



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

ANNE KAROLINE BORGES SILVA

Trabalho em saúde e violência institucional: um ensaio sobre as
angústias, dificuldades e possibilidades
“Faz escuro, mas eu canto”

BELO HORIZONTE
2022

ANNE KAROLINE BORGES SILVA

Trabalho em saúde e violência institucional: um ensaio sobre as angústias, dificuldades e possibilidades
“Faz escuro, mas eu canto”

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Amanda Nathale Soares

BELO HORIZONTE
2022

S586t

Silva, Anne Karoline Borges.

Trabalho em saúde e violência institucional: um ensaio sobre as angústias, dificuldades e possibilidades. / Anne Karoline Borges Silva. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2022.

43 f.

Orientador(a): Amanda Nathale Soares.

Monografia (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Violência institucional. 2. Vulnerabilidade. 3. Determinantes Sociais de Saúde.
I. Soares, Amanda Nathale. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.
III. Título.

NLM WA 420

ATA DE APRESENTAÇÃO DE TCC

Curso de Especialização lato sensu em Saúde Pública
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

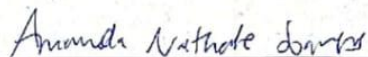
Aos 10 dias do mês de novembro de 2022, o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da aluna **Anne Karoline Borges Silva**, intitulado "**Trabalho em saúde e violência institucional: um ensaio sobre as angústias, dificuldades e possibilidades**" foi avaliado pela banca composta por: Amanda Nathale Soares (Orientadora), Bárbara Taciana Furtado (Avaliadora) e Alessandra Rios de Faria (Avaliadora), sendo considerado aprovado, obtendo Nota/Conceito 100/A.

Reformulações:

- () Sugeridas – Conceito A e B.
- () Exigidas para entrega em versão final – em conceito C.

Observações:

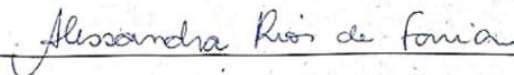
Belo Horizonte, 10 de novembro de 2022.



Amanda Nathale Soares – Orientadora



Bárbara Taciana Furtado – Avaliadora



Alessandra Rios de Faria - Avaliadora

AGRADECIMENTOS

À ESP-MG e a todos as/os docentes e demais profissionais que mantêm a escola viva e funcionando. Esse caminho foi, é e será muito importante em minha vida. Em especial, agradeço à orientadora Amanda, que com muita doçura e competência me ajudou a conduzir melhor a escrita.

A todas as pessoas que me acompanham e me fortalecem, compartilhando cultura, amor e coragem.

À querida 40ª turma da Especialização em Saúde Pública da ESP-MG por serem descoberta, acolhimento e força. Seguimos!

A flor e a náusea
Carlos Drummond de Andrade

Preso à minha classe e a algumas roupas,
vou de branco pela rua cinzenta.
Melancolias, mercadorias espreitam-me.
Devo seguir até o enjoo?
Posso, sem armas, revoltar-me?
Olhos sujos no relógio da torre:
Não, o tempo não chegou de completa justiça.
O tempo é ainda de fezes, maus poemas, alucinações e espera.
O tempo pobre, o poeta pobre
fundem-se no mesmo impasse.
Em vão me tento explicar, os muros são surdos.
Sob a pele das palavras há cifras e códigos.
O sol consola os doentes e não os renova.
As coisas. Que tristes são as coisas, consideradas sem ênfase.
Vomitam esse tédio sobre a cidade.
Quarenta anos e nenhum problema
resolvido, sequer colocado.
Nenhuma carta escrita nem recebida.
Todos os homens voltam para casa.
Estão menos livres mas levam jornais
e soletram o mundo, sabendo que o perdem.
Crimes da terra, como perdoá-los?
Tomei parte em muitos, outros escondi.
Alguns achei belos, foram publicados.
Crimes suaves, que ajudam a viver.
Ração diária de erro, distribuída em casa.
Os ferozes padeiros do mal.
Os ferozes leiteiros do mal.
Pôr fogo em tudo, inclusive em mim.
Ao menino de 1918 chamavam anarquista.
Porém meu ódio é o melhor de mim.
Com ele me salvo
e dou a poucos uma esperança mínima.
Uma flor nasceu na rua!
Passem de longe, bondes, ônibus, rio de aço do tráfego.
Uma flor ainda desbotada
ilude a polícia, rompe o asfalto.
Façam completo silêncio, paralisem os negócios,
garanto que uma flor nasceu.
Sua cor não se percebe.
Suas pétalas não se abrem.
Seu nome não está nos livros.
É feia. Mas é realmente uma flor.
Sento-me no chão da capital do país às cinco horas da tarde
e lentamente passo a mão nessa forma insegura.
Do lado das montanhas, nuvens maciças avolumam-se.
Pequenos pontos brancos movem-se no mar, galinhas em pânico.
É feia. Mas é uma flor. Furou o asfalto, o tédio, o nojo e o ódio.

RESUMO

Em meu dia-a-dia enquanto profissional de saúde, observo dificuldades das equipes em relação ao acolhimento de populações em situação de vulnerabilidade em geral, com a reprodução de violências no atendimento que são vistas como ações corriqueiras e inofensivas. Cenas recorrentes envolvem o silenciamento diante do racismo e da LGBTfobia, com descaso das demandas dessas e de outras populações. Este ensaio tem o objetivo de desvelar e discutir as situações vividas em meu cotidiano profissional e carrega algumas reflexões a respeito de como a violência institucional pode operar contra populações vulnerabilizadas no Sistema Único de Saúde. Para tal, após análise das cenas descritas, a discussão foi organizada em duas partes: 1. A culpabilização individual de populações vulnerabilizadas: “Todo mundo se organiza”. Ela também pode?, em que reflito sobre os limites do saber biomédico de trabalhadores e a importância dos determinantes sociais em saúde enquanto guias de nossa prática; e 2. Como pensar-fazer-cuidar diferente no campo de gênero, sexualidade e saúde, a partir das diversidades?, no qual trago discussões sobre a violência institucional no campo de gênero, sexualidade e saúde. Alguns dos importantes desafios que se impõem são a violência estrutural, a colonização dos saberes, a desvalorização de profissionais de saúde, a negligência dos determinantes sociais enquanto fatores condicionantes do processo saúde-doença, o desfinanciamento do SUS e os constantes ataques sofridos pela Saúde Pública. Possíveis mudanças perpassam articulações de gestão, processos educativos e políticos, que sejam capazes de descolonizar o nosso fazer em saúde.

Palavras-chave: violência institucional, vulnerabilidade, determinantes sociais de saúde.

ABSTRACT

In my day-to-day as a health professional, I observe the teams' difficulties in relation of vulnerable populations, with reproduction of violence in the health care that are seen as common and harmless actions. Recurring scenes involve silencing of racism and LGBTphobia, with disregard for the demands of these and other populations. This essay aims to unveil and discuss the situations experienced in my professional daily life and presents some reflections on how institutional violence can operate against vulnerable populations in SUS (Brazil's Unified Health System). After analyzing the scenes described, the discussion was organized into two parts: 1."The individual blaming of vulnerable populations: Everybody organizes themselves. Can her also?", in which I reflect on the limits of workers' biomedical knowledge and the importance of social determinants in health as guides to our practice; and 2. How to think-do-take care differently in the field of gender, sexuality and health, based on diversities?, in which I bring discussions about institutional violence in relation to this fields. Some of the relevant challenges imposed are: structural violence, the colonization of knowledge, the devaluation of health professionals, the neglect of social determinants as conditioning factors of the health-disease process, the underfunding of the SUS and the constant attacks suffered by Public Health. Possible changes permeate management articulations, educational and political processes, which are capable of decolonizing our practice in health.

