real tendem a ser as que servem os grupos sociais que têm acesso a este conhecimento. Em última instância, a injustiça social assenta na injustiça cognitiva. No entanto, a luta por uma justiça cognitiva não terá sucesso se se basear apenas na ideia de uma distribuição mais equitativa do conhecimento científico. (Santos, 2020, p. 458)

Diz-nos a medicina que a causa da tuberculose é um bacilo, ou que o distúrbio mental é causado

por um desequilíbrio na química do cérebro. Em ambos os casos, a complexidade relacional e processual do adoecimento ou do aparecimento e evolução do transtorno é ignorada ou secundarizada perante a identificação dessa doença ou transtorno com uma entidade ou processo que é reconhecido pelas classificações e descrições baseadas no conhecimento médico. Mas a compreensão dos processos que estão na origem da doença ou do transtorno é outra quando se escuta quem os sofre: a tuberculose está ligada à falta de condições dignas de habitação, de higiene e de alimentação saudável e a sua transmissão passa pela partilha dessas condições de vida. A explicação da medicina revela assim a sua fragmentação, reafirmando as segmentações e divisões do mundo tal como o veem as diferentes disciplinas que constituem a ciência moderna e o conhecimento médico e psiquiátrico, e demonstrando a parcialidade e a natureza abissal deste. A ciência conhece mediante procedimentos que separam, fragmentam e reduzem aquilo que estuda. Mesmo quando reconhece a relevância de processos que se encontram fora do seu espaço delimitado de saber, disciplinas e especialidades tendem a tratá-los como fatores externos — como determinantes da saúde e da doença —, que podem condicionar ou influenciar processos, como o adoecimento. Mas a doença é descrita e explicada

nos termos do saber biomédico, como acontece nos dois casos referidos.

É importante, contudo, reconhecer as possibilidades de uso contra-hegemônico do conhecimento científico apoiado nas diferenças que surgem do pluralismo interno das ciências, a partir dos debates e experiências que envolvem os seus praticantes, e as que se forjam nas relações entre essas versões e os saberes e práticas emergentes de experiências e lutas contra formas de dominação e opressão, de sofrimento e privação. Por isso é importante atender às versões do pluralismo interno que, “pela exploração paralela e simultânea dos seus limites internos e externos”, criam abertura à interlocução e ao diálogo com essas outras experiências e saberes (Santos, 2018; 2020; Nunes, 2019; Santos, Meneses e Nunes, 2004). Mas esse diálogo só

faz sentido numa ecologia de saberes. Trata-se, por um lado, de explorar as práticas científicas alternativas que se têm tornado visíveis através das epistemologias científicas pluralistas, nomeadamente feministas, e, por outro lado, de promover a interdependência ou complementaridade entre os saberes científicos produzidos pela modernidade eurocêntrica e outros saberes não-científicos. (Santos, 2020, p. 459)

A sociologia das emergências, por sua vez, procura identificar experiências, conhecimentos e práticas nascidas das lutas e resistências contra as diversas formas de opressão e dominação, especialmente as que decorrem da dominação capitalista, colonial e patriarcal. As práticas de sobrevivência cotidiana dos grupos, comunidades e pessoas abissalmente excluídos constituem formas de luta, tal como os movimentos sociais e experiências de ação coletiva, muitas vezes resgatando, recriando ou reinventando experiências e histórias de lutas e resistências passadas (Santos, 2018). No decorrer dessas lutas, podem ocorrer encontros e diálogos entre versões críticas do conhecimento científico e conhecimentos nascidos das experiências de quem luta. Desses encontros e diálogos surgem apropriações contra-hegemônicas da ciência que, passando pela tradução intercultural, permitem construir ecologias de saberes. Voltaremos a este ponto no Capítulo 4. Mas antes vamos acompanhar a experiência da Medicina Social Latino-Americana e, em particular, da Saúde Coletiva no Brasil enquanto terreno especialmente rico para o reconhecimento das potencialidades e limites dessas dinâmicas de transformação libertadora do conhecimento científico e de emergência de ecologias de saberes na luta pela saúde, pela dignidade e pela vida.

Capítulo 3

A medicina social latino-americana e a saúde coletiva

A implantação e expansão da medicina social na América Latina, especialmente a partir da década de 1950, ocorreu em sociedades marcadas por uma grande desigualdade e diversidade étnica, territorial e social. Era a época das políticas de substituição de importações, mas também de importantes lutas sociais, tanto nas cidades como nos campos. Este processo desencadeou um conjunto de transformações que iriam reorientar o ensino e formação da medicina nos países do subcontinente, impulsionados pela política de recursos humanos promovida pela Organização Pan-americana de Saúde. Nesse processo foi fundamental a ação do médico e sociólogo argentino Juan César García (Galeano *et al.*, 2011). Ele criou as condições para uma crítica ao modelo de ensino da medicina e de uma prática desta centrada no que viria a ser designado pelos seus críticos de preventivismo. O modelo havia sido consolidado pela adoção por todo o continente americano da reforma do ensino médico preconizada por Flexner, na década de 1920. Esse

modelo postulava a abordagem, a história natural da doença, baseada no conhecimento dos processos biológicos responsáveis pelo desencadeamento da doença, que por sua vez permitiria preveni-la e tratá-la através de intervenções dominadas pelo saber biomédico e pela distinção entre uma saúde individualizada, apoiada na clínica médica, e uma saúde pública centrada na prevenção e enfrentamento de doenças infecciosas e parasitárias e em medidas de higiene pública.¹

Numa série de conferências realizadas no Rio de Janeiro em 1974, Michel Foucault avançou a tese de que, a partir do século XVIII, surge uma nova configuração de resposta do Estado aos problemas que afetam a saúde das populações em países europeus como a França, a Inglaterra ou a Alemanha. Essa nova configuração corresponde a uma ampliação da medicina e da sua jurisdição sobre um conjunto de áreas da vida social. Uma nova forma de relação entre poder e saber emerge, que define um novo objeto de saber e de exercício do poder, a população. Daqui irá surgir

1 Ver a crítica de Sergio Arouca ao preventivismo (2003) e a sua importância como uma das contribuições fundadoras, nos planos teórico e político, da Saúde Coletiva.

o fenômeno que Foucault descreverá, posteriormente, como biopolítica. Na sua perspectiva, a medicina que se constitui e consolida a partir do século XVIII e da centralidade da instituição hospitalar é uma medicina social (Foucault, 1979).

Embora fosse apresentada perante um auditório da América Latina, a posição de Foucault assenta na experiência de países europeus como a França, a Inglaterra ou a Alemanha. Foucault não chega a tratar a abordagem da medicina como intervenção política de resposta às condições de vida e de trabalho dos operários e trabalhadores que ganhará visibilidade e importância a partir da atividade de Virchow na Alemanha ou de Guérin na França de meados do século XIX, no período em que grandes movimentações populares e operárias alimentaram processos revolucionários.

É essa medicina social tal como ela surge na Europa de meados do século XIX, ligada à resposta às condições de vida dos trabalhadores e das populações urbanas, que irá influenciar as experiências latino-americanas, sendo evocada desde então como o espírito de 1848, o ano das revoluções europeias (Krieger e Birn, 1998). Como lembrou Reinaldo Guimarães (em entrevista citada em Galeano *et al.*, 2011, p. 305), nunca desapareceu a tensão gerada pela posição de Foucault e a abordagem, de inspiração marxista, que inspirava a ação e

a reflexão dos protagonistas da medicina social na América Latina.²

No contexto da América Latina, as condições de desigualdade social e de exploração do trabalho obrigavam a uma atenção aos fatores influenciando a doença e a saúde, mas que iam para além dos temas reconhecidos pela abordagem biomédica e pela abordagem tradicional da saúde pública, aparecendo como um movimento político. Foi importante a influência teórica do marxismo e em particular as análises das classes sociais e da dominação de classe — e em particular nas relações de trabalho e nos seus impactos na saúde e no bem-estar dos/as trabalhadores/as (Laurell e Márquez, 1993), assim como a introdução da ideia e da prática do planejamento no domínio da saúde enquanto elemento crucial da capacidade de criação de respostas dos estados às condições afetando a saúde das populações, em particular dos seus setores mais vulnerabilizados, e a criação de sistemas de provisão de cuidados de saúde com vocação universal e integral (Testa, 1989).

2 A influência de Foucault parece ter sido mais sentida na discussão da medicalização e da função central do hospital na organização dos sistemas de saúde e da autoridade médica, assim como da crítica à psiquiatria e à instituição manicomial (Amarante e Torre, 2015).

Outras abordagens críticas foram igualmente influentes, especialmente na crítica epistemológica e teórica da matriz biomédica dos saberes e práticas na saúde (Arouca, 2003), mas também pela referência às experiências de reforma dos sistemas de saúde na Europa, nomeadamente na Itália e no Reino Unido. Ao mesmo tempo, essas posições críticas foram confrontadas com os problemas de populações, comunidades e grupos sociais — indígenas e afro-descendentes, comunidades das periferias urbanas, entre outros — que não eram reconhecíveis por uma matriz teórica marxista centrada no conceito de classe.

A Medicina Social Latino-americana (MSLA), sem rejeitar o conhecimento biomédico, ampliou e tornou mais complexa a abordagem da saúde e da doença. Entre as suas contribuições mais importantes estão a abordagem da saúde, da doença e da atenção como um processo e a ideia de determinação social desse processo como alternativa ao modelo preventivista centrado na história natural da doença. A MSLA desenvolveu-se em diferentes países (Cuba, Equador, Argentina, México, Brasil, entre outros) em direções distintas, em função das respectivas dinâmicas sociais, económicas e políticas, da força dos movimentos populares e da relação com o Estado, numa perspectiva de defesa de uma concepção assumidamente contra-hegemónica dos

saberes e práticas na saúde. Ela aparece também com diferentes designações, umas vezes identificada como saúde pública ou sanitarismo, noutros como epidemiologia social ou epidemiologia socio-cultural, noutros ainda como saúde coletiva, e convivendo com outras designações como medicina comunitária, medicina preventiva ou medicina familiar. O caso da Saúde Coletiva, no Brasil, é especialmente interessante pela forma como articulou as relações entre a crítica e reconstrução dos saberes e práticas da saúde — as lutas sociais e a relação entre a intervenção institucional e a ocupação de posições no Estado e as lutas pela democratização da sociedade e pelo direito à saúde. Mas é também relevante pela forma como permite identificar os problemas e limites que enfrentam as lutas pelo direito à saúde enquanto parte de uma luta mais ampla pela justiça cognitiva, social, ecológica e histórica. Um aspecto que é importante salientar na história da MSLA é a significativa presença de uma visão internacionalista do combate pela saúde, que se traduziu no apoio à formação de profissionais de saúde — de que é exemplo, para além das iniciativas já referidas, a criação da Escola de Medicina das Américas, em Cuba — e o apoio à implantação, em diferentes países — incluindo o Brasil —, de experiências no domínio da medicina social e comunitária.

A Saúde Coletiva

Num sentido amplo, a expressão saúde coletiva aparece como um dos nomes que — entre outros, como saúde pública crítica ou epidemiologia sociocultural — designam, em diferentes contextos, os saberes e práticas que se constituem ou são mobilizados por comunidades, povos e grupos sociais vulnerabilizados pelas suas condições de vida, desigualdades e formas de exclusão. Procura-se assim preencher a distância entre uma saúde dos corpos — mas também das almas e das psiques — individualizados e uma saúde pública que ignora as determinações que criam — e alimentam — as desigualdades e exclusões.