Keywords: institutional violence, vulnerability, social determinants of health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
COVID-19	Denominação da doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)
ESP-MG	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO: O QUE FAZER COM O INCÔMODO QUE SURGE DAS VIVÊNCIAS DO TRABALHO EM SAÚDE?	10
2 CATEGORIAS ANALÍTICAS: BASES PARA OUTROS OLHARES POSSÍVEIS. 13	
2.1 Violência institucional	13
2.2 Populações em situação de vulnerabilidade	15
3. ESCOLHA METODOLÓGICA: O ENSAIO ENQUANTO ESPAÇO DE REFLEXÃO SOBRE O FAZER EM SAÚDE.....	17
4. SOBRE AS CENAS: ECOS DAS VIVÊNCIAS NO SUS.....	18
4.1 A culpabilização individual de populações vulnerabilizadas: “Todo mundo se organiza.” Ela também pode?	18
4.1.1 Cena 1	18
4.1.2 Cena 2	20
4.1.3 Cena 3	21
4.1.4 Cena 4	22
4.2 Como pensar-fazer-cuidar diferente no campo de gênero, sexualidade e saúde, a partir das diversidades?	26
4.2.1 Cena 5	27
4.2.2 Cena 6	28
4.2.3 Cena 7	29
5. APONTAMENTOS: OS DESAFIOS E AS PERSPECTIVAS NO COMBATE À VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL.....	38
REFERÊNCIAS.....	41

1. INTRODUÇÃO: O QUE FAZER COM O INCÔMODO QUE SURGE DAS VIVÊNCIAS DO TRABALHO EM SAÚDE?

Faz escuro, mas eu canto

Thiago de Melo

Faz escuro mas eu canto,
 porque a manhã vai chegar.
 Vem ver comigo, companheiro,
 a cor do mundo mudar.
 Vale a pena não dormir para esperar
 a cor do mundo mudar.
 Já é madrugada,
 vem o sol, quero alegria,
 que é para esquecer o que eu sofria.
 Quem sofre fica acordado
 defendendo o coração.
 Vamos juntos, multidão,
 trabalhar pela alegria,
 amanhã é um novo dia.

Iniciei minha trajetória no Sistema Único de Saúde (SUS) nos estágios ao longo da graduação em Farmácia, quando atuei no âmbito da gestão estadual (Secretaria de Estado da Saúde/Minas Gerais – SES/MG) e da atenção hospitalar e ambulatorial (Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG). Com o envolvimento no Movimento Estudantil, iniciei meu contato com temáticas como determinantes sociais de saúde, interseccionalidade, questões de classe, gênero, sexualidade e saúde de populações em situação de vulnerabilidade, a exemplo das pessoas LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneras, Queer, Intersexo, Assexuais) e das populações negras, indígenas, privadas de liberdade, em situação de rua, entre outras. Em seguida, já graduada, atuei na Atenção Primária à Saúde (APS), como parte do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), e também estive em Serviços da Atenção Secundária e da Rede Complementar de Belo Horizonte. Nesses locais, tive contato com públicos muito diversos no que tange a acessos e vulnerabilidades, idades, classe social, cor/raça e cultura.

Observo no meu dia-a-dia, desde o trabalho na APS, dificuldades das equipes em relação ao acolhimento de populações em situação de vulnerabilidade em geral, com a reprodução de violências no atendimento que são vistas como ações corriqueiras e inofensivas. São exemplos os comentários invasivos e inapropriados sobre práticas dos usuários, a reprodução de falas em torno da culpabilização dos indivíduos devido às comorbidades adquiridas, a infantilização de pessoas com menor escolaridade ou

que são usuárias da saúde mental. Além disso, cenas recorrentes envolvem o silenciamento diante do racismo e da LGBTfobia, com descaso das demandas dessas populações, falas julgamentais sobre a sexualidade de adultos e adolescentes, minimização das queixas de pessoas em situação de rua e de indivíduos que fazem uso álcool e outras drogas.

Observar essas situações em meu cotidiano de trabalho revela uma situação paradoxal: os serviços de saúde, que ofertam cuidado à população, também atuam na reprodução de algumas violências, sobretudo contra pessoas vulnerabilizadas. Os trabalhadores da saúde, em distintos contextos de atendimento, podem corroborar com tabus construídos socialmente e ser agentes de uma violência silenciosa a que chamamos de violência institucional.

Esta é entendida como a violência praticada por instituições e agentes públicos que deveriam ofertar e garantir à população cuidado e proteção. No âmbito do setor saúde, a violência institucional pode ser praticada, por exemplo, por meio de negligência, violência verbal (tratamento grosseiro, repreensão, ameaças), violência física e abuso sexual. Cabe destacar que a violência institucional na saúde não é praticada homoganeamente contra a população em geral. Há grupos populacionais que são mais afetados, a exemplo de mulheres, idosos, negros e população LGBTQIA+, o que reflete situações históricas de preconceitos e discriminação (LADEIA; MOURÃO; MELO, 2016).

Apesar de constituir situações de gravidade e com potencial de produzir diversas consequências, a violência institucional permanece naturalizada e silenciada nos serviços de saúde (LADEIA; MOURÃO; MELO, 2016) e, por isso, em muitos momentos, não é reconhecida como tal. Isso aponta para a importância de se identificar, desvelar e discutir diferentes situações de violência institucional, sobretudo aquelas praticadas contra populações vulneráveis, buscando compreender sob que condições ocorrem e que aspectos estão envolvidos em sua prática.

Faz-se importante destacar que as críticas aqui colocadas são apenas possíveis devido ao modo como o SUS é construído coletivamente, com a participação de profissionais de saúde, gestores e população. Nele, há grande possibilidade de movimento, já que nasce exatamente de inquietações em relação à sociedade e ao

modelo de mercado e saúde existentes até então. O SUS é berço, meio e fim, e permite que possamos abrigar, pensar e engajar mudanças importantes para o mundo que desejamos construir.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é desvelar e discutir situações vividas em meu cotidiano profissional que podem ser caracterizadas como violência institucional contra populações vulnerabilizadas. Entendo que dar visibilidade a cenas de violência institucional observadas no dia a dia do SUS pode contribuir para que nós, trabalhadores de saúde, possamos reconhecer situações de violência que, não raro, são consideradas comuns. Há que se refletir sobre os contextos em que acontecem, contra quem são mais praticadas e sob que condições são realizadas para que possamos compreender as múltiplas estratégias de violência que também circulam nos serviços de saúde.

2 CATEGORIAS ANALÍTICAS: BASES PARA OUTROS OLHARES POSSÍVEIS

2.1 Violência institucional

Minayo (2006) discute como a violência constitui-se em um fenômeno multifacetado e de múltiplas causas. Com manifestações diversas que perpassam subjetividade, contexto, época e local de sujeitos e de coletividades, a violência não pode ser encerrada em uma definição fixa. O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, da Organização Mundial de Saúde (2002), define violência de maneira ampla:

(...) o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha uma alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p. 28).

Nesse conceito estão incluídos os atos de negligência, ameaças, intimidações ou abusos de qualquer tipo resultantes de relações de poder (OMS, 2002).

De acordo com a OMS (2002), todo ano, mais de um milhão de pessoas morrem e muitas outras sofrem lesões não fatais, resultantes da violência auto-infligida, interpessoal ou coletiva. Internacionalmente, de maneira geral, a violência está entre as principais causas de morte de pessoas entre 15 a 44 anos. Sabe-se que esses dados são subnotificados e que representam apenas a ponta do iceberg, já que diversas formas de expressão de violência são invisibilizadas e naturalizadas culturalmente.

Para a escrita deste ensaio, realizei um recorte a partir de cenas presenciadas em serviços de saúde do SUS que podem ser consideradas como situações de violência institucional e que envolvem a relação entre profissionais de saúde e usuários em situação de vulnerabilidade. Nas definições de tipologia da violência conceituadas no documento Impactos da Violência na Saúde dos Brasileiros, do Ministério da Saúde (2005), a violência institucional está classificada como um tipo de violência comunitária, a qual ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos.

A violência institucional pode acontecer em instituições públicas, como escolas,

delegacias, serviços de saúde, universidades, entre outros espaços, em que os atores deveriam oferecer acolhimento humanizado, centrado nas necessidades do usuário. Estudos sobre a violência institucional em serviços de saúde do Brasil evidenciam atos de negligência, descaso, excesso de intervenções desnecessárias, recusa de atendimento, silenciamento e discriminações de gênero, raça, classe social, entre outras, que se configuram em negação de direitos (FLEURY; BICUDO; RANGEL, 2013; BENTO; MOREIRA, 2017).

A raiz da violência institucional relaciona-se com um entrelaçamento de questões estruturais e com a chamada violência estrutural, um tipo de violência também invisibilizada e constituída por um sistema complexo de fatores socioeconômicos, históricos e culturais, que se interseccionam (MINAYO, 2006). Embora Minayo (2006) descreva uma diferenciação entre essas formas de violência, na prática elas estão atreladas e se retroalimentam (DE MATTOS *et al*, 2018). Para a discussão aqui proposta, o conceito da violência estrutural faz-se importante para entender a complexidade envolvida nos atos de violência institucional.

Essa categoria se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e 'cronificam' a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes. Difícil de ser quantificada, pois aparentemente ocorre sem a consciência explícita dos sujeitos, a violência estrutural se perpetua nos micro e macroprocessos sócio-históricos, se repete e se naturaliza na cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação (MINAYO, 2006, p. 81).

(...) não é natural, mas sim histórica e socialmente produzida; possui raízes profundas nas relações de poder; apresenta resquício de autoritarismo social; é política e geograficamente demarcada; tem objetivos determinados; define propositamente seus destinatários; afeta principalmente cidadãos com reduzida capacidade de defesa; alimenta a ostentação de poucos com o sofrimento de muitos; amplia as disparidades sociais; cerceia oportunidades e legítimos projetos de vida; inibe a escolha racional, (...) fomenta preconceitos e causa danos morais, psicológicos, físicos e a morte (FREIRE *et al*, 2021, p. 108).

As questões colocadas sobre violência estrutural nos ajudam a compreender por que a violência institucional não é praticada homoganeamente contra qualquer pessoa. Conforme já sinalizado, há populações específicas em situação de vulnerabilidade que são majoritariamente afetadas e que, pelas suas características, são antes vítimas da violência estrutural, marcada pela conjuntura social, política, econômica e cultural do nosso país. No recorte realizado no âmbito

deste estudo, a proposta é discutir sobre situações de violência institucional praticadas exatamente contra populações em situação de vulnerabilidade.

2.2 Populações em situação de vulnerabilidade

Conceituar vulnerabilidade não é uma tarefa simples, porém necessária para seguir com as reflexões propostas neste estudo. O conceito que desejo trazer para a discussão aparece no campo da saúde coletiva, em um primeiro momento, relacionado à epidemia de HIV/Aids, na tentativa de ampliação da concepção de risco (CZERESNIA, 2009). A vulnerabilidade social supera a noção de que os ditos “comportamentos de risco” individuais são os únicos ou os mais importantes preditores da suscetibilidade aos agravos em saúde, pois desloca o foco das ações individuais, considerando também o contexto social, político e cultural em que pessoas e comunidades estão inseridas. Está atrelada ao conceito amplo do processo saúde-doença, em que há múltiplos determinantes sociais em saúde que podem contribuir para a fragilidade de indivíduos e de coletivos.

De acordo com Sevalho (2018, p. 4), o conceito de vulnerabilidade envolve o “entrelaçamento de condições materiais, psicológicas, culturais, morais, jurídicas, políticas, que podem direcionar saberes e práticas em saúde”. Os diferentes contextos são determinantes para a suscetibilidade. Nesse sentido, os grupos mais vulnerabilizados são aqueles com menor acesso a recursos ou fatores protetivos para determinados agravos e/ou violências (CZERESNIA, 2009; SEVALHO, 2018). Mais detalhadamente, podemos dizer que os grupos mais vulnerabilizados dispõem de um conjunto de condições que, para além de questões individuais, envolvem, por exemplo, acesso limitado a meios de comunicação, à escolarização e a recursos materiais; menor possibilidade de influenciar decisões políticas, de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas; e inexistência ou escassez de políticas e de ações governamentais e institucionais de qualidade que garantam determinadas condições de vida e de saúde (MEYER *et al*, 2006).

Considerando a diversidade de condições que concorrem para situações de vulnerabilidade, pode-se afirmar que categorias como raça, etnia, classe, gênero, orientação sexual, deficiência, região, religião, entre outras que isoladas ou

interseccionadas podem exacerbar preconceitos e discriminações, são marcadores sociais definidores de estigmas e, conseqüentemente, podem diminuir ou aumentar as possibilidades de acesso no âmbito da saúde, da educação, do trabalho e da assistência social (CRENSHAW, 2002). Dessa maneira, são as populações vulnerabilizadas que estão mais expostas a possíveis circunstâncias de violências diversas, inclusive a institucional.

3. ESCOLHA METODOLÓGICA: o ensaio enquanto espaço de reflexão sobre o fazer em saúde

*Assovia o vento dentro de mim.
Estou despido. Dono de nada, dono de ninguém,
nem mesmo dono de minhas certezas,
sou minha cara contra o vento, a contravento,
e sou o vento que bate em minha cara.*

Assovia
Eduardo Galeano

Como escolha de aproximação metodológica para a escrita deste trabalho, o Ensaio surge como a possibilidade que permite uma escrita mais livre, para que as angústias, os questionamentos e a criatividade apareçam, sem contudo que sejam lidos como reflexão definitiva sobre qualquer um dos assuntos abordados (LARROSA, 2004).

Diz-se, com razão, que há tantos ensaios como ensaístas, que o ensaio é, justamente, a forma não regulada da escrita e do pensamento, sua forma mais variada, mais protéica, mais subjetiva. Poder-se-ia dizer, talvez, que o ensaio é uma atitude existencial, um modo de lidar com a realidade, uma maneira de habitar o mundo, mais do que um gênero da escrita. Poder-se-ia dizer, talvez, que o ensaio é o escrito precipitado de uma atitude existencial que, obviamente, mostra enormes variações históricas, contextuais e, portanto, subjetivas. Poder-se-ia dizer, talvez, que o ensaio é uma determinada operação no pensamento, na escrita e na vida, que se realiza de diferentes modos em diferentes épocas, em diferentes contextos e por diferentes pessoas. Poder-se-ia dizer, talvez, que o ensaio é o modo experimental do pensamento, o modo experimental de uma escrita que ainda pretende ser uma escrita pensante, pensativa, que ainda se produz como uma escrita que dá o que pensar; e o modo experimental, por último, da vida, de uma forma de vida que não renuncia a uma constante reflexão sobre si mesma, a uma permanente metamorfose (LARROSA, 2004, p. 6).

Este ensaio foi guiado, como não poderia deixar de ser, pelos meus próprios incômodos enquanto pesquisadora, educadora e profissional de saúde. Ele surge da prática e tenho a expectativa de que as reflexões inacabadas que aqui trago possam reverberar também no exercício cotidiano de nosso trabalho e de nossa existência no mundo.

4. SOBRE AS CENAS: ECOS DAS VIVÊNCIAS NO SUS

A seguir, o meu objetivo é trazer algumas cenas que vivenciei em serviços de saúde do SUS e que podem contribuir para a discussão sobre a violência institucional invisibilizada contra as populações em situação de vulnerabilidade. As cenas foram elaboradas a partir de minhas vivências no SUS como profissional de saúde e tenho o cuidado para não revelar a identidade dos envolvidos nos casos ou os locais específicos onde elas ocorreram. Para evitar o reconhecimento das histórias e das pessoas envolvidas, algumas cenas contêm componentes fictícios.

Para categorização e discussões realizadas, foram realizadas leituras das cenas descritas e discussões com a orientadora deste trabalho, além de pesquisa em bases de dados como Scielo e Google Acadêmico para a busca de artigos, dissertações e capítulos de livros que dialogassem com os temas de interesse.

4.1 A culpabilização individual de populações vulnerabilizadas: “Todo mundo se organiza.” Ela também pode?

*Cale o cansaço, refaça o laço
Ofereça um abraço quente
A música é só uma semente
Um sorriso ainda é a única língua que todos entende (...)
Tudo, tudo, tudo, tudo que nós tem é nós
Tudo o que nós tem é uns ao outro, tudo
**Principia
Emicida***

4.1.1 Cena 1

Mais um dia de correria na APS: pré recepção e recepção com fila, médicas, enfermeiras, técnicas de enfermagem e usuários saindo ou entrando nos consultórios do pequeno corredor da Unidade Básica de Saúde (UBS) que possui quatro equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Uma usuária, a Aparecida, chegou à janela da farmácia com muita dificuldade de leitura de sua prescrição médica. Reparei que estava um pouco confusa e nervosa. As técnicas que trabalhavam na farmácia da unidade se prontificaram a atendê-la, mas a fila estava grande e parecia haver alguma dúvida sobre os medicamentos que precisaria utilizar. Aparecida relatou não usar alguns e não soube dizer por que a médica os receitou.

Entrei em cena e conversei com a usuária. Agendamos uma consulta compartilhada com a nutricionista, após discussão do caso com a ESF 1, referência de Aparecida. Antes da consulta, falei com a médica, a enfermeira e a agente comunitária de saúde (ACS) da equipe. A fala recorrente que escutei ainda me assusta por permanecer em nossos discursos de profissionais de saúde, de maneira frequente. Disseram, sobre a usuária: “não tem jeito, já tentamos de tudo, ela não quer colaborar”. Não houve abertura de prontuário para a discussão do caso, não houve momento para se pensar junto sobre alternativas. As pessoas pareciam já ter o parecer sobre aquele caso. Parecer fixo, imutável. Haveria alguma forma diferente de olhar para ele? Será que um olhar novo não poderia contribuir, caso a ESF 1 também se dispusesse a isso? Ou estaríamos mesmo fadados a negar o cuidado necessário a essa mulher, já que “ela se negou” a seguir o que lhe foi solicitado anteriormente?