Num sentido mais específico, a expressão Saúde Coletiva designa um campo de saberes e de práticas que tem no Brasil uma expressão particularmente vigorosa e elaborada. Nesse país, a Saúde Coletiva emergiu, a partir da década de 1970, dos encontros entre a medicina preventiva, a medicina social, a política de recursos humanos da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), a epidemiologia social, as ciências sociais e as lutas pelo direito à saúde, entendidas como parte crucial da luta pela democracia num país submetido a uma ditadura

civil-militar. Os conceitos de *saúde-doença-atenção como processo* e de *determinação social da saúde* são centrais para a caracterização da Saúde Coletiva como campo de saberes e de práticas.³

O sociólogo Everardo Duarte Nunes identificou três períodos sucessivos na história que conduz à emergência da Saúde Coletiva: o da medicina preventiva, o da medicina social e o da Saúde Coletiva. Sérgio Arouca — uma das principais referências da história da Saúde Coletiva — sublinhou o papel central assumido na crítica dos limites da medicina preventiva pela medicina social, definindo esta “como o estudo da dinâmica do processo saúde-doença nas populações, suas relações com a estrutura de atenção médica, bem como das relações de ambas com o sistema social global, visando à transformação destas relações para a obtenção dentro dos conhecimentos atuais, de níveis máximos possíveis de saúde e bem-estar das populações” (Arouca, 2003 [1975], citado por Nunes, 1994, p. 11).⁴

3 Sobre a história e caracterização da Saúde Coletiva, veja-se Almeida-Filho e Paím, 2000; Campos *et al.*, 2017; Vieira-da-Silva, 2018. O tema da determinação social da saúde é discutido em pormenor nas contribuições incluídas em Nogueira, 2010.

4 A contribuição das ciências sociais foi fundamental para esse processo, sendo aqui crucial o papel da socióloga Maria

A Saúde Coletiva nasce, assim, das apropriações e transformações, no contexto da América Latina — e, no caso que aqui nos ocupa, do Brasil — da educação médica e dos saberes, organização e práticas de uma medicina atenta ao contexto social e económico em que ocorriam importantes mudanças sociais e políticas na região da luta pelo direito à saúde e pela Reforma Sanitária e criação de um sistema de acesso universal à atenção à saúde, das políticas de formação de recursos humanos e de transformações nas políticas do sector da saúde e da assistência.

Inicialmente, a formação no domínio da Medicina Social era dirigida a médicos, e só posteriormente, e sob a designação de Saúde Coletiva, veio a ser aberta a titulares de outras formações disciplinares, diversificando as origens da figura do/a sanitarista, e convergindo, em certos casos, com as formações designadas de Saúde Pública. Durante o mesmo período, para além

da instalação de cursos de pós-graduação, formam-se duas organizações, o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) e a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Gra-

Cecília Donnangelo (1975; Donnangelo e Pereira, 1976).

duação em Saúde Coletiva), que, a partir desse momento, 1976 e 1978, irão se estabelecer como espaços de resistência e análise crítica da situação de saúde e das políticas sanitárias. (Nunes, 1994, p. 14)⁵

A Saúde Coletiva afirmará a sua diferença em relação à saúde pública pela definição da saúde, da doença e do cuidado como processo e das determinações sociais desse processo, mas também pela referência à dimensão coletiva da saúde:

Não fugindo da sua vocação, a saúde coletiva — constituída nos limites do biológico e do social — ainda continua a ter pela frente a tarefa de investigar, compreender e interpretar os determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde, tanto no plano diacrônico como sincrônico da história. Ou, como apontam outros autores (Birman, 1991), a saúde coletiva ao introduzir as ciências humanas no campo da saúde, reestrutura as coordenadas desse campo, trazendo

5 Para abordagens históricas do CEBES e da ABRASCO e do seu protagonismo na Reforma Sanitária, veja-se, respectivamente, Sophia, 2014, e Lima e Santana, 2006.

para o seu interior as dimensões simbólica, ética e política, o que somente poderá revitalizar o discurso biológico. (Nunes, 1994, pp. 19-20)

Birman (2005, p. 13), por sua vez, clarificou a distinção entre a Saúde Pública e a Saúde Coletiva referindo-se à relação entre a abordagem à saúde centrada no saber biomédico e a ampliação operada pela Saúde Coletiva, reafirmando que “a problemática da saúde não se restringe ao registro biológico”. A Saúde Coletiva promove “uma leitura diferenciada das relações estabelecidas entre natureza e sociedade por outros saberes, já que, quando isolado, o discurso naturalista encontra limites para realizar este trabalho” (Birman, 2005, pp. 14-15).

O processo da Reforma Sanitária Brasileira, enquanto parte do processo de democratização do Brasil na década de 1980, emerge desta confluência de movimentos, tendo como ponto alto e decisivo a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1986, com ampla participação popular. Nela foi afirmada a indissociabilidade da luta pela democracia e da luta pelo direito à saúde. O documento aprovado na Conferência subsidiou a proposta de emenda popular que garantiu a inclusão do direito à saúde na Constituição Federal do Brasil de 1988, como direito de todos e dever do Estado. Esse direito deveria ser realizado através

da criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), de cobertura universal, e por políticas promotoras e defensoras da saúde em todos os domínios da vida social. Observa-se aqui uma convergência com a definição ampliada e “positiva” da saúde, adotada na Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948 e da Constituição da Organização Mundial de Saúde.⁶

A Saúde Coletiva tem sido descrita como um campo de saberes e de práticas (Paim e Almeida-Filho, 2000; Vieira-da-Silva, 2018) que assenta em três pilares: a epidemiologia; as políticas, planejamento e gestão da saúde e dos sistemas de saúde e as ciências sociais da saúde. Mais recentemente, parece estar a tomar forma um quarto pilar, o das ciências e tecnologias da saúde. Curiosamente, a medicina social não figura neste elenco, mas ela continua marcando algumas áreas de atuação, como a Saúde do Trabalhador⁷, a Reforma Psiquiátrica, a Saúde Ambiental, a atenção básica e a saúde comunitária, e no diálogo com a Educação Popular e Saúde.

6 Sobre a Reforma Sanitária Brasileira, veja-se Lima *et al.*, 2005, e Paim, 2008.

7 Para um excelente exemplo, centrado no trabalho com pescadores e marisqueiras artesanais da Ilha da Maré, na Bahia, ver Pena e Martins, 2014.

Ligado, inicialmente, a uma abordagem de inspiração marxista centrada na noção de classe social (mais tarde ampliado para classes populares), o conceito de coletivo aparece como tentativa de ultrapassar a oposição entre a saúde individualizada da prática clínica da medicina convencional e a saúde pública que ignora as formas de determinação da doença e da saúde que decorrem das relações sociais, de poder, de exploração, de dominação, de desigualdade e de exclusão. Como salienta Nunes (1994, p. 18), a historicização do coletivo é fundamental, pois permite “reconhecer a sua existência como fato e acontecimento, impondo que a sua apreensão seja resultado de um caminho que encontre na epidemiologia, de um lado, e nas ciências humanas, de outro, as bases para a contínua construção do seu objeto”. De fato, o conceito de coletivo foi diversificando e ampliando o seu referente ao longo do tempo, reconhecendo a diversidade e especificidade de diferentes populações, comunidades e grupos, caracterizados por diferentes processos de vulnerabilização e por diferentes experiências e formas de existência.

Uma tensão que atravessa a história e a experiência da Saúde Coletiva é a da relação entre a igualdade e a diferença, entre a afirmação da universalidade do acesso à saúde como direito de todos e dever do Estado e o reconhecimento das

diferenças e da diversidade epistêmica com respeito à saúde, à doença, ao cuidado e à cura, aos seus saberes e práticas. Essa tensão é bem visível na saúde Indígena, entre a integração dos povos indígenas num subsistema do SUS, e o reconhecimento das especificidades da relação dos povos indígenas com a saúde, a doença e o cuidado. Vale a pena lembrar que os povos indígenas realizaram a sua própria conferência, em 1986, paralelamente à Conferência nacional. Mas essa tensão não desapareceu, mesmo após a criação, no âmbito do SUS, de Programas Específicos ou de ações dirigidas à população negra e quilombola, mulheres, LGBTIQ+, às populações do campo, florestas e águas, população de rua...

A atenção básica ou primária ocupa um lugar central na Reforma Sanitária e no processo de implantação e expansão do SUS nos territórios (Mendonça *et al.*, 2018). As políticas para a saúde da família correspondem a um importante espaço, no âmbito do SUS, em que se torna possível criar configurações de saberes e de práticas capazes de responder às situações de vulnerabilização e sofrimento na sua diversidade. A criação da figura de Agente Comunitário/a de Saúde — na sua maioria mulheres vivendo nas comunidades onde trabalham ou com raízes nestas — e de uma formação e certificação dessa função contribuiu para

reforçar a implantação territorial do SUS através da ampliação de atividades de promoção de saúde e de vigilância em saúde. É também no plano da intervenção nos territórios que se enfrenta de forma mais direta e brutal a questão de como lidar com as formas de exclusão abissal, como realizar o imperativo constitucional do direito à saúde em condições de negação, sub-humanização ou desumanização de populações, grupos e comunidades abissalmente excluídas. A atenção básica e a promoção de saúde chegam a essas zonas de exclusão abissal através de iniciativas como os consultórios de rua ou a assistência prestada por equipes de saúde em cracolândias, ou pela implantação de unidades de saúde nessas zonas, incluindo Centros de Apoio Psicossocial (CAPS).⁸

A resposta à pandemia mostrou a relevância da concepção da saúde, doença e atenção como processo, caracterizado pela interferência e influência mútua de determinações sociais, económicas, sociais, ecológicas, biológicas e políticas, que está no centro da Medicina Social Latino-Americana e da Saúde Coletiva.

⁸ Veja-se Oliveira, 2018; Amarante, 2007; Amarante e Torre, 2015; Nunes e Siqueira-Silva, 2016.

Saúde Coletiva, dissenso e pluralismo externo

A Saúde Coletiva constituiu-se, assim, como uma forma de dissenso interno a partir da monocultura da saúde biomedicalizada, apoiando-se nas experiências de medicina social e na convergência desta com as ciências sociais, em particular com a sociologia, e da crítica ao programa preventivista. Esse dissenso interno provém também, como foi já referido, da resposta a dinâmicas externas, de movimentos pela saúde, da luta pela democratização, e pela atuação em contextos institucionais e extra-institucionais, que virão a resultar na 8ª Conferência Nacional de Saúde, nas propostas constitucionais sobre direito à saúde e organização de um sistema público universal, e com a criação do Sistema Único de Saúde.

Uma das características marcantes da Saúde Coletiva, especialmente na versão que emergiu e se consolidou no Brasil, é a sua relação com o Estado e com uma tensão continuada entre a luta pela institucionalização da sua concepção de saúde e das formas de organização que a materializam e a dinâmica extrainstitucional que a vincula a formas de resistência e de luta de grupos sociais, movimentos, comunidades e populações. Essas lutas têm frequentemente

como um dos seus objetivos o reconhecimento de direitos e a institucionalização de condições de acesso a cuidados de saúde e de participação na definição das políticas de saúde, mas também de reconhecimento de saberes e de práticas que não cabem no espaço da hegemonia da saúde biomedicalizada e de denúncia e oposição a atentados à saúde e à vida.

O tema da relação entre a saúde e o Estado aparece, de fato, como um dos temas mais centrais e muitas vezes carecendo de visibilidade devido à evolução das posições que configuram a saúde global, discutidas no próximo capítulo. Tanto na América Latina como noutras regiões do mundo, esta é uma questão que tem marcado a história do colonialismo e da condição pós-colonial.