Aparecida, uma mulher negra de 70 anos, aposentada, mas que trabalhava no cuidado da casa, de seu filho cadeirante e do marido. Ela vivia com diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão, mal controladas. Possuía outros três filhos, mas dizia não saber tanto deles, os quais não a auxiliavam em seu cuidado. O marido a acompanhou na consulta compartilhada que agendei juntamente à nutricionista e parecia haver alguns conflitos na relação. Discutiram ao longo do atendimento. Solicitei que o marido aguardasse fora da sala.

Aparecida me contou sua história de vida difícil: pouco dinheiro, muitas bocas para alimentar, a batalha do dia-a-dia. Em nossos atendimentos subsequentes, construímos um vínculo com ela e com sua família: eu, a nutricionista e a assistente social da UBS. Houve melhora no quadro clínico da usuária nos exames dos seis meses seguintes e o acompanhamento espaçado foi mantido.

Esse resultado nem sempre é alcançado, mas o trabalho em saúde, baseado na integralidade, pressupõe uma atitude aberta dos profissionais, com constantes tentativas de convite para o cuidado em saúde de todos os usuários, talvez principalmente para aqueles que demonstram maior dificuldade de realizar uma construção do cuidado de si. Quando nos fechamos para a reinvenção do fazer-cuidar em saúde, que se configura de maneira única para cada indivíduo em sua realidade concreta, quando nos negamos a olhar para casos como o da Aparecida, silenciando

o que salta aos nossos olhos e invisibilizando as necessidades em saúde de uma determinada usuária que “não cumpriu com as prescrições” fornecidas a ela, me pergunto quais questões operam por de trás dessas atitudes.

4.1.2 Cena 2

Uma das rotinas do farmacêutico nos serviços de assistência em que trabalhei era realizar o acompanhamento de pessoas em tratamento de tuberculose (TB). Em um desses acompanhamentos, identifiquei uma pessoa em atraso de tratamento e, ao olhar o seu prontuário, percebi que havia várias questões de vulnerabilidade atreladas: usuária de 32 anos, mulher trans, negra, profissional do sexo, com relato de dificuldades financeiras para acesso ao serviço. Pessoa que vive com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), com diagnóstico recente e imunossupressão grave, havia iniciado o tratamento de TB durante uma internação hospitalar e deveria ter retornado ao serviço para a continuidade de acompanhamento, o uso dos medicamentos de TB e o início de tratamento de HIV/Aids. Entrei em contato via telefone para pensarmos em uma forma de retorno ao serviço. Conversamos e reagendei os exames de rotina e as consultas necessárias. Laísa não compareceu ao serviço na data acordada. Fiquei preocupada e retornei a ligação em nova rotina de conferência. Ela estava próxima de entrar no que chamamos de abandono de tratamento de TB, o que poderia levá-la a ter que reiniciá-lo novamente.

Conversei então com a equipe para realizarmos um novo agendamento em data próxima, antes que isso ocorresse. Realizar essa tarefa exigia a articulação de ações dos profissionais envolvidos para o encaixe dessa pessoa nas agendas de exame e consulta. Encontrei certa resistência ao reagendamento.

Para alguns deles, Laísa era descompromissada com o seu cuidado e não desejava se tratar, pois havia perdido várias consultas. “Todo mundo se organiza, ela também pode”, disseram-me, em uma noção distorcida de realidade que não enxerga as iniquidades e que pode, inclusive, exacerbá-las. Para esse julgamento, imagino que partiram do falso pressuposto de que todos têm acesso às condições necessárias e favoráveis para se apropriar dessa dita “organização” em torno de seu cuidado. Porém, sabe-se que as condições de vida e de trabalho das pessoas são diversas e

as desigualdades impostas pelo sistema econômico neoliberal impedem o cuidado de si dos mais desfavorecidos, por mecanismos variados e perversos.

4.1.3 Cena 3

Thiago sentou na frente do guichê e disse que vinha ao serviço para pegar seus medicamentos, mas que não tinha mais vontade de viver. Assim, logo após o “bom dia”, desabou. Falou que não via motivos para o uso dos medicamentos e o tratamento crônico que realizava. Lembro que havia conversado sobre o caso dele nos dias anteriores a esse acontecimento. Eu sabia que ele estava “sumido” do serviço.

Homem negro, 44 anos, muito magro, também imunossupresso, fazia uso de medicamentos antiretrovirais e também de um antimicrobiano endovenoso que precisava utilizar semanalmente. Relatou que não conseguia sair de casa direito e estava em atraso no uso dos seus medicamentos devido à diminuição de sua visão. Tinha medo de sair e não conseguir enxergar. “Como voltaria para casa?”, me perguntou.

Suas falas pareciam gritar socorro e eu tentei acolhê-lo, mas sabia que estava despreparada. Frente à sua angústia, eu quase não tive resposta e talvez ele também não quisesse exatamente uma resposta pronta. Ouvi sobre a sua vida, sobre o desespero da solidão e solicitei que aguardasse, pois iria conversar com a equipe sobre o seu caso para tentarmos ajudá-lo. Será que havia algo que eu pudesse fazer? Em coletivo, talvez, afinal eu estava ali para realizar um trabalho interdisciplinar. Busquei pelos meus pares e por sorte encontrei três dos profissionais que faziam parte da minha equipe. Conversamos, repassei a situação. Uma delas não respondeu e saiu andando para sua sala como se o assunto não fosse com ela. Outro colega disse que a responsabilidade pelo caso em questão era da pessoa que acabara de sair andando e que o usuário “não seguiu as recomendações dadas por ele”. A terceira pessoa, com coragem, me ajudou a pensar e realizamos os atendimentos necessários e as orientações que poderiam auxiliá-lo.

Ele não deixou de ser atendido naquele dia, mas a omissão de parte da equipe, frente a algo que escancara e grita sobre desigualdade no acesso ao serviço de saúde e

inclusive sobre a falta de possibilidade de cuidar-se, me dilacerou. Será que eu queria demais? Estava passando do meu limite como profissional de saúde? Sempre tentei dar vazão àquilo que imaginava que os serviços de saúde poderiam e deveriam fazer. Como não oferecer, no mínimo, um acolhimento multiprofissional a um usuário que chega ao seu serviço de referência pedindo ajuda? A negativa disso, ao meu ver, só poderia ser chamada de descaso, negligência e/ou violência.

4.1.4 Cena 4

Em uma discussão de caso entre a equipe multiprofissional, falávamos sobre um usuário em abandono de tratamento de tuberculose resistente: Jackson, 35 anos, homem negro, em situação de trabalho análogo à escravidão, morador de ocupação urbana em área sem saneamento básico. Faz uso de álcool e de outras drogas, com muitas dificuldades de acesso ao serviço, iniciava e descontinuava o tratamento sequencialmente por três anos. Além disso, teve um membro amputado há cinco anos, por ocasião de um eletrochoque.

Comecei a falar sobre a complexidade do caso e a questionar como poderíamos prosseguir para ajudar esse usuário a dar continuidade ao acompanhamento dele. Questionei se possuía benefício de prestação continuada (BPC), considerando que é uma pessoa com deficiência, e um profissional da equipe relatou que o usuário teve seu auxílio negado consecutivamente nos últimos cinco anos, mas ninguém da equipe soube dizer o porquê. A assistente social da UBS não conhecia o caso. Alguém disse que ele não conseguia o BPC porque deveria ser um “mau elemento”, julgando o local de moradia, o uso de álcool e outras drogas e as seguidas interrupções de tratamento. Outra pessoa comentou que ele deveria ser internado compulsoriamente em um “local como Barbacena”, referindo-se aos tempos anteriores à reforma psiquiátrica.

Como temos pensado o cuidado das pessoas que atendemos? Baseados em quais princípios temos construído o SUS? Questões complexas exigem que sejam realizadas discussões igualmente complexas em torno delas e livres de julgamentos morais sobre as atitudes dos outros.

O ponto de encontro principal das quatro cenas relatadas acima parece localizar-se

na culpabilização individual dos usuários pelo suposto fracasso em seu seguimento do cuidado. Caso não realizem o que lhes foi prescrito pelos profissionais de saúde, poderão perder inclusive o direito de acesso ao cuidado e à atenção prestada nos serviços de saúde (FLEURY; BICUDO; RANGEL, 2013; BENTO; MOREIRA, 2017).

No trabalho intitulado “Você aprende. A gente ensina”, Meyer *et al.* (2006) discutem como ainda sustentamos um fazer-cuidar em saúde que parte do saber técnico-científico historicamente aceito. Ainda que tenhamos avançado na conceituação do processo saúde-doença-cuidado e haja reconhecimento do impacto dos determinantes sociais em saúde na vida dos indivíduos (BUSS; FILHO, 2007), permanecemos nos baseando em concepções biologicistas e médico-centradas para realizar nossas análises e ações em saúde. As campanhas contra o tabagismo e pelo uso de preservativos, por exemplo, ainda utilizam-se de uma linguagem no imperativo: “Fumar você aprende. Parar de fumar a gente ensina”, “Use camisinha sempre”, “Use seus medicamentos”, “Não coma açúcar”, “Coma frutas”, entre tantas outras prescrições que visam a uma suposta mudança de comportamento, sem levar em consideração o contexto de vida e de trabalho dos indivíduos, os acessos que possuem ou não, a sua cultura e os demais aspectos que podem intervir diretamente em suas possibilidades de escolha real por determinada restrição dita como imprescindível para uma boa “qualidade de vida”. Não fazemos muito diferente em nossas práticas, mesmo atualmente.

É nesse contexto discursivo que formas definidas como “certas” e “erradas” de viver são compreendidas como decorrência do domínio ou da ignorância de um certo saber, e a educação, assentada no pressuposto da existência de um sujeito humano potencialmente livre e autônomo, passa a ser concebida e exercitada como processo de instrução (passiva) para o exercício do poder sobre a própria saúde. Esse processo tem como objetivo central a mudança (imediate e unilateral) de comportamentos individuais a partir de decisões informadas sobre a saúde, em um contexto onde se exercita uma forma de comunicação de caráter basicamente cognitivo/racional (MEYER *et al.*, 2006, p. 2).

Nesse sentido, nos tempos de neoliberalismo, opera-se o biopoder a partir da construção de sujeitos disciplinados, porém não mais passivos e sim ditos ativos. Se antes objetivava-se agir e controlar diretamente os corpos dos indivíduos, agora os mecanismos e as tecnologias de dominação aparecem no controle da conduta do outro: governar o campo de ação do outro para atingir determinado objetivo. Os

profissionais e as instituições de saúde surgem, nesse contexto, como reprodutores da individualização de problemas de saúde que têm sua raiz em questões macrossociais, ou seja, se Aparecida, Laísa, Thiago e Jackson não controlam bem suas enfermidades e não estão cumprindo com a lista de orientações que lhe foram dadas, assumem, deliberadamente, os riscos e as culpas das consequências.

Essa perspectiva desemboca na invisibilização de determinantes estruturais e na predominância de um olhar para a suposta “liberdade de escolha” das pessoas, em um contexto de desigualdades sociais que não permite decisões realmente livres de condicionantes. Assim, as pessoas realizam suas escolhas a partir de seu contexto de vida, ou seja, a partir das hierarquizações dadas na sociedade, em um sistema econômico adoecedor devido às iniquidades que produz. Tomar os indivíduos como “donos de si” em um contexto de falta/dificuldade de acesso à direitos básicos é atitude irresponsável e reprodutora de violências (RENOVATO; BAGNATO, 2010; HAN, 2015).

Logo, a adoção de comportamentos saudáveis, como dietas alimentares e práticas de exercícios físicos implicam práticas que constroem identidades, produzem indivíduos que continuamente se autovigiam. São tecnologias de segurança, tecnologias governamentalizadas pautadas no autogoverno e regidas pela filosofia do risco. São práticas de controle incentivadas pelo Estado e também pela sociedade. São processos de regulação inseridos em um contexto permeado de flexibilidade e liberdade, que se materializa pelo refinamento de novas estratégias de vigilância (RENOVATO; BAGNATO, 2010, p. 5).

Dessa maneira, aqueles indivíduos ou coletivos que não apresentam os resultados esperados pelo saber biomédico na condução de seu autocuidado e da autogestão de sua vida são considerados como incapazes, desleixados com a própria saúde, incompetentes e fracassados. Portanto, nessa mesma lógica, podem ser silenciados, ignorados e culpabilizados, por meio de ações de violência institucional, inclusive dentro dos serviços de saúde, como as descritas nas cenas (MEYER *et al.*, 2006; RENOVATO; BAGNATO, 2010).

A visão naturalista em que assenta a medicina ocidental moderna foi introduzida na maioria das sociedades pelos mesmos canais que trouxeram o colonialismo, trazendo em sua esteira um rastro de desqualificação, supressão, invisibilização ou apropriação de outros conhecimentos e práticas, chegando mesmo à eliminação física daqueles e daquelas que protagonizavam esses saberes e experiências (NUNES; LOUVISON, 2020, p. 2).

Como parte intrínseca da complexa rede de violências vivenciadas nos serviços de saúde, a intersecção de marcadores sociais de cada indivíduo ou coletividade contribuirá para a sua exacerbação (FLEURY; BICUDO; RANGEL, 2013; BENTO; MOREIRA, 2017). Destaco que nessas quatro cenas e em inúmeras outras que presenciei, as pessoas alvo das violências são negras. Conforme diversos estudos, sabemos que o racismo institucional opera conjuntamente a outros fatores, como a classe social, a identidade de gênero e a sexualidade (FERREIRA *et al.*, 2021).

Nesse sentido, parece que há uma desresponsabilização do Estado como instituição que precisa fornecer condições de vida e de trabalho adequadas à população e um aumento da exigência do desempenho dos indivíduos: estes devem investir no autocuidado e na autogestão de sua vida, como únicos responsáveis pelos “resultados” obtidos, e, assim, serão também responsabilizados de maneira isolada, independentemente do contexto em que estão inseridos (RENOVATO, BAGNATO, 2010; HAN, 2015).

Desejo destacar que as contribuições das ações educativas em saúde e da própria biomedicina são importantes no pensar-fazer em saúde e não se trata aqui de abandoná-las. Porém, há que se refletir de que forma temos utilizado-as nas práticas do dia-a-dia, em que muitas vezes não há espaço para a diversidade de saberes, culturas e formas de ser no mundo. Como abrir lugar/espaço em nossa prática para fazer valer os conceitos de saúde ampliada a partir de olhares não hegemônicos e de outras possíveis epistemologias que nos permitam criticar e combater as violências institucionais e estruturais sob as quais também estamos submetidos?

Essa descolonização da ciência moderna e dos seus conhecimentos não implica em uma descontinuidade radical com a ciência moderna ou a sua rejeição. Procura-se, antes, identificar e promover condições para o reconhecimento mútuo e o diálogo entre os conhecimentos e saberes existentes no mundo, incluindo os da ciência moderna, sem desqualificações ou supressões, com particular 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. Os encontros entre diferentes conhecimentos por meio de abordagens participativas e não extrativistas abrem caminho para ecologias de saberes apoiadas nos conhecimentos e práticas nascidas daquelas experiências e lutas (NUNES, LOUVISON, 2020, p. 4).

4.2 Como pensar-fazer-cuidar diferente no campo de gênero, sexualidade e saúde, a partir das diversidades?

Pedras atiradas

Lucas Bronzatto

*Capitaliza mais se não usar a palavra
capitalismo*

*Impressão boa não causa a palavra
opressão*

*Explore outras palavras pra substituir
exploração*

*Há uma fobia da palavra
homofobia*

*Achismo demais no que chamou de
machismo*

*Transforme em outra a palavra
transfobia*

*Cismo que não é isso onde diz
racismo*

*Fico aflito de tanto ler a palavra
conflito*

*Enterra essa frase que diz que aqui há
guerra*

*Luvas de pelica são bem melhores que
lutas*

*É falta de classe interpretar a partir de
classes*

*Por que você não troca burguesia
por pessoas mais favorecidas?*

*Domine seu engajamento e não use a palavra
dominação*

Amoleça essas palavras duras

*Limpe a poeira do muro de Berlim da sua boca
da sua caneta*

*Tire essas pedras do caminho de quem lê
de quem ouve*

Não tiro

não troco

não limpo

não amoleço

não amenizo

Hesitações e silêncios

cômodos

nutrem essas palavras incômodas

*As pedras ficam
quando pedra preciso for*

*Onde não há metáfora
é pra não haver confusão*

Se dói na pele do povo

é pra doer nos ouvidos

de novo

e de novo

e de novo

4.2.1 Cena 5

Era raro ver adolescentes nas UBS em que eu trabalhava. Aos poucos fui entendendo essa realidade: pode ser porque, muitas vezes, os profissionais são violentos com esse público, que tem necessidades específicas invisibilizadas, ignoradas. Quando pensamos no campo da sexualidade, isso parece se acirrar. A reprodução de valores religiosos junto à falta de preparo para o atendimento desse grupo pioram o quadro, no qual me incluo como parte do problema. Em certa ocasião, Ana, uma adolescente negra, moradora da comunidade próxima ao Centro de Saúde, estava em atraso de uso do anticoncepcional injetável quando compareceu à unidade. Ao orientá-la, não havia sala para uma conversa privada e eu ignorei como isso poderia fragilizar a relação dessa garota com o serviço. Realizei uma orientação no meio de um corredor, no qual havia passagem de pessoas da comunidade e demais profissionais de saúde. Muitas vezes é o que a estrutura do local permite, mas o que isso significou? Houve algum ganho? Quando rememoro essa cena, penso que o resultado obtido foi o constrangimento de Ana, que ficou ali meio paralisada, meio desinteressada, olhando para o canto. Fragilizei ainda mais a relação dela com a unidade? Qual outro tipo de convite poderia ser realizado sobre ações de promoção à saúde e de prevenção de agravos?