A história e a dinâmica atual da Saúde Coletiva no Brasil revelam as tensões entre formas de pluralismo interno na saúde biomedicalizada que alimentam o dissenso e permitem os encontros e diálogos com outros saberes e práticas e, em certas condições, a construção de ecologias de saberes. As tensões internas e as relações entre saberes que ocorrem na Saúde Coletiva, contudo, podem também dar lugar a formas de captura e de redistribuição da validação de saberes e de práticas através da sua integração num sistema de saúde cuja matriz é a biomedicina.

Algumas formas de dissenso podem surgir, seja das tensões, contradições ou linhas de fuga que

emergem dos debates, obstáculos, dificuldades, fracassos ou bloqueios que ocorrem como parte da dinâmica interna do debate científico e técnico/prático/clínico na biomedicina e na saúde pública. O caso dos agrotóxicos e da avaliação dos seus impactos na saúde, no ambiente, na economia e na vida — que será abordado em detalhe mais adiante — oferece um dos mais significativos exemplos das condições e dos processos de surgimento de posições de dissenso interno à ciência e da sua relação com as lutas pela saúde e pelo ambiente, mas também pela justiça cognitiva.

Mas o dissenso pode nascer também das respostas aos desafios, interpelações e impasses que põem em causa, nos planos epistemológico, teórico, prático-clínico ou ético-político os saberes e práticas da biomedicina, da epidemiologia e da saúde pública. É nessas situações que podem surgir os encontros com a alteridade constituída por outras ontologias, conceitos, idiomas, saberes, práticas e modos de cuidar e curar que, do lugar da medicina moderna ocidental, aparecem como manifestações de um *pluralismo externo* (Santos, Meneses e Nunes, 2004).

Entre as manifestações dessa diversidade encontramos, por um lado, sistemas médicos (Luz, s/d)⁹

9 Um sistema médico caracteriza-se por “cinco dimensões estruturais características de uma racionalidade médica: uma

como a homeopatia, a medicina tradicional chinesa ou tibetana, ou a medicina ayurvédica, entre outras. Por outro lado, deparamos com formas por vezes descritas como “vernáculos” de proteção, de cuidado e de cura como as de povos indígenas, originários ou tradicionais e os saberes populares — que podem eles próprios constituir-se a partir de apropriações parciais dos diferentes saberes que se encontram entre classes populares urbanas, e populações do campo, florestas e águas.

Quando adjetivados como integrativos ou complementares, alguns destes saberes e práticas podem ser incluídos no repertório de práticas oferecidas por sistemas médicos de matriz biomédica. A expressão “alternativa”, que designa algumas

morfologia, uma dinâmica vital, uma diagnose, uma terapêutica e uma “doutrina médica”, isto é, um sistema complexo e coerente de definições do que é normal, do que é patológico, do que causa desequilíbrio ou anormalidade nos seres humanos, mas sobretudo do que pode ser abordável e tratável pelo sistema que se propõe a ser um saber-prática médica. Além disso, verificamos que essas cinco dimensões se enraízam culturalmente em cosmologias específicas, distintas umas das outras, opondo-se com frequência quanto aos princípios relativos à natureza da vida, do que é vital ou do que favorece a vitalidade, do que a desorganiza, introduzindo no ser vivo a doença, e do que é possível — ou não — tratar e “normalizar” através de intervenção médica” (Luz, s/d, p. 2).

práticas, sugere, por sua vez, um outro tipo de relação, que pode implicar a ignorância mútua ou a rejeição explícita da medicina hegemônica.

Um outro tipo de configuração médica/terapêutica assume grande importância em certos contextos. Neles se dá uma ligação entre os saberes e práticas da proteção, do cuidado e da cura e a religião, podendo aproximar-se de um sistema médico segundo a definição de Madel Luz. É o caso da medicina corânica, praticada entre populações muçulmanas em várias regiões do mundo.

Desta breve e necessariamente incompleta referência à diversidade de sistemas médicos e de cura e das suas relações, podemos salientar como de particular relevância os seguintes pontos:

- Segundo os contextos, estas formas diversas de medicina surgem sob diferentes configurações, e a sua relação com a biomedicina será variável, dependendo também, entre outras condições, do papel do Estado e de outros atores, instituições, organizações ou forças — por exemplo, organizações internacionais ou multilaterais, como a OMS, Organizações Não Governamentais, grandes fundações, empresas e conglomerados multinacionais e transnacionais, instituições financeiras, igrejas, confr-

rias ou outras entidades ligadas a correntes religiosas, associações, e outras.

- A relação entre as diferentes medicinas num mesmo contexto pode ser muito variável, dependendo dos itinerários ou trajetórias terapêuticas que são possíveis. Estes são tratados frequentemente como resultando de escolhas individuais dos pacientes ou usuários. Mas elas podem ser influenciadas ou determinadas pelas relações familiares, de amizade, de vizinhança e por diferentes formas de sociabilidade, incluindo as práticas religiosas, a participação em associações e outras organizações, o aconselhamento por autoridades ou a informação obtida pela internet e, de maneira mais geral, pela mídia.
- No Brasil, estas formas de saber são designadas de Práticas Integrativas e Complementares (PICs), e podem ser incluídas num repertório de práticas acessíveis através do sistema público de saúde. Mas nem todos os saberes “outros” são incluídos nessa categoria. É esse o caso, nomeadamente, da saúde indígena, que constitui um subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele assenta no reconhecimento dos saberes e práticas indígenas no domínio da saúde. Noutros casos (população negra, população dos campos, florestas e águas),

foram definidos programas dirigidos a essas populações.¹⁰

Para estar à altura do duplo desafio do reconhecimento da (e respeito pela) diversidade dos saberes e práticas e do acesso aos saberes da biomedicina através da sua apropriação contra-hegemônica, a luta pela justiça cognitiva no domínio da saúde exige formas de tradução intercultural e de artesanias de práticas que permitam a construção de ecologias de saberes.

A linha abissal na saúde: os desafios à Saúde Coletiva

Que desafios traz a exclusão abissal, nas suas diferentes manifestações, para a Saúde Coletiva? Como será a história da Saúde Coletiva, se for contada a partir das experiências de quem vive e luta nas zonas de sociabilidade colonial?

10 Para duas abordagens diferentes, mas não contraditórias, deste tema veja-se Guimarães *et al.*, 2020 — apoiada nas epistemologias do Sul —, e Silveira e Rocha, 2020 — que parte de uma problemática inspirada em Foucault.

As histórias que dominam sobre a emergência da Saúde Coletiva localizam a sua constituição no encontro entre a crítica à versão hegemônica da medicina preventiva, a medicina social, as ciências sociais, a política de formação de recursos humanos da OPAS a partir da década de 1960 e as lutas de movimentos sociais pela democracia e pelo direito à saúde como parte central dessa luta.

Esta história convida a considerar outros modos de dar conta da relação entre a Saúde Coletiva, com as suas dinâmicas, contradições, sucessos e bloqueios, e o “pluralismo externo” desse campo de saberes e de práticas. Onde estão as experiências e os saberes populares de indígenas, quilombolas, populações tradicionais, trabalhadores, classes e comunidades populares?

Na discussão da diversidade de concepções de saúde e doença, é importante notar que a desqualificação e supressão de muitos desses saberes assentava na divisão corpo-espírito e na denúncia da influência ou da sugestão, como eram designadas, como manifestações de ignorância, crença não fundamentada, superstição ou charlatanismo. Autores como Emerson Mehry e colaboradores trouxeram essa reflexão para o centro do debate sobre o trabalho na saúde e na Saúde Coletiva (Mehry e Feuerwerker, 2016).

A luta contra os agrotóxicos e a construção da vigilância popular em saúde e ambiente

Entre as experiências de diálogo entre conhecimentos e de construção de ecologias de saberes nascidas de lutas no domínio da saúde, uma das mais importantes tem vindo a ser forjada, consolidada e continuada ao longo de vários anos, no âmbito da Campanha Nacional contra os Agrotóxicos, no Brasil. Essa experiência nasceu de várias iniciativas que mobilizaram, entre 2009 e 2011, pesquisadores e pesquisadoras de várias áreas do conhecimento ligadas à saúde, ao ambiente e à agroecologia, movimentos sociais e comunidades afetadas pelos agrotóxicos, culminando no Encontro Nacional de Diálogos e Convergências em Agroecologia, Justiça e Saúde Ambiental, Soberania Alimentar, Economia Solidária e Feminismo, que viria a realizar-se em Salvador (Bahia) no mês de setembro de 2011.

A ABRASCO apoiou esses movimentos e os processos que desencadearam, e a partir dessa colaboração foram publicados dois dossiês e vários relatórios que permitiram a elaboração e partilha dos conhecimentos nascidos dessa luta. Esta tem sido prosseguida em várias frentes, ampliando o diálogo entre saberes e a emergência de artesanias

de práticas que sustentam o processo de criação de ecologias de saberes. Na sequência dessas lutas, a Saúde Coletiva tem assim aberto espaços de diálogo e de tradução intercultural que se têm traduzido na organização de coletivos de pesquisa não-extrativista, colaborativa e participativa, apoiados por instituições como a FIOCRUZ, a ABRASCO e divisões de extensão de diferentes universidades e por movimentos sociais, como o MST (Movimento dos Trabalhadores Sem Terra), o MTST (Movimento dos Trabalhadores Sem Teto), a Associação Brasileira de Agroecologia e outras. O OBTEIAS, sediado na FIOCRUZ-Ceará¹¹ e o NEEPES — Núcleo de Epistemologias Ecológicas e Promoção Emancipatória da Saúde —, na ENSP-FIOCRUZ, no Rio de Janeiro,¹² são apenas dois exemplos de coletivos que promovem novas formas de produção de conhecimento nascidas da luta e em diálogo com as propostas da epistemologias do Sul, conhecimento nascido da luta contra os agrotóxicos e contra a expansão do agronegócio e da ampliação das atividades extrativistas e de promoção da agroecologia como caminho para a soberania e segurança alimentares.

11 Ver Carneiro *et al.*, 2017.

12 Ver Porto *et al.*, 2018.

Desta convergência resultou em 2015, a publicação, no Brasil, com coordenação da ABRASCO, da Associação Brasileira de Agroecologia e da Campanha Nacional Contra os Agrotóxicos e apoio da FIOCRUZ, de um Dossiê sobre o uso dos agrotóxicos na agricultura intensiva e na produção de alimentos e os seus efeitos na saúde e no ambiente, nos trabalhadores e comunidades rurais, na saúde dos consumidores e na procura de modos sustentáveis de produzir alimentos como a agroecologia, e na agricultura familiar (Carneiro *et al.*, 2015).

O Dossiê resultou de uma convergência e colaboração de instituições de pesquisa científica nas áreas da saúde e ambiente, de movimentos sociais e organizações profissionais e de contribuições de comunidades nas diferentes regiões do Brasil. Este foi o primeiro de dois dossiês e de estudos e documentos vários que foram publicados ao longo dos anos seguintes, tendo entre as suas contribuições mais recentes a publicação, em 2021, de um segundo dossiê, defendendo medidas legislativas e políticas de redução e eliminação do uso dos agrotóxicos no Brasil, contra o chamado “Pacote do Veneno”, apoiado pelo agronegócio e pela bancada ruralista do Congresso Nacional e preconizando a ampliação do uso dos agrotóxicos. No mesmo ano, um novo estudo, da responsabilidade do IPEN (International Pollutants Elimination Network) e

ABRASCO, avaliou a forma como o agronegócio e a pandemia de Covid-19 agravaram e potenciaram, através da criação de sindemias, as condições de saúde das populações expostas aos agrotóxicos, dos consumidores e do ambiente — através da contaminação de colheitas que não usam agrotóxicos, das águas, do ar e do leite materno e da sua ligação a diferentes patologias, incluindo várias formas de câncer e doenças do metabolismo. Populações, comunidades e grupos sociais mais vulnerabilizados contam-se entre os mais afetados pela exposição aos agrotóxicos (IPEN e ABRASCO, 2021).