Ainda sobre a relação com os adolescentes, outras cenas muito recorrentes eram as falas acusatórias sobre a idade das meninas que iam à UBS retirar seus anticoncepcionais orais, realizar aplicação de contraceptivo hormonal injetável ou procedimento para implante de DIU. As falas de técnicos, enfermeiras e médicas indicavam horror diante de uma realidade concreta na vida das pessoas. Mulheres usam anticoncepcional para várias indicações e um dos motivos é evitar gravidezes precoces. No entanto, as mais jovens eram acusadas de incorrer na vida sexual cedo demais e seus pais eram tidos como irresponsáveis.

Uma atmosfera de julgamento e vexame era criada quando meninas e meninos vinham para a fila da farmácia ou da UBS. Será que é nosso papel como profissional de saúde fazer julgamentos sobre a vida sexual das pessoas? De que maneira isso nos auxilia a cuidar melhor delas? Como isso favorece o nosso trabalho? A nossa postura influencia no modo como os adolescentes desenvolvem cuidados em torno de

sua saúde e pode afastá-los dos serviços nos quais deveriam poder confiar.

4.2.2 Cena 6

Iago, 32 anos, branco, homem trans com interesse em se hormonizar, compareceu à UBS que era sua referência. Ressalto que as experiências e as vivências individuais das pessoas transgêneras, transexuais e travestis são diversas e categorizações podem enrijecê-las. Utilizarei aqui o termo homem trans e pessoas trans para me referir a essa população.

Na recepção ouvi que Iago teve seu nome e gênero desrespeitados e de longe parecia não ser bem vindo na unidade. Insistiu, pois não possuía condições financeiras de acessar um serviço particular e acreditava no SUS. Ao chegar no atendimento de acolhimento, se deparou com perguntas que escancararam a transfobia institucional que o acompanhava sempre nos serviços de saúde. Dentre as perguntas de anamnese, várias foram pejorativas e preconceituosas, partindo de um despreparo e descaso com as especificidades.

“Desde quando você descobriu que está no corpo errado e sofre com isso?”. Para cada pessoa, a relação com seu corpo será diferente e única. O corpo pode não ser entendido como algo errado e é possível que não haja sofrimento em torno dele. Além disso, fazer uma conta objetiva e exata sobre como e quando a transexualidade é nomeada para cada pessoa não contribui para o seu cuidado em saúde. Realizar afirmações sobre o sentir do outro não cabe em nosso papel.

“Você se protege quando transa com homens?”. Não foram feitas perguntas sobre a sua orientação sexual e a médica assumiu que ele tivesse relações com homens cis, o que é a realidade de vários homens trans, mas não de Iago. Antes de fazermos perguntas sobre prevenção, precisamos nos atentar à orientação sexual das pessoas que estamos atendendo ou podemos assumir certas questões erroneamente e invisibilizar a sexualidade dos indivíduos, além de não conseguir realizar as orientações necessárias para a pessoa em questão. Há que se considerar que diferentes corpos de diferentes gêneros podem possuir genitais independente da suposta linearidade cisheteronormativa. Há homens que possuem vagina e mulheres

que possuem pênis, assim como pessoas não binárias que possuem um dos dois ou ambos, entre outras possibilidades múltiplas. Não nos interessa aqui esgotar essa lista, mas entender que há uma diversidade enorme de possibilidades para cada corpo, seja em torno de sua sexualidade ou de sua identidade de gênero. Expandir nossa linguagem, de maneira sensível e respeitosa, à existência de corpos diversos é caminho necessário para um SUS equitativo e igualitário.

Tentei intervir quando soube da situação, conversei com Iago e posteriormente conversei com a equipe sobre a identidade de gênero e os direitos das pessoas trans. Iago conseguiu a inclusão do nome social no sistema de informação e foi encaminhado ao serviço especializado para prosseguir com a hormonização. No entanto, as diversas dificuldades no acesso a um cuidado humanizado podem afastar Iago e tantas outras pessoas trans dos serviços de saúde, por falta de preparo e/ou por atitudes impregnadas de transfobia institucional.

4.2.3 Cena 7

De dentro do meu consultório escutei Alessandro pedindo às técnicas de enfermagem que trabalhavam comigo para “falar com a farmacêutica”. Era comum esse pedido, que sempre me levava a trocas inesperadas, porém muito valorosas. Com Alessandro, tive uma conversa sobre a sua vontade de compartilhar sobre o fato de ser uma pessoa que vive com HIV, com seu companheiro, pelo qual estava apaixonado e com quem desejava construir um relacionamento duradouro. Alessandro era um homem branco, 46 anos, homossexual. Me contou que havia 6 meses que ele e o companheiro encontravam-se constantemente e, de certa forma, dividiam a vida. Era cada vez mais difícil esconder os comprimidos de uso diário e inventar desculpas se mostrava cansativo. Era hora, ele disse. Porém, como saber se não haveria uma rejeição fundamentada em preconceitos enraizados? Discutimos longamente sobre possibilidades de construção desse diálogo dentro da realidade do casal. Não havia resposta pronta.

No meio da conversa, Alessandro me contou sobre um episódio com um dos infectologistas que já havia o atendido no passado: ouviu, mais de uma vez, que “as pessoas que viviam com HIV eram promíscuas e por isso haviam se infectado”.

Relatou sobre o constrangimento, porém disse que a profissional era muito competente clinicamente e por isso não desejava reclamar de seu atendimento. Conversei com ele sobre o quanto isso era violento, pois contribuía para a exacerbação de preconceitos contra as pessoas que vivem com HIV. Tentei, no serviço, construir diálogos para a sensibilização dos profissionais, no entanto, devido às hierarquias, não consegui avançar como desejava.

Nas sete cenas relatadas acima, realizo a tentativa de apresentar um pouco do que vivenciei e observei em minha prática cotidiana no tocante às discriminações de pessoas que compõem grupos específicos populacionais, historicamente vulnerabilizados. É do olhar voltado às minhas próprias faltas, às dos meus colegas e às lacunas dos serviços de saúde que parto para uma análise que possa nos auxiliar a enxergar o quão violentas as falas e as atitudes de instituições e profissionais de saúde podem ser.

Não pretendo esgotar as discussões que as cenas suscitam, pois os temas são complexos e muito amplos. A ideia é iniciar uma conversa-convite para que possamos construir coletivamente, em nossos locais de atuação, outros horizontes, outras formas de nos relacionarmos com a diversidade e com os desafios que encontramos em nossa prática.

Com este texto, a minha intenção não é minimizar o trabalho dos profissionais de saúde e dos serviços do SUS, muito pelo contrário. Desejo fortalecer a mim mesma e aos meus colegas e, assim, caminhar no sentido de melhorar os serviços, ao discutir sobre possibilidades de acolhimentos verdadeiramente humanizados, algo que só podemos construir a partir da constante conversa entre a prática cotidiana e as reflexões sobre ela, considerando o contexto em que estamos inseridos, assim como o contexto ao qual as comunidades e as pessoas que atendemos pertencem.

Entendo que a discussão das cenas sobre Ana, Iago e Alessandro também está entrelaçada às questões levantadas no texto de reflexão sobre as primeiras vivências descritas neste trabalho: historicamente construiu-se um lugar para o saber-poder das instituições e dos profissionais de saúde que não permite a validação dos conhecimentos tradicionais, o que dificulta a construção de corresponsabilização, de

vínculo, de amorosidade no contexto da saúde. Considerando isso, vamos analisar, mais amplamente, outros obstáculos historicamente construídos em conjunto às questões já discutidas e, ainda, trarei algumas reflexões sobre as especificidades das últimas cenas, que atravessam questões sobre sexualidade, identidade de gênero e orientação sexual.

Análise sobre os fatores relacionados à discriminação em saúde identificados na Pesquisa Nacional de Saúde (2013) evidenciou que 10,5% da população brasileira percebe discriminações em saúde em seus atendimentos, sendo a falta de dinheiro (5,7%) e a classe social (5,6%) as mais frequentes. Mulheres, indivíduos com ensino fundamental incompleto, não brancos e sem plano de saúde privado tiveram maior chance de se sentirem discriminados (Boccolini *et al*, 2016).

Estudo qualitativo realizado com adolescentes negras moradoras de uma favela do Rio de Janeiro (2013) para investigar a relação da vulnerabilidade ao HIV/Aids nessa população apresentou relatos de discriminação e racismo institucional no âmbito da saúde: as falas retrataram ofensas e atendimento de má-qualidade, além de grandes distâncias a serem percorridas e horários de atendimento que as exigem madrugar para serem atendidas. As adolescentes não se sentem acolhidas nesses ambientes.

Portanto, a discriminação vem adicionar mais um fator de vulnerabilidade ao contexto de pobreza e de violência de gênero vivido pela maioria das mulheres negras, pois as impede de terem acesso a tratamento preventivo adequado, aumentando o risco de serem portadoras de infecções genitais não diagnosticadas e não tratadas. Ou seja, a própria estrutura organizacional da saúde expõe este segmento populacional ao atendimento, já tão precário, sendo este mais dos fatores que constitui a vulnerabilidade ao HIV/Aids. Nesse sentido, as ações integradas para a promoção da equidade de gênero e em saúde e para o enfrentamento da epidemia de HIV/DST entre as mulheres devem ser construídas levando em consideração a complexidade e a multidimensionalidade das vulnerabilidades, em que se inclui o racismo, as desigualdades étnicas e raciais e a discriminação racial (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013, p. 9).

Nas três cenas iniciais, de Aparecida, Thiago e Laísa, e também nas trajetórias de Ana e Jackson, percebe-se a presença do racismo institucional ou do racismo sistêmico, que se opera na negligência, no descaso, na desatenção, na negação de acesso, na desconsideração, na minimização, na exposição, na quebra de sigilo, na estigmatização, entre outras atitudes e falas muitas vezes aceitas socialmente como

“sutis”, mas que configuram-se como violências por exacerbarem desigualdades e exclusão das pessoas devido à sua cor/raça.

(...) o racismo institucional (RI), que possivelmente é a dimensão mais negligenciada do racismo, desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais. É também denominado de racismo sistêmico e garante a exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados, atuando como alavanca importante da exclusão diferenciada de diferentes sujeitos nesses grupos (WERNECK, 2016, p. 541).

De acordo com Silvio Almeida (2019), o racismo opera via garantia ou não de acessos, privilégios e vantagens ou desvantagens a depender da raça/etnia de determinada pessoa. Não deriva apenas de ações individuais, mas é resultado de um complexo entrelaçamento do funcionamento (regras e normas) de instituições como o Estado e as suas políticas, as empresas privadas ou públicas, a mídia, entre outras, que seguem a sustentá-lo, pois faz parte da ordem social, ou seja, está enraizado na sociedade como expressão do colonialismo. Dessa maneira, permanecemos como sociedade reproduzindo o genocídio da população negra e indígena por meio de diversos mecanismos nas áreas de justiça, trabalho, mercado, educação e saúde.

No contexto da saúde, o racismo aparece como um importante determinante social em saúde e é responsável pela falta/atraso de acesso, pela negligência, pela recusa de atendimento, entre outras formas de violência. Um exemplo amplamente estudado, porém ainda insuficientemente combatido, devido aos efeitos do racismo, é a violência obstétrica, que aparece com não fornecimento de anestésicos e analgésicos, silenciamento, mutilações, esterilização de mulheres negras sem consentimento (LIMA; PIMENTEL; LYRA, 2021). Durante a pandemia de Covid-19, a hierarquização social derivada de marcadores como raça e classe foi escancarada, com maiores taxas de complicações e mortes entre a população negra, devido à maior exposição a fatores de risco diante de condições de vida e de trabalho precárias, além das dificuldades de acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (2006) reitera a relação entre a vulnerabilidade em saúde e o racismo, assim como a outros marcadores, como gênero, orientação sexual e classe. No entanto, encontra barreiras para sua implementação, devido ao racismo institucional que impregna os diferentes

níveis de atenção e gestão (WERNECK, 2016).

Apesar das diferenças, a estigmatização e o isolamento também ocorrem com a população LGBTQIA+, a população em situação de rua, a população privada de liberdade, as pessoas em sofrimento mental, as pessoas que vivem com HIV e as pessoas em situação de fome, entre outras populações (indígena, quilombola, das águas, do campo e da floresta), que são historicamente marginalizadas. Ainda que existam políticas específicas com enfoque nesses grupos, todas elas ainda vivenciam constantemente diversas violações de seus direitos, também nos serviços de saúde. As cenas expostas exemplificam como falas e atitudes vistas como “sutis” estão carregadas de fobia e preconceito, intencional ou não, e contribuem para a continuidade ou a exacerbação da exclusão.

Pesquisas evidenciam como a saúde física e mental de pessoas LGBTQIA+, incluindo sua expectativa de vida, são prejudicadas devido à discriminação (BRASIL, 2013; Magno *et al*, 2019; SILVA *et al*, 2021). Alessandro e Iago têm suas trajetórias marcadas pelo preconceito e as cenas aqui demonstram apenas um recorte que se aprofunda em sofrimento e afastamento dos serviços de saúde.

O campo dos direitos sexuais e reprodutivos, assim como das categorias de gênero e sexualidade, é entrelaçado por questões morais, sociais, religiosas e políticas. Na construção de saberes da biomedicina sobre os corpos sexuados, os seus comportamentos e as suas práticas, esse atravessamento não é diferente. A ciência produziu e ainda produz conteúdos que reiteram as expectativas sociais sobre como cada corpo deve ser e agir. Os saberes são articulados para se justificar e naturalizar as relações desiguais já existentes, como as de gênero, raça, classe, entre outras (ROHDEN, 2000). Com base em uma suposta neutralidade científica, “afirmações incontestáveis” são fabricadas sobre os corpos (MARTINS, 2004).

Para Butler (2003), tanto sexo quanto gênero são materializados nos corpos por meio de regras normatizadas pela ciência e reiteradas socialmente. Assim, o sistema sexo/gênero é naturalizado, em um complexo processo que visa a disciplinar o que é possível ou não para o “feminino” ou “masculino”. As normas sociais baseiam-se então na heteronormatividade, ou seja, a heterossexualidade é tida como compulsória e

define-se sexo/gênero e sexualidade a partir de uma perspectiva binária, baseada nos órgãos sexuais (BUTLER, 2003).

A norma de gênero repete que somos o que nossas genitálias informam. Esse sistema, fundamentado na diferença sexual, nos faz acreditar que deve haver uma concordância entre gênero, sexualidade e corpo. Vagina- mulher-emoção-maternidade-procriação-heterossexualidade; pênis-homem-racionalidade-paternidade-procriação-heterossexualidade (SIQUEIRA, 2006, p.13).

Os discursos científicos produzidos também foram utilizados, ao longo da história, como justificativa de políticas eugênicas diversas, que partiam da ideia de higienização social, com a desculpa de que as ações seriam necessárias para o fortalecimento da nação (FOUCAULT, 1987). Para garantir indivíduos tidos como “saudáveis”, era necessário também assegurar a sexualidade e a reprodução “útil”, ou seja, cisheterossexual branca (VIEIRA, 2002).

O sexo, o gênero e a sexualidade em função da reprodução são entendidos, então, como o único destino saudável e aceitável a ser trilhado pelas pessoas, com a formação de uma família consagrada pelo casamento, constituída de um homem com pênis, provedor da família, e uma mulher com vagina, cuidadora da casa e de seus filhos (VIEIRA, 2002).

Ainda que ao longo dos anos vitórias e avanços tenham sido conquistados por movimentos sociais, as pessoas com vivências e corpos divergentes dos parâmetros construídos historicamente como aceitáveis sofrem então com o preconceito e a discriminação e, conseqüentemente, com a violência institucional também no campo da saúde. As trajetórias de Ana, Iago e Alessandro relacionam-se com essas temáticas, pois eles divergem daquilo que há muito é construído enquanto regra no campo do binarismo de sexo/gênero, dos afetos e das condutas sexuais.

No caso de Ana, por ser uma adolescente da periferia, existiam julgamentos dos profissionais de saúde sobre a sua suposta vida sexual, construída no imaginário das pessoas que a olhavam com certo escárnio: “Nossa, uma menina!”, diziam. Em outros contextos, já escutei: “Hoje em dia o posto fica cheio de adolescentes indo tomar anticoncepcional”, atribuindo tom negativo à conduta das garotas e dos garotos que

buscam as UBS para apoio, aconselhamento e prevenção. Sabe-se que devido à dificuldade de escuta, ao descaso e ao despreparo, além dos julgamentos, os/as adolescentes são um público que procura pouco e encontra ainda menos abertura nos atendimentos da APS (ALVES; BRANDÃO, 2009). Nesse sentido, como pensar em direitos reprodutivos e sexuais a partir de uma ótica que não se baseie na reprovação moral e religiosa? E, ainda, como proteger as adolescentes de violações de direito? Longe das UBS e sem diálogo que inclua essas temáticas sob uma ótica não prescritiva - nas escolas e nos espaços dos serviços de saúde - será mais difícil identificá-las, prestar apoio e preveni-las.