Estas iniciativas dão corpo a uma forma de produção colaborativa e de conhecimento solidário nascido da luta de pesquisadores/as, profissionais de saúde, agentes de vigilância ambiental e em saúde, comunidades, organizações científicas e profissionais e instituições de pesquisa, trazendo as suas experiências e saberes para a construção de um conhecimento rigoroso e comprometido com a luta pela justiça cognitiva, social, ambiental e sanitária. Esse processo envolve a apropriação contra-hegemônica de saberes científicos, mas também a mobilização de saberes e práticas tradicionais, comunitárias e construídas na luta contra o modelo económico e social neoliberal e a sua expressão no agronegócio e no extrativismo. Assim se procura passar da situação de

fragmentação de problemas, fenômenos e objetos que caracteriza os conhecimentos disciplinares a uma ecologia de saberes, que reconhece e valoriza as diferentes formas de experiência, as práticas e saberes que nascem na resistência e nas lutas contra as consequências para a saúde, o ambiente e uma vida digna que decorrem do agronegócio e, de maneira mais ampla, das formas de exploração e dominação em que se cruzam o capitalismo, o colonialismo e o patriarcado. No caso do Brasil, estas experiências têm permitido transformar conceitos e práticas como a da vigilância em saúde, protagonizada por instituições do Estado e pelos seus agentes, em práticas que privilegiam o protagonismo de comunidades, organizações e movimentos sociais, como acontece com as iniciativas no âmbito da Vigilância Popular da Saúde, Ambiente e Trabalho (Carneiro e Pessoa, 2020).

É a partir de experiências como essa que se estão forjando novas relações entre comunidades, movimentos e grupos sociais e instituições e organizações que se dedicam à construção de novas relações com a terra, a produção de alimentos e a sua distribuição e partilha centradas na agroecologia. A luta pelo direito à saúde amplia-se assim na direção da luta mais ampla pela justiça cognitiva, social e ecológica e pela dignidade, expressa em diferentes idiomas, incluindo o dos Direitos Humanos.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a luta contra a desumanização e pela dignidade

Um segundo exemplo de convergência de lutas e de práticas dissidentes de conhecimento que partem da Saúde Coletiva é o da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), da qual nasceu uma radical e sistemática crítica da monocultura da medicina moderna-ocidental, da centralidade da instituição hospitalar e da medicalização da vida, mas também de respostas alternativas aos saberes, práticas e instituições da saúde mental. A RPB parte de uma crítica radical da psiquiatria e da instituição manicomial como modos de produção de exclusão e de desumanização baseados na atribuição de desrazão e na desqualificação da palavra e da expressão daqueles e daquelas designados/as como louco/as, alienados ou portadores de distúrbio psíquico. A resposta está no processo de libertação da palavra e da expressão, da capacidade de ação coletiva, de solidariedade e de cooperação, reconhecendo a plena humanidade, a dignidade e os direitos dos “loucos”.

A criação de novas instituições e formas de organização, capazes de garantir a provisão de cuidados sem a estigmatização, desqualificação e

exclusão associadas à doença mental e sempre enraizadas na relação com a comunidade, apesar de estar atualmente sob forte ataque, tem permitido uma convergência das lutas no domínio da saúde mental com as lutas mais amplas pela dignidade e pelos direitos humanos, numa perspectiva intercultural. As práticas expressivas e artísticas, desde os grupos musicais e de teatro aos blocos de carnaval, de mídia alternativos, de iniciativas de economia social e cooperativa, têm permitido a emergência de novas formas de luta e de expressão que se aproximam das experiências de luta e de resistência que estão no centro da luta pela justiça cognitiva.

O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciado na década de 1970 com a Luta Antimanicomial, teve como objetivo declarado a inclusão e desestigmatização dos designados “loucos”, combatendo a sua segregação e enclausuramento em instituições psiquiátricas, e reconhecendo a sua plena humanidade e os seus direitos de cidadania. Uma condição central desse processo foi a crítica da própria noção de doença mental e do conhecimento e das práticas construídas sobre essa noção:

A “doença mental”, como categoria de acusação, é um recurso amplamente utilizado para

nomear a diferença e diversidade de alguns ou para invalidar a atitude rebelde e de luta de pessoas e sujeitos coletivos, como é o caso exemplar da denominação de “Loucas da Praça de Maio” dada pelos militares às mães de desaparecidos da ditadura argentina (...), além de tantas outras formas de estigmatização, violências e constrangimentos. (Amarante e Torre, 2010, p. 153)

Como observou Paulo Amarante (1998), a desumanização associada à figura do “louco” incluía a ausência ou perturbação da razão enquanto definidora da condição de humano, a periculosidade e ameaça associadas à loucura e alienação, e o enclausuramento como condição, simultaneamente, de tratamento e, eventualmente, de cura e de segurança para o próprio louco e para os outros. A transformação do discurso sobre os “loucos” e a “loucura” exigiu uma reinvenção criativa das nomeações e autoneameações dos usuários dos serviços de saúde mental, incluindo a reapropriação, contra a segregação e a estigmatização, dos próprios termos usados, como parte dos vocabulários tecno-profissionais ou populares, para falar da loucura e dos “loucos”, dos seus atributos, dos seus comportamentos, das suas formas de relacionamento com o mundo e com a sociedade.

A RPB destaca-se de outras experiências de reforma pela radicalidade das suas propostas de reorganização do campo da saúde mental, mas também pela reconfiguração das relações entre saberes que vieram desafiar, de uma forma original, a monocultura do saber psiquiátrico, mesmo nas versões “reformadas” a partir da sua crítica interna. As diferentes tentativas de afirmação de um pluralismo interno de um espaço científico-técnico e terapêutico dominado pela psiquiatria — através, por exemplo, das diferentes versões de psicoterapia institucional que foram propostas e ensaiadas em vários países, mas também de versões mais radicais do que veio a ser designado de anti-psiquiatria — foi desafiada, nos seus limites, por um pluralismo externo em que a autoridade dos saberes científico — técnicos seria exposta a um leque mais amplo de experiências, de saberes e de protagonistas. Assim, em lugar da ampliação da autoridade da psiquiatria e das práticas a ela associadas, os saberes constituídos pelos usuárixs/pacientes dos serviços de saúde mental, no próprio processo de conferir expressão à sua condição e à sua experiência, redefiniram de maneira continuada um espaço de interlocução dos saberes e práticas contestando a hegemonia dos saberes formalizados dos profissionais da saúde mental, submetendo a relevância de cada configuração de saberes a critérios de ordem pragmática, de adequação a situações e contextos.

Como parte dos movimentos mais amplos de democratização da sociedade brasileira, e do processo da Reforma Sanitária, a RPB protagonizou uma das propostas de transformação mais ousadas no sentido da justiça social, da justiça cognitiva e da justiça histórica. Este processo tornou possível, não apenas a reorganização das formas de atenção e cuidado em saúde mental, orientadas para a comunidade, mas também a mobilização da criação estética e das práticas artísticas, de formas de economia social e solidária, para a luta pela justiça cognitiva e pela construção de ecologias de saberes como desafios à autoridade e dominação dos saberes hegemônicos.

Da atenção diferenciada às artesanias do cuidado e da cura

Partindo de outro conceito central das epistemologias do Sul proposto por Santos (2018), o de artesanias de práticas, encontramos um outro conjunto de iniciativas que têm permitido a emergência de uma enorme riqueza de saberes e práticas do cuidado e da cura. A diversidade destas exige que sejam consideradas as ecologias e os contextos e processos em que elas surgiram e se constituíram,

assim como os seus usos. Um conjunto de projetos realizados com povos indígenas no México (Hersch-Martínez e González Chévez, 2011, 2014), tem produzido um corpus notável de materiais que, pelo seu conteúdo, pela forma colaborativa e não extrativista como foram elaborados e pelas modalidades da sua partilha nos conduz através dos sistemas de classificação, as nosografias, os usos, as formas de cultivo ou de coleta de plantas medicinais, a preparação e administração destas.

Esses processos envolvem um modo de conhecer e de aprender que assenta numa epistemologia distinta da epistemologia em que se funda a saúde biomedicalizada e as suas categorias de diagnóstico e definições de eficácia terapêutica. O trabalho foi realizado coletivamente, partindo das propostas de Polícia Comunitária da Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias de la Montaña y Costa Chica de Guerrero, no sudoeste do México. Essas propostas procuram responder a problemas de educação, saúde, alimentação, produção e direitos humanos por via de “projetos alternativos (...) sustentados em formas de organização próprias que contribuam para resolver de raiz” problemas que afetam as comunidades (Hersch-Martínez e González Chévez, 2014, p. 3). Através da criação de comissões locais de saúde, procura-se “impulsionar a participação real das comunidades na prevenção

e na solução dos problemas de saúde”. Essa participação parte da “base do conhecimento, do sentir e da experiência das populações” para “construir um sistema de atenção médica próprio, diferente, mais atinado, mais responsável e humano”, que acolhe o apoio institucional desde que este seja “respeitador, sensível e eficiente”, ou seja, “adequado às populações e que sirva estas”, que, por sua vez, “devem exigir serviços ao alcance de todos e da mais elevada qualidade” (idem, p. 5). Encontramos nesta experiência o resgate e mobilização coletiva de um conhecimento em boa parte transmitido, quer através de história e tradição oral, quer de diferentes práticas de aprendizagem e memória, que incluem cognição incorporada em modos de saber-fazer, de reconhecimento dos problemas para os quais são indicadas as plantas específicas, e de capacidade de ampliar e transformar o conhecimento através da reflexão sobre as próprias práticas. Estas práticas e saberes são assim transformados e enriquecidos pela experiência que decorre dos seus usos.

A relação com a biomedicina é uma parte importante da ecologia de saberes que emerge dessas artesanias permitindo os diálogos e trocas de saberes, de práticas, de objetos e de recursos terapêuticos e a tradução intercultural. Ela passa pelo reconhecimento dos diferentes quadros nosológicos da biomedicina e das medicinas tradicionais e pelo respeito das suas

diferenças, mas também pela busca de semelhanças e convergências entre categorias e descrições de sintomas. Hersch-Martínez e González Chévez (2011) descrevem esta abordagem como epidemiologia sociocultural.¹³ A medicina das plantas não é apenas um repositório de recursos que, reduzidos ao seu princípio ativo, podem ser convertidos em “verdadeiros” medicamentos pela medicina hegemônica e pela farmacologia. O conhecimento das plantas medicinais é parte de uma cultura do cuidado e da cura própria dos modos de vida de populações indígenas e tradicionais. Daí a importância do respeito mútuo das diferenças e de diálogo que parta de preocupações identificadas como comuns ou similares e da procura de respostas a elas. Referindo-se aos encontros com as instituições e os saberes do Estado — como a relação com o Subsistema de Saúde Indígena e o sistema público de saúde —, os povos indígenas do Brasil exigem o respeito por um princípio: “Tem de ser do nosso jeito!” (Vieira, 2019). É esta a condição para que o princípio da atenção diferenciada em saúde possa ser ampliado à condição de ecologia de saberes, como o solo onde poderá crescer uma concepção pós-abissal de saúde.

13 Para um exemplo notável desta abordagem, numa comunidade do Sul do Chile, veja-se Medina-Gay, 2018.

Capítulo 4

Das emergências sanitárias à saúde como bem comum

Uma declaração recente da Organização Mundial de Saúde (OMS), apesar do seu otimismo prudente, lembra que a pandemia de Covid-19 pode não ter sido ainda a grande pandemia que tem assombrado a imaginação epidemiológica, e que deve ser considerada a possibilidade de o vírus SARS-CoV-2 se tornar endêmico, com manifestações agudas intermitentes. Num livro escrito no momento mais intenso da pandemia, Boaventura de Sousa Santos (2020) discute essa necessidade de imaginar formas de conviver com os vírus, os de hoje e os que virão, enquanto parte de uma transição para um “mundo em que caibam muitos mundos”, radicalmente diferente do que existe sob o modelo civilizatório que hoje domina. As respostas desses muitos mundos à pandemia foi discutida em detalhe pelo autor, e deu lugar a relatos e balanços que revelam uma polifonia de configurações de saberes,

de práticas e da emergência de ecologias de saberes e de cuidados que são invisibilizados ou minimizados nas abordagens hegemônicas à pandemia.¹ É a partir dessas experiências que se torna possível repensar a transição para um outro modelo civilizacional, para esse “mundo em que caibam muitos mundos”.²

Podemos caracterizar a situação como uma convergência de crises que geram um estado de emergência crônica — a crise sanitária, ecológica, energética, social, de civilização, do sistema econômico e político — e torna cada vez mais premente a discussão sobre a possibilidade e urgência de formas de governo global da saúde e do ambiente, que sobressaem como domínios da vida humana e da vida no planeta. No que respeita à saúde, a questão tem acompanhado a história do sistema mundial

1 No livro citado, e especialmente no capítulo 7, Boaventura de Sousa Santos apresenta um conjunto de experiências nascidas em territórios, comunidades e populações em diferentes contextos do Sul global. Mais recentemente, têm surgido diferentes relatos, balanços e análises das experiências de resposta através da criação de plataformas online e de iniciativas híbridas, presenciais e virtuais. Estas iniciativas merecem, no seu conjunto, um estudo detalhado a realizar de modo colaborativo e não-extrativista.

2 Para uma discussão desse processo de transição, veja-se Santos, 2020, especialmente os capítulos 8-11.

capitalista, colonial e patriarcal que define a modernidade. Mas é sobretudo a partir do século XIX que encontramos tentativas de criar formas de governar a saúde que permitam, simultaneamente, responder aos problemas de saúde no interior das unidades políticas que constituem o sistema, e à escala do próprio sistema e das suas configurações regionais. Conceitos como saúde universal, internacional, global ou planetária têm procurado dar conta desse processo, da sua dinâmica histórica, dos seus alegados sucessos, mas também dos seus fracassos e das contradições que o atravessam. No momento presente, a convergência de várias emergências de âmbito global parece colocar na ordem do dia este debate — a pandemia de Covid-19, a degradação ecológica e o aquecimento global e as suas consequências, que a OMS tem vindo a apontar como o maior desafio que hoje se coloca à saúde à escala planetária. Se atendermos ao que nos tem mostrado a experiência recente, mas também a história do mundo moderno, os efeitos destes fenómenos distribuem-se acompanhando as desigualdades, vulnerabilidades e exclusões que caracterizam o sistema mundial moderno.³

³ Sobre estas questões, ver a importante e detalhada análise de Santos, 2020, Parte I.

Os limites da saúde pública: lições da pandemia

A saúde pública é dirigida às condições que sustentam a saúde e permitem prevenir a doença na sociedade, através de medidas dirigidas a agregados de indivíduos (populações ou subpopulações). Esses agregados são definidos pela partilha de localização espacial, idade, sexo, exposição ou presença de condição afetando a saúde, ou outras características de interesse para explicar a presença e distribuição de certas doenças ou condições — ou da exposição a estas — as populações ou subpopulações de interesse. A epidemiologia é a forma de saber e de prática que corresponde a esta abordagem, com a centralidade das noções de população e de risco. Na construção da informação epidemiológica, há uma suspensão da individuação e singularização que permite a prática de uma medicina dirigida a sujeitos incorporados e que é centrada no diagnóstico, prognóstico, terapia e vigilância, ela própria crescentemente aproximada da lógica epidemiológica através da noção de risco como recurso diagnóstico.

A tensão entre estas duas visões marca a abordagem da pandemia pelos estados e como ela foi tratada por estes como um conjunto de epidemias

nacionais. Ela ajuda também a compreender as tensões sempre presentes entre a afirmação de direitos individuais e a justificação do interesse público, especialmente em situação de emergência sanitária. Neste processo, são afastadas as relações de sociabilidade, de organização coletiva da vida social, de poder e de dominação e a relação com territórios e contextos marcados por histórias específicas, enquanto aspectos centrais para definir situações e determinar medidas. A medicina social, a epidemiologia social, a epidemiologia sociocultural e a saúde coletiva procuraram lidar com estes problemas.

Mas para compreender os limites dessa visão é importante sublinhar que muitas formas de medicina ou saberes e práticas de cura geralmente descritas como populares ou tradicionais têm no centro a procura das relações que podem estar na origem da doença, mal-estar ou distúrbio, expressando-a em idiomas diversos e em idiomas de sofrimento distintos (e a sua relação com ontologias e cosmovisões distintas). Os trabalhos de Paula Meneses (2019) sobre a feitiçaria, os seus saberes, idiomas e práticas em Moçambique, ou os já referidos de Hersch-Martínez e González Chévez (2011) sobre as nosologias e práticas de cura populares e indígenas no México, assim como o de Medina (2018) no Sul do Chile, trazem-nos exemplos notáveis deste fenómeno, que encontramos também nos saberes e práticas de povos indígenas

e originários e de populações dos campos, florestas e águas e de periferias urbanas, em várias partes do mundo. Estes saberes e práticas mantêm relações variáveis também com a biomedicina e a epidemiologia, podendo essas relações abrir espaços para ecologias de saberes e de práticas de cuidado. Uma forma frequente de lidar com esses saberes e práticas por parte da biomedicina é o recurso a explicações da sua ação e eficácia como resultando de influência ou sugestão, reafirmando uma oposição entre o corpo e a mente, e a tentativa de “biologização” das explicações de processos que são descritos como psíquicos, ou envolvendo uma dimensão psíquica — por via, por exemplo, da sua descrição como psicossomáticos.

Crises sanitárias e Saúde Global

A expressão Saúde Global tornou-se comum na década de 1990 para designar uma nova configuração da hegemonia da saúde biomedicalizada à escala do planeta⁴ (Cueto, 2015).

⁴ Ver Cueto, 2015, para uma introdução à história da Saúde Global.

As respostas a emergências sanitárias e a centralidade da tecnociência permitem ver como funciona a saúde global, e como ela tende a reproduzir as divisões resultantes da história do colonialismo e da transformação neoliberal do capitalismo. Os problemas e direções que afastam a saúde global do objetivo proclamado da cobertura universal de saúde tem levado ao surgimento de correntes críticas que procuram reimaginar, reinventar ou transformar a saúde global a partir de perspectivas que têm em comum a referência à medicina social. Entre as suas características estão a ampliação dos saberes e a articulação interdisciplinar e a referência central aos direitos humanos e a orientações libertadoras, de inspiração crítica, incluindo a teologia da libertação. São várias as versões que assume esta reimaginação da saúde global, incluindo a transformação a partir da medicina social, a sindemia, a eco-sindemia, a provisão global de saúde (*global health delivery*), entre outras.⁵ Em geral,

5 Mukherjee (2018) apresenta um enfoque na história e na situação atual da Saúde Global ancorada numa abordagem biossocial — promovida por Paul Farmer a partir da organização Partners in Health — que coloca no centro a provisão da atenção à saúde, mas também a ação de movimentos sociais e a importância do internacionalismo sanitário e da luta pelos direitos humanos e pelo direito à saúde. Não é

estão associadas a orientações emancipatórias, de inspiração marxista ou de outras formas de teoria crítica, incluindo a teoria do sistema mundial.

Uma das características comuns, que é também uma das principais limitações destas abordagens é a de elas atuarem no interior da monocultura da medicina moderna ou, em alguns casos, nas suas margens, dando forma ao que tem sido descrito como Saúde Global Crítica. Apesar de terem em atenção e postularem o respeito pelas experiências locais, as iniciativas da Saúde Global Crítica não consideram no mesmo plano as diferentes formas de conhecimento em co-presença. O seu reconhecimento passa pela tradução por via de abordagens das ciências sociais ou etnociências, condicionando esse reconhecimento à possibilidade de tradução nas linguagens destas.

Uma face importante da Saúde Global é a centralidade da medicina humanitária, protagonizada sobretudo por Organizações Não Governamentais como “braço operacional” da resposta a situações de emergência sanitária, que incluem não

abordada, contudo, de maneira explícita a diversidade e possibilidade de diálogos entre a biomedicina — mesmo na sua versão biossocial — e outros saberes da doença, do cuidado e da cura.

só eventos de tipo epidémico, mas também situações decorrentes de sismos, tsunamis, inundações, guerras e, em geral, situações envolvendo a deslocação forçada de populações. Essas intervenções são em geral circunscritas no tempo e no espaço, podendo em certas condições prolongar-se no tempo. Existe um debate intenso, que atravessa as próprias organizações envolvidas, acerca dos limites de uma intervenção focada na assistência médica e no imperativo imediato de salvar vidas quando as situações de emergência se tornam permanentes ou recorrentes, ou perante novas formas de vulnerabilização associadas às deslocações de populações associadas ao aquecimento global, à degradação ecológica, à procura de condições de vida dignas, ou da condição de refugiado/requerente de asilo. Estas situações estão na origem de uma diversificação e ampliação das experiências de exclusão abissal e de desumanização.⁶

6 Para uma discussão preliminar de alguns destes temas na sua relação com a saúde humanitária, ver Nunes, 2019. Para o contexto mais geral, veja-se Santos, 2020.

A Saúde Planetária e as suas ambiguidades⁷

Um conjunto de documentos, incluindo o Manifesto da revista *The Lancet*, de 2014,⁸ passando pelo Relatório da Comissão Lancet-Fundação Rockefeller, de 2015,⁹ a Declaração de Canmore (2018)¹⁰ e a recente Declaração de São Paulo (2021) permitiu a formulação dos princípios de uma outra orientação, a da Saúde Planetária. A orientação geral desses documentos converge com as posições de organizações internacionais como a Organização Mundial de Saúde, ou com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, e certamente correm o risco de ter o mesmo destino de outras iniciativas que, dada a sua procura de posições abrangentes e consensuais, ignoraram as formas de injustiça global e de vulnerabilidade — cognitiva, social, histórica, ecológica, sanitária — pesando sobre as respostas aos problemas e ameaças que

7 Esta seção é uma versão, com algumas modificações, de Nunes, 2021c.

8 Ver [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60409-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60409-8).

9 Ver [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60901-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60901-1).

10 Ver <https://doi.org/10.3390/challe9020031>.

surgem das sinergias entre crises sanitárias, ecológicas, sociais e políticas e da relação destas com a persistência da dominação capitalista, colonial e patriarcal, nas diversas formas que tem assumido ao longo dos últimos cinco séculos. A Declaração de Canmore, ainda que sejam discretas as referências que inclui à dominação colonial, reconhece que é nos conhecimentos e práticas dos povos indígenas e originários de diferentes partes do mundo que se encontram as raízes da Saúde Planetária.

Ocorreu um desenvolvimento interessante pelas apropriações desta proposta por povos indígenas e originários, enquanto manifestação de preocupações que sempre estiveram no centro da sua relação com a Terra e da sua defesa de modos de vida e ecologias ameaçadas por um modelo civilizacional baseado na predação e na supressão violenta, sob várias formas, da diversidade e riqueza do mundo, das suas experiências e dos seus saberes.

Diferentes contribuições de cientistas, ativistas, lideranças indígenas, profissionais de saúde e educadores oriundos de povos originários, indígenas e tradicionais das Américas, Austrália, Nova Zelândia, Pacífico e África propõem uma abordagem descolonizadora dos saberes hegemônicos na saúde e na ecologia, a partir da criação de espaços e de projetos de interconhecimento entre

saberes indígenas e originários e os saberes das ciências ocidentais, em particular da biologia, da medicina e da ecologia, da promoção de saúde e da epidemiologia.

São assim reapropriados e transformados conceitos — como, neste caso, o de Saúde Planetária — que, surgidos do pluralismo e dissenso interno nos espaços das ciências e dos saberes hegemônicos e do seu encontro com outras lutas e saberes, abrem possibilidades de diálogos, de traduções interculturais e interepistêmicas e de ecologias de saberes.¹¹ Diferentes plataformas, envolvendo comunidades, movimentos e organizações indígenas e de povos originários, universidades e publicações científicas dedicadas à Saúde Indígena têm contribuído para criar, manter e promover estas iniciativas, abrangendo diferentes continentes e criando formas de colaboração Sul-Sul.

Entre essas iniciativas contam-se projetos de promoção de saúde indígena e de povos tradicionais,¹² projetos de educação que procuram a interlocução entre conhecimentos tradicionais e

11 Ver <https://www.iuhpe2019.com/PicsHotel/iuhpe/Brochure/Indigenous%20Statement%20for%20Plenary%20Revised.pdf>.

12 Ver <https://doi.org/10.1177/1757975919838487>.

os conhecimentos das ciências modernas,¹³ ou a “descolonização molecular” do conhecimento biológico, ecológico e biomédico — como o que incide nas respostas imunológicas, nos microbiomas e nas relações entre as escalas em que se forjam e transformam existências, que vão do molecular ao planetário.¹⁴ Assim se afirma e defende o reconhecimento da diversidade epistemológica do mundo e a riqueza dos conhecimentos que nele existem e a diversidade de experiências que a sustentam. A vulnerabilidade ou a resistência a diferentes doenças e agravos, a soberania alimentar e as condições de uma vida saudável estão indissociavelmente ligadas ao ar, à água, à terra e à biodiversidade, ligando de maneira interdependente múltiplas espécies por via dos processos metabólicos e da sua dependência de uma ecologia hoje ameaçada por formas de ocupação territorial, de apropriação da natureza, de produção e de consumo que perpetuam e renovam a dominação capitalista, colonial e patriarcal. Ao longo de mais de 500 anos, os povos originários, indígenas e tradicionais forjaram e partilharam entre gerações conhecimentos e práticas que abrem a uma compreensão da

13 Ver <https://doi.org/10.1007/s13412-012-0086-8>.

14 Ver <https://doi.org/10.3390/ijerph17124586>.

interdependência como condição da vida na terra e da saúde do planeta como condição desta.¹⁵

Estão assim em construção encontros e diálogos entre os conhecimentos indígenas e de povos e comunidades e os conhecimentos das ciências e da medicina ocidental através de práticas inovadoras, colaborativas e não-extratvistas de produção de conhecimentos, orientadas para o enfrentamento da doença e do sofrimento humano, da degradação ecológica, da destruição da biodiversidade e da crise climática, sempre colocando as concepções ontológicas — o que conta como existente — e epistemológicas — o que conta como conhecimento — dos saberes tradicionais como propostas de um outro olhar, atento a dimensões que as epistemologias que sustentam a ciência moderna, as reduções, fragmentações e especializações disciplinares e a rejeição ou desqualificação de outros saberes e experiências levam a ignorar, minimizar, silenciar ou suprimir.

Ao ser apropriada por plataformas de indígenas e povos originários e tradicionais, a partir dos seus saberes, práticas e experiências, a ideia de saúde planetária procura ir além daquelas limitações, buscando explicitamente uma concepção de saúde mais-do-que-humana, que entende os humanos

15 Ver <https://doi.org/10.3390/challe11020029>.

como pertencendo à natureza, e não como senhores de uma natureza separada que é explorada e apropriada.

Saúde Única, sindemia e ecologia: para uma concepção pós-abissal da saúde, da proteção e do cuidado

Emergências sanitárias como a pandemia de Covid-19 são inseparáveis do atual modelo civilizacional que ameaça as próprias condições que permitem a vida na terra. A urgência da resposta a esse modelo tem levado a diferentes formulações da relação entre a saúde humana, a saúde de todos os seres vivos e a saúde do planeta, da biosfera e da geosfera. Um conceito como o de saúde global, a partir do qual têm sido definidas a resposta à pandemia, parece limitado na sua capacidade de pensar de modo articulado a emergência sanitária, a emergência ecológica e a crise civilizacional. Por isso têm surgido outras concepções que procuram vincular saúde, ecologia e economia política, postulando abordagens convergentes da saúde humana, da saúde animal e da saúde dos ecossistemas, como a de Saúde Única (*One Health*).

Nas últimas décadas, têm-se multiplicado pesquisas e intervenções que, com graus diferentes de visibilidade e de partilha, permitem identificar as condições que facilitam ou promovem o surgimento de sucessivos surtos, epidemias e pandemias associados a vírus com origem em reservatórios animais, e que em muitos casos se tornam infecciosos para os seres humanos. Está hoje bem estabelecida a sua associação com a desflorestação, a mineração, a destruição ecológica, a redução das condições de sobrevivência de populações rurais em várias regiões do hemisfério Sul, as alterações climáticas associadas a um modelo industrial poluente, extractivista e predatório e a criação de verdadeiros viveiros de doença nas concentrações industriais de criação e processamento de animais para consumo humano. Tudo isto sem esquecer o papel central, como mostraram Rob Wallace e os seus colaboradores (Wallace, 2020), dos circuitos globais de capital e do modelo neoliberal de desenvolvimento e de práticas que continuam, sob novas e velhas formas, a dominação colonial e a vulnerabilização e exclusão abissal de uma parte crescente da população mundial.

Um outro conceito, já mencionado, merece particular atenção, pela grande visibilidade que adquiriu durante a pandemia de Covid-19, mas também e principalmente pelas possibilidades — e também

os limites — que apresenta enquanto propiciador de diálogo com outros saberes e práticas. Esse conceito é o de sindemia, definida como “a relação entre duas ou mais doenças ou condições de saúde que se agrupam e interagem em um contexto de desigualdades estruturais (Singer, 2017)” (IPEN e ABRASCO, 2021, p. 80).

Tem sido notado, a partir da Saúde Coletiva, que o conceito, cunhado pelo antropólogo e epidemiologista Merryl Singer nos Estados Unidos, nos finais da década de 1980, apresenta semelhanças e convergências com os de saúde e doença como processo e determinação social da saúde que estão no centro da Saúde Coletiva e da Medicina Social Latino-Americana (Singer *et al.*, 2017; Singer e Rylko-Bauer, 2021). Vale a pena olhar mais de perto essas convergências.

Na sua versão original, que procurava lidar com as relações entre infecção por HIV, uso de drogas e violência, uma sindemia era caracterizada por três atributos: interações focadas na(s) doença(s); aglomeração (*clustering*) epidemiológica, ou seja, ocorrência simultânea e interferência mútua de duas ou mais patologias; e o papel de fatores sociais e políticos — incluindo o acesso a cuidados de saúde — na convergência e interação de duas ou mais doenças. Poderíamos adicionar a estes um quarto atributo, a relação com a ecologia, que tem vindo

a ser contemplada na ampliação e redenominação do conceito para o de eco-sindemia e com crescente relevância para a compreensão das relações entre saúde, crise ecológica e mudança climática (Baer e Singer, 2009). Uma manifestação exemplar de eco-sindemia é o das consequências para a saúde dos trabalhadores e para as condições de trabalho digno do que, num relatório do Bureau Internacional do Trabalho é designado de estresse térmico (BIT, 2021). A mudança climática e a crescente exposição a temperaturas elevadas potenciam o surgimento de doenças graves associadas a várias formas de trabalho, em particular o trabalho na agricultura intensiva ligada ao agronegócio. Um estudo publicado em 2019 mostrou como a incidência de doença renal crónica em trabalhadores nesse setor, na América Latina e Ásia, tem aumentado, ligada também ao diagnóstico tardio dessas condições, devido a ausência de acesso a cuidados de saúde e ao receio de perda de emprego por parte dos trabalhadores em caso de baixa médica (Sorensen e García-Trabanino, 2019). Mas, como demonstra o estudo do BIT, este é um problema que afeta todas as formas de trabalho.

No contexto da pandemia de Covid-19, o conceito de sindemia ajuda a compreender a diversidade de expressões do vírus e as diferenças de vulnerabilidade que emergiram durante a pandemia. Ele

ajuda a determinar se os casos de internamento, a passagem aos cuidados intensivos e os óbitos devem ser considerados apenas enquanto efeito direto da infecção por SARS-Cov-2 ou como consequência de co-morbidades. Neste caso, a avaliação da morbidade/mortalidade atribuível ao vírus seria bem mais severa, ainda que apresentando configurações sindémicas diferentes, permitindo igualmente verificar com maior rigor a hipótese de algumas variantes do vírus SARS-Cov-2 estarem associadas a maior vulnerabilidade do sistema imunitário decorrente do recuo nos tratamentos de HIV-AIDS.

Mais recentemente, as noções de vulnerabilidade sindémica e de sofrimento sindémico surgem da confluência, por um lado, das abordagens do sofrimento social e da sua relação com a violência estrutural e da atenção à experiência desse sofrimento (Mendenhall, 2019, pp. 24-27), recorrendo à antropologia médica, à psiquiatria transcultural e à etnopsiquiatria crítica. Ela é o outro lado da vulnerabilidade sindémica, na sua dimensão experiencial. Mas continua presente nessa abordagem a tendência a uma deriva que reafirma o dualismo entre o corpo e a mente, espírito ou alma. É possível, contudo, seguir outro caminho.

A atenção às expressões e linguagens da aflição e do sofrimento permite identificar atribuições

causais, assim com as respostas que são procuradas por quem sofre. E, como tem sido mostrado por muitos trabalhos que partem dessas expressões e linguagens geradoras — adaptando aqui os termos de Paulo Freire —, torna-se possível procurar a relação — ou ausência desta — dessas expressões de dor, de sofrimento, de mal estar ou de aflição com as nosografias e formas de conhecimento e práticas da saúde de base biomédica ou as tentativas de reduzir essas expressões a conceitos reconhecíveis pela biomedicina ou, como nos mostraram Hersch-Martínez e González Chévez (2011), as experiências de adoecimento “sem permissão”, não reconhecíveis ou identificáveis a partir das categorias e práticas de diagnóstico da biomedicina.¹⁶

As epistemologias do Sul partem das experiências e dos saberes e práticas que emergem das situações de vulnerabilidade e sofrimento. O seu objetivo é dar conta das ecologias de saberes, de práticas e de cuidados que emergem nessas situações. Os conhecimentos que são mobilizados na abordagem sindémica são assim tratados como

16 Veja-se, entre outros, Hersch-Martínez e González Chévez, 2011. Entre os muitos trabalhos que exploraram este tema no Brasil, veja-se Silveira, 2000; Valla, Algebaile e Guimarães, 2011; Barreto, 2021.

parte de uma configuração de saberes e de práticas que se relacionam através da tradução intercultural e de artesanias de práticas de conhecimento e de cuidado. Neste processo, as relações com a biomedicina e a epidemiologia e outros saberes científicos, técnicos e periciais são parte de uma configuração relacional e complexa mais ampla.

Esta abordagem envolve a passagem a uma concepção ecológica da saúde, da doença, do sofrimento e do cuidado, atendendo à relacionalidade complexa e ao primado das relações na caracterização das experiências de sofrimento, mas também das respostas a este e da afirmação mais ampla do cuidado. Diferentes processos envolvidos nas sindemias têm temporalidades, escalas, modos de conhecimento e de reconhecimento/classificação e definições de produtividade distintas, mas que se interseccionam. Isto diz respeito não só às diferentes disciplinas e especialidades científicas envolvidas, mas também às relações entre saberes. Neste processo, é importante reconhecer os pontos de convergência, mas também as diferenças entre as duas perspectivas, e como a partir de um e de outras se torna possível agir coletivamente para lidar, de modo situado, com as sindemias.

Capítulo 5

Que caminhos para a saúde como bem comum?

O que significa tratar a saúde como um bem comum? Boaventura de Sousa Santos define os bens comuns como “todos os bens que devem ser compartilhados por todos os seres humanos, homens e mulheres, sem discriminação, por serem essenciais para que a vida floresça e a dignidade prevaleça” (2020, p. 430). Como vimos ao longo desta digressão pelas lutas pela saúde como expressão da luta pelo bem viver, por uma vida plena e digna, esse bem comum nasce da capacidade de lutar contra as imposições da monocultura da ciência moderna, por uma concepção ecológica do mundo, das suas diferenças e da sua riqueza.

A saúde como bem comum não deve ser confundida com as propostas de uma saúde global definida por um modelo único, legitimado pela medicina ocidental:

O carácter global da saúde não decorre de um qualquer modelo supostamente global de saúde. Aponta apenas para a dimensão das articulações a promover entre os mil mosaicos das relações de vida saudável que existem

no planeta. Muitos desses mosaicos têm sido negligenciados ou reprimidos, ainda que tenham provado ao longo do tempo serem adequados ao contexto, ao tempo e à morfologia dos diferentes seres vivos que os constituem. (Santos, 2020, p. 434)

Algumas condições desse processo merecem uma reflexão aprofundada. A abordagem dos encontros entre os saberes e práticas que conformam a diversidade das medicinas e das práticas de cura não tem de partir das posições e experiências da medicina moderna/biomedicina. Ela surge das experiências, saberes e práticas que configuram sistemas de cuidado e de cura com os seus próprios modos de classificação, validação, experimentação, aprendizagem, transmissão e memória, que podem vir a ser sistematizados de diferentes formas, incluindo através da sua inclusão ou transformação em programas de educação e de formação, ou de indagação adequada às condições situadas da sua realização.

É importante considerar também as formas de diálogo e envolvimento com as ciências modernas e com a saúde biomedicalizada que são iniciadas a partir de outras formas de conhecimento. O que é importante é o reconhecimento da interdependência no quadro de ecologias e das relações que

estas criam, e que abrem possibilidades de artesanias de práticas, de diálogo intercultural e de ecologias de práticas, reconhecendo os limites desses processos. A identificação dos pontos em que existe convergência ou semelhança entre preocupações ou identificação de situações que podem conduzir ao diálogo pode diferir conforme o ponto onde se entra nesse processo. Por isso é necessário exercer durante todo o processo de criação de artesanias de práticas a escuta profunda, o conhecer com todos os sentidos, o sentipensar e a conversa (Santos, 2018). Pode-se abordar o sofrimento ou o mal-estar a partir das influências que confluem no corpo que adocece, ou quando se recorre a nosografias distintas que têm em conta processos e influências que estão fora dos procedimentos mobilizados pelo diagnóstico. Não esquecer que a tradução intercultural obriga a considerar quem traduz o quê, e que ela pode decorrer de formas que reproduzem ou reforçam desigualdades e exclusões. Por isso é importante considerar as artesanias de práticas que permitem realizar de forma situada, colaborativa e não-extrativista a tradução intercultural.

Importa assim olhar mais de perto para a diversidade de modos de lidar com a saúde, e da abordagem das epistemologias do Sul: reconhecimento da diversidade e parcialidade de experiências, saberes e práticas, artesanias de práticas, encontros e

co-presença, tradução intercultural e ecologias de saberes, práticas e cuidado, e as resistências, lutas e formas de existência em que elas emergem, as diferenças de ontologias/epistemologias. No centro está a proposta de uma concepção pós-abissal da saúde, assente, por um lado, na sociologia das ausências das propostas hegemônicas e da monocultura da saúde biomedicalizada e da sociologia das emergências desses processos nas configurações que delas emergem. A partir daqui, as diferentes propostas de transformação de sentido emancipatório podem ser avaliadas na sua capacidade de respeitar e reconhecer essa diversidade e das formas de passar da copresença às ecologias.

Rupa Marya e Raj Patel, numa obra recente,¹ entram no diálogo a partir da ideia de ampliar e densificar a dinâmica relacional que liga a medicina moderna aos processos que criam ou promovem a doença e o mal-estar. Chamam-lhe medicina profunda (*deep medicine*), propondo uma trajetória que parte do pluralismo interno da medicina hegemônica (por exemplo, recorrendo ao conceito de *exposoma* ou às transformações da imunologia), para convergir com as de povos indígenas e originários. Estes partem de noções mais amplas do que

1 Marya e Patel, 2021, e a discussão de Ferreira e Nunes, 2022.

é sugerido pela noção de medicina (mesmo quando esta é adjetivada de profunda), trazendo conceitos como as diferentes declinações da vida boa, do *buen vivir*, e do curar, sarar e cuidar. Não só difere o lugar a partir do qual se procura convergir e dialogar, como ele irá construir configurações distintas, vocabulários e práticas diferentes, que se encontram em artesanias de práticas.

Nuns casos, a entrada faz-se pelos idiomas, saberes e práticas de diagnóstico e terapia que são próprios da biomedicina, e das manifestações de sofrimento ou distúrbio reconhecíveis por esta; noutros casos, a entrada faz-se a partir das experiências de formas de vida em ecologias mais-do-que-humanas, de convivialidade e solidariedade, mas também de luta e enfrentamento da violência, da opressão e da despossessão, expressas nos seus próprios termos e através da suas histórias, dos seus rituais e cerimónias, das suas festas, das suas práticas de memória, dos seu modos de aprender e de partilhar.

Mas encontramos também os diálogos com a biomedicina e a ciência moderna abertos a partir dessas outras epistemologias/ontologias, experiências, resistências e lutas, guiadas por uma dinâmica de descolonização, ou as várias situações que emergem de emergências ou de sofrimentos, violências e vulnerabilidades, levando a novas

configurações tecidas através de artesanias de práticas, de traduções interculturais, de ecologias de saberes e de cuidados, como os que aparecem no Brasil, na Índia, em diferentes regiões da África, Ásia e Américas. Uma atenção especial deve ser dada aqui à vitalidade destes processos na área da Ásia-Pacífico e na África. Eles passam, em particular, por ênfase na educação e em formas de aprendizado e artesanais que procuram afirmar e defender o respeito pela diversidade e a justiça cognitiva. Pode aqui estar outra forma de entender o que se procurou descrever através de conceitos como os de saúde universal, global ou planetária, e talvez ela esteja mais próxima da apropriação desta última por povos indígenas e originários, abrindo uma pista importante para a afirmação da saúde como bem comum, através da sua descolonização, desmercantilização e despatriarcalização, de uma saúde pós-abissal.

Bibliografia

- ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), ABA (Associação Brasileira de Antropologia) e Campanha Permanente contra os agrotóxicos e pela vida (2021). *Dossiê contra o Pacote do Veneno e em defesa da vida*. Rio de Janeiro: Editora Rede Unida/ABRASCO/Expressão Popular/Hucitec.
- Adams, Vincanne (Org.) (2016). *Metrics: what counts in Global Health*. Durham, NC: Duke University Press.
- Almeida-Filho, Naomar de (2007). *A ciência da Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Almeida-Filho, Naomar de (2011). *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, Paulo (1998). *Loucos pela vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, Paulo (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, Paulo e Freitas, Fernando (2015). *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Arouca, Sérgio (2003 [1975]). *O dilema preventivista*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Baer, Hans e Singer, Merrill (2009). *Global warming and the political ecology of health. Emerging crises and systemic solutions*. New York/London: Routledge.
- Barreto, Adalberto de Paula (2021). *Cuando la boca calla los órganos hablan... revelando los mensajes de los síntomas*. S/d: Books on Demand.
- Birman, Joel (2005). A *physis* da Saúde Coletiva. *PHYSIS — Revista de Saúde Coletiva*, 15(Suplemento), 11-16. Rio de Janeiro.
- BIT (Bureau Internacional do Trabalho) (2021). *Trabalhar num planeta mais quente. O impacto do stress térmico na produtividade do trabalho e no trabalho digno*. Genebra: Bureau Internacional do Trabalho.
- Bohoslavski, Juan Pablo (Org.) (2022). *Ciencias y pandemia. Una epistemología para los derechos humanos*. Buenos Aires: EDULP.
- Breilh, Jaime (2006). *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Breilh, Jaime (2021). *Critical epidemiology and the people's health*. New York: Oxford University Press.
- Campos, Gastão Wagner de Sousa et al. (Orgs.) (2017 [2006]). *Tratado de Saúde Coletiva* (2ª edição revista e aumentada). São Paulo: HUCITEC Editora.

- Carneiro, Fernando Ferreira e Pessoa, Vanira Matos (2020). Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), 1-8.
- Carneiro, Fernando Ferreira; Pessoa, Vanira Matos e Teixeira, Ana Claudia de Araújo (Orgs.) (2017). *Campo, floresta e águas. Práticas e saberes em saúde*. Brasília: Editora UnB.
- Carneiro, Fernando Ferreira et al. (Orgs.) (2015). *Dossiê ABRASCO. Um alerta sobre o impacto dos agrotóxicos na saúde*. Rio de Janeiro/São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Expressão Popular.
- CEAP (Centro de Educação e Assessoramento Popular) (2020a). *Relatório do Direito Humano à Saúde no Brasil 2018*. Passo Fundo, RS: EAB Editora.
- CEAP (Centro de Educação e Assessoramento Popular) (2020b). *Relatório do Direito Humano à Saúde no Brasil 2019*. Passo Fundo, RS: EAB Editora.
- CEAP (Centro de Educação e Assessoramento Popular) (2021). *Relatório do Direito Humano à Saúde no Brasil 2020*. Passo Fundo, RS: EAB Editora.
- Cueto, Marcos (2015). *Saúde global: uma breve história*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Donnangelo, Maria Cecília F. (1975). *Medicina e sociedade: o médico e o seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira.

- Donnangelo, Maria Cecília F. e Pereira, Luiz (1976). *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades.
- Ferreira, Patrícia e Nunes, João Arriscado (2022). O que nos deixa doentes? Reflexões a partir da obra de Marya, Rupa; Patel, Raj (2021), *Inflamed: Deep Medicine and the Anatomy of Injustice*, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 128.
- Foucault, Michel (1979). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Freire, Paulo (2000). *Pedagogia da indignação*. São Paulo: UNESP.
- Galeano, Diego; Trotta, Lucia e Spinelli, Hugo (2011). Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud Colectiva*, 7(3), 285-315. Buenos Aires.
- Guimarães, Maria Beatriz et al. (2020). As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. *Saúde e Sociedade*, 29(1).
- Hersch-Martínez, Paul e González Chévez, Lilian (2011). *Enfermar sin permiso. Un ensayo de epidemiología sociocultural a propósito de seis entidades nosológicas de raigambre nahua en la colindancia de Guerrero, Morelos y Puebla*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Antropología e História.
- Hersch-Martínez, Paul e González Chévez, Lilian (2014). Nuestros remedios de plantas. Maneras de preparar remedios vegetales. In: *Actores sociales*

- de la flora medicinal en México. Serie Patrimonio Vivo.* Ciudad de México: Instituto Nacional de Antropología e História.
- IPEN (International Pollutants Elimination Network) e ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) (2021). *Agronegócio e pandemia no Brasil. Uma sindemia está agravando a pandemia de Covid-19?* S/d: IPEN/ABRASCO.
- Krieger, Nancy e Birn, Anne-Emmanuelle (1998). A vision of social justice as the foundation of public health: commemorating 150 years of the spirit of 1848. *American Journal of Public Health*, 88(11), 1603-1606.
- Laurell, Asa Christina y Márquez, Margarita (1993). *El desgaste obrero en México. Proceso de producción y salud.* Ciudad de México: ERA.
- Lima, Nísia Trindade et al. (Orgs.) (2005). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Lima, Nísia Trindade e Santana, José Paranaguá (Orgs.) (2006). *Saúde Coletiva como compromisso. A trajetória da ABRASCO.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Luddeckens, Dorothea et al. (Orgs.) (2022). *The Routledge Handbook of Religion, Medicine, and Health.* London/New York: Routledge.
- Luz, Madel Therezinha (s/d). *Duas categorias analíticas, aplicáveis a dois diferentes temas teórico/práticos. Proposta de discussão teórico/metodológica.*

S/d: Observapics. <http://observapics.fiocruz.br/duas-categorias-analiticas-aplicaveis-a-dois-diferentes-temas-teorico-praticos/>

Marya, Rupa e Patel, Raj (2021). *Inflamed. Deep Medicine and the anatomy of injustice*. London: Allen Lane.

Medina Gay, Sebastián (2018). *¿Qué puede una ciencia? Epidemiología, saberes populares y crisis ecosocial en el sur de Chile* (Tese de doutoramento). Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Mendenhall, Emily (2019). *Rethinking diabetes. Entanglements with trauma, poverty, and HIV*. Ithaca: Cornell University Press.

Mendonça, Maria Helena Magalhães de et al. (Orgs.) (2018). *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Edições Fiocruz.

Mehry, Emerson E. e Feuerwerker, Laura C. M. (2016). Novo olhar sobre as tecnologias da saúde: uma necessidade contemporânea. In: Emerson E. Mehry et al. (Orgs.), *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde. Surpreendendo o instituído nas redes* (pp 59-72). Rio de Janeiro: Hexis.

Meneses, Maria Paula (2019). *Os saberes feiticeiros em Moçambique. Realidades materiais, experiências espirituais*. Coimbra: Edições Almedina/Centro de Estudos Sociais.

Mukherjee, Joya S. (2018). *An introduction to global health delivery*. New York: Oxford University Press.

- Nogueira, Roberto Passos (Org.) (2010). *Determinação social da saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES.
- Nunes, Everardo Duarte (1994). Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, 3(2), 5-21.
- Nunes, João Arriscado (2009). Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 87, 143-169.
- Nunes, João Arriscado (2019). “Um ser que não foi feito para sofrer”: da diferença do humano e das diferenças dos humanos. Em Boaventura de Sousa Santos e Bruno Sena Martins (Orgs.), *O pluriverso dos Direitos Humanos: a diversidade das lutas pela dignidade* (pp. 67-92). Coimbra: Edições 70.
- Nunes, João Arriscado Nunes (2021a). *O privilégio de poder lavar as mãos*. S/d: Alice News. <https://alicenews.ces.uc.pt/index.php?lang=1&id=34278>
- Nunes, João Arriscado Nunes (2021b). Covid-19: as promessas, limites e dilemas da (bio)medicalização em tempos de pandemia. Em Tiago Pires Marques e Sílvia Portugal (Orgs.), *A saúde reinventada. Novas perspectivas sobre a medicalização da vida* (pp. 31-56). Coimbra: Edições Almedina/Centro de Estudos Sociais.
- Nunes, João Arriscado Nunes (2021c). *Descolonizar os saberes para uma saúde planetária*. S/d: Alice News. <https://alicenews.ces.uc.pt/?lang=1&id=32215>

- Nunes, João Arriscado e Louvison, Marília (2020). Epistemologias do Sul e descolonização da saúde: por uma ecologia de cuidados na Saúde Coletiva. *Saúde e Sociedade*, 29(3), 1-13.
- Nunes, João Arriscado e Siqueira-Silva, Raquel (2016). Dos “abismos do inconsciente” às razões da diferença. Criação estética e descolonização da desrazão na Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Sociologias*, 18(43), 208-237. Porto Alegre.
- Oliveira, Roberta Gondim de (2018). Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. *Saúde e Sociedade*, 27, 37-50.
- Oliveira, Walter; Pitta, Ana e Amarante, Paulo (Orgs.) (2015). *Direitos humanos e saúde mental*. São Paulo: Hucitec.
- OMS (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. New York: World Health Organization.
- ONU (1948). Organização das Nações Unidas. *Declaração universal dos direitos humanos*. Paris: Assembleia Geral da ONU.
- Paim, Jairnilson Silva (2008). *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Paim, Jairnilson Silva e Almeida-Filho, Naomar de (2000). *A crise da saúde pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora.

- Palmer, Steven (2015). *Gênese da saúde global. A Fundação Rockefeller no Caribe e na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Pena, Paulo Gilvane Lopes e Martins, Vera Lúcia Andrade (Orgs.) (2014). *Sofrimento negligenciado*. Salvador, BA: EDUFBA.
- Pigg, Stacey Leigh e Adams, Vincanne (Orgs.) (2005). *Sex in Development. Science, sexuality, and morality in global perspective*. Durham, NC: Duke University Press.
- Porto, Marcelo Firpo; Finamore, Renan e Rocha, Diogo (2018). *Saúde como dignidade. Riscos, saúde e mobilizações por justiça ambiental*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Santos, Boaventura de Sousa (2014a). *Se Deus fosse uma ativista dos Direitos Humanos*. Coimbra: Edições Almedina.
- Santos, Boaventura de Sousa (2014b). *Epistemologies of the South: justice against epistemicide*. Boulder: Paradigm Publishers.
- Santos, Boaventura de Sousa (2015). Um olhar sobre o Dossiê a partir da ecologia de saberes. Em Fernando Ferreira Carneiro et al. (Orgs.), *Dossiê ABRASCO. Um alerta sobre o impacto dos agrotóxicos na saúde* (pp. 198-203). Rio de Janeiro/São Paulo: Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Expressão Popular.

- Santos, Boaventura de Sousa (2017). Prefácio. Em Fernando Ferreira Carneiro; Vanira Matos Pessoa e Ana Claudia de Araújo Teixeira (Orgs.), *Campo, floresta e águas. Práticas e saberes em saúde* (pp. 23-25). Brasília: Editora UnB.
- Santos, Boaventura de Sousa (2018). *O fim do império cognitivo. A afirmação das epistemologias do Sul*. Coimbra: Edições Almedina.
- Santos, Boaventura de Sousa (2020). *O futuro começa agora. Da pandemia à utopia*. Lisboa: Edições 70.
- Santos, Boaventura de Sousa e Meneses, Maria Paula G. (Orgs.) (2010). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez.
- Santos, Boaventura de Sousa; Meneses, Maria Paula G. e Nunes, João Arriscado (2004). Introdução: para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo. Em Boaventura de Sousa Santos (Org.), *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais* (pp. 19-101). Porto: Afrontamento.
- Silveira, Maria Lúcia da (2000). *O nervo fala, o nervo cala. A linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Silveira, Roberta de Pinho e Rocha, Cristianne Maria Farmer (2020). Verdades em (des)construção: uma análise sobre as práticas integrativas e complementares em saúde. *Saúde e Sociedade*, 29(1).

- Singer, Merrill et al. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*, 349, 941-950.
- Singer, Merrill e Rylko-Bauer, Barbara (2021). The syndemics and structural violence of the COVID pandemic: anthropological insights on a crisis. *Open Anthropological Research*, 1, 7-32.
- Sophia, Daniela Carvalho (2014). *Saúde e utopia. O CEBES e a Reforma Sanitária Brasileira*. São Paulo: HUCITEC Editora/Sobravime.
- Sorensen, Cecilia e García-Trabanino, Ramón (2019). A new era of climate medicine — Addressing heat-triggered renal disease. *The New England Journal of Medicine*, 381(8), 693-695.
- Testa, Mario (1989). *Pensar en salud*. Buenos Aires: OPS/OMS.
- Tilley, Helen (2011). *Africa as a living laboratory. Empire, development, and the problem of scientific knowledge, 1870-1950*. Chicago: University of Chicago Press.
- UNICEF/OMS (2019). *1 em cada 3 pessoas no mundo não tem acesso a água potável*. S/d: UNICEF/OMS. <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/1-em-cada-3-pessoas-no-mundo-nao-tem-acesso-agua-potavel-dizem-unicef-oms>
- Valla, Victor Vincent; Algebaile, Eveline e Guimarães, Beatriz (2011). *Classes populares no Brasil. Exercícios de compreensão*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz.
- Vieira, Nayara B. Scalco (2019). “*Tem que ser do nosso jeito*”: participação e protagonismo do movimento

indígena na construção da política de saúde no Brasil (Tese de Doutorado em Ciências). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Vieira-da-Silva, Lígia Maria (2018). *O campo da Saúde Coletiva. Gênese, transformações e articulações com a Reforma Sanitária Brasileira*. Salvador, BA/Rio de Janeiro: EDUFBA/Editora Fiocruz.

Wallace, Rob (2020). *Pandemia e agronegócio: doenças infecciosas, capitalismo e saúde*. São Paulo: Editora Elefante.

Sobre o autor

Doutor em Sociologia, Investigador do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra e membro da Coordenação do Grupo de Trabalho de Epistemologias do Sul (alice-ES). Professor Catedrático Aposentado de Sociologia da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Os seus temas de investigação incluem ciência, tecnologia e sociedade, saúde, ambiente e direitos humanos e epistemologias do Sul. É autor de “A being who is not made to suffer’: On the difference of the human and on the differences of humans”, em Boaventura de Sousa Santos e Bruno Sena Martins (Orgs.), *The Pluriverse of Human Rights: The Diversity of Struggles for Dignity* (London: Routledge, 2021); e co-organizador (com Marcelo Firpo Porto) de *Do Sofrimento à Emancipação. Diálogos entre a Saúde Coletiva e as Epistemologias do Sul* (São Paulo, Hucitec, 2023).

EPISTEMOLOGIAS DO SUL E DESÇOLONIZAÇÃO DA SAÚDE

JOÃO
ARRISCADO
NUNES