Iago, enquanto homem trans, rompe com o binarismo sexo-gênero e isso é o bastante para que os profissionais de saúde não saibam como lidar (ou escolham não saber como lidar) com os atendimentos. No caso dele, um homem com vagina, um corpo como outros corpos, mas também com suas diferenças, um indivíduo que tem questões em saúde singulares, como as demais pessoas atendidas no SUS. No entanto, estamos tão envolvidos (nós, as instituições e a sociedade) na lógica do binarismo de gênero e da linearidade entre sexo/gênero, sexualidade e modos de vida, que negamos diversas vezes a existência da diversidade.

Berenice Bento (2006) discute sobre a tal esperada linearidade, na qual o indivíduo que possui um órgão identificado pela ciência como “pênis” terá seu sexo/gênero determinados como “masculino”. Se desviante daquilo que lhe é imposto socialmente, como, por exemplo, um homem trans (pessoa designada com um sexo feminino e denominada de “mulher” a partir da confirmação em ultrassom de que possui uma vagina, porém que se reconhece socialmente enquanto homem) não é reconhecido como indivíduo legítimo.

Insistimos em envolver nossos julgamentos morais e nossas crenças fundamentalistas naquilo que deveria se basear no respeito e no aprendizado mútuo do cuidado compartilhado. Como fazer perguntas, escutar atentamente e afirmar menos? Como caminhamos para que possamos partir do pressuposto de que as pessoas são diversas e cada usuário possui sua particularidade e é atravessado por determinantes sociais diferentes? A transfobia no Brasil é uma das principais razões para o isolamento, o adoecimento e a baixa expectativa de vida dessa população (GOMES

DE JESUS, 2012; CAUX, 2018).

No que se refere ao seu cotidiano, as pessoas transgênero são alvos de preconceito, desatendimento de direitos fundamentais (diferentes organizações não lhes permitem utilizar seus nomes sociais e elas não conseguem adequar seus registros civis na Justiça), exclusão estrutural (acesso dificultado ou impedido a educação, ao mercado de trabalho qualificado e até mesmo ao uso de banheiros) e de violências variadas, de ameaças a agressões e homicídios, o que configura a extensa série de percepções estereotipadas negativas e de atos discriminatórios contra homens e mulheres transexuais e travestis (GOMES DE JESUS, 2012, p. 3).

Os contextos das histórias que conto evidenciam como as desigualdades imperam nas vidas das pessoas conforme os determinantes sociais. Para Ana, adolescente negra da periferia de Belo Horizonte, não ter a sua privacidade respeitada, em uma vida perpassada por tantas outras violações de direitos, pode ter sido a “gota d’água” com o serviço de saúde. Para Jackson, homem negro periférico, em tratamento de TB, o olhar e as atitudes dos profissionais influenciaram em seu processo de cuidado no serviço de saúde. Como somos capazes de ignorar o contexto de vida e de trabalho dessa pessoa? Sabemos que o seguimento de prescrições e do imperativo das mudanças de hábitos de vida não é fácil. Vivenciamos em nossa pele, ainda que muitas vezes tenhamos melhores condições de acesso à alimentação, ao transporte, ao lazer. Supomos entender como é para qualquer pessoa um tratamento, nos colocamos como donos da verdade, impregnados de uma ignorância cega gerada pelo dito saber biomédico tradicional. Laísa foi logo taxada como irresponsável, pois, supostamente, qualquer um pode e deve se organizar, como se a organização não dependesse também de um contexto de vida que não esteja envenenado de violência a cada esquina.

Compreender a determinação social no dinâmico processo saúde-doença das pessoas e coletividades requer admitir que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde. Requer também o reconhecimento de que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias que compreendem lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença. É preciso compreender, por outro lado, que essas formas de preconceito não ocorrem de maneira isolada das outras formas de discriminação social. Ao contrário, elas caminham ao lado e se reforçam pelos preconceitos do machismo, o racismo e a misoginia. A discriminação e o preconceito também contribuem para a exclusão social das populações que vivem na condição de isolamento territorial, como no caso dos que vivem no campo, nas florestas, nos quilombos, nas ruas ou em nomadismo, como no caso dos ciganos (BRASIL, 2013, p. 13).

E eu, como profissional de saúde que desejo diminuir ou mitigar as desigualdades e a violência institucional, em busca de um mundo diferente, preciso estar atenta a como as violências podem operar na vida de populações vulnerabilizadas na tentativa de realizar um trabalho que respeite as pessoas em suas diversidades.

Como lidar com esse paradoxo existente no SUS, que, ao mesmo tempo em que diminui determinadas violências, à medida que o acesso aos serviços de saúde pode reduzir algumas discrepâncias da desigualdade existente no Brasil, também compactua com violências institucionais, há muito discutidas, porém pouco aplicadas na prática? Ainda que suas políticas prevejam a equidade, a integralidade e a universalidade como princípios norteadores, quando olhamos para grupos vulnerabilizados e para as cenas aqui relatadas, percebemos que ainda há muito a ser construído.

Alguns outros desafios que se impõem dentro do macro-contexto da violência institucional e suas consequências, também estão relacionados ao desfinanciamento do SUS e aos constantes ataques sofridos pelo campo da Saúde Coletiva, como a aprovação da Emenda Constitucional do “Teto de Gastos”, a nova Política Nacional de Atenção Básica, que prevê o fim de repasse de recursos da União para os NASF, a pressão para a terceirização e a privatização de serviços e procedimentos, a desvalorização de servidores públicos, entre tantas outras medidas que enfraquecem a construção do SUS. Não abordo estes assuntos no texto, mas acredito que cabe aqui mencioná-los como importantes fatores que contribuem com as violências reproduzidas contra as populações vulnerabilizadas, as quais são as primeiras a serem atingidas por medidas que visam o desmantelamento de políticas sociais e de saúde.

5. APONTAMENTOS: OS DESAFIOS E AS PERSPECTIVAS NO COMBATE À VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

Esperança

Lucas Bronzatto

*Há dias em que o tamanho da tarefa
pesa toneladas na cabeça
Há dias em que a realidade debocha do sonho
e é difícil conjugar verbos no futuro
dizer “amanhã”
dizer “venceremos”
Há dias em que não há onde se agarrar
Nesses dias - confesso - nunca sei o que faço
enquanto espero pelo retorno dela
meninazinha de olhos verdes
da pele negra
vestida de farrapos
com seu coração que bate por outras meninazinhas
sua pintura indígena no rosto
ela sempre volta
voando
fugida do jagunço de algum latifundiário*

Quando realizei a primeira apresentação do que viria a ser esta escrita, disse que ela seria um ensaio do fracasso. Esse é um trabalho de perguntas, de compartilhamento de angústias, de inquietações que me consomem no dia-a-dia, a partir da minha prática como profissional de saúde do SUS. É um texto em que me permito o exercício de questionar, coisa que fazemos pouco em nosso cotidiano de trabalhadores da saúde e da educação. Fracassamos. Estamos cansadas, sobrecarregadas, desvalorizadas. Não temos tempo de parar - ou dizemos não ter tempo -, de discutir com cuidado, de ler, ouvir o outro, para além da lógica eurocêntrica da branquitude que valoriza a produção por produção, sem sentimento, não orientada pelo desejo, mas pelo impulso autodestrutivo de acumulação.

E seguimos, com aval das instituições que cobrarão de cada profissional individualmente que faça o seu melhor, que humanize o seu atendimento. Eu quero parar para-poder então fazer de outra forma. Porém, esse trabalho só é possível se compartilhado e, principalmente, se houver responsabilização de instituições, governo, Estado e sociedade. Individualmente cada uma de nós tem a potencialidade e a dívida histórica de contribuir com a construção de um SUS mais igualitário. No entanto, os avanços substanciais precisam partir de coletivos de trabalhadores, usuários e gestores, que juntos pressionem as instituições sobre o seu papel central

na configuração das desigualdades sociais. E acho que esse caminho se abre ou é impulsionado pelas insatisfações, pelo dito "fracasso", a partir do qual elaboramos os nossos incômodos.

Estudo sobre violências que atingem profissionais da saúde, realizado na região Sul do Brasil, entrevistou 269 profissionais e a violência psicológica foi prevalente, com mulheres e técnicos de enfermagem sendo os mais expostos. Pacientes e colegas de trabalho foram os principais perpetradores. Sabe-se que o grande contingente de técnicas de enfermagem é composto por mulheres negras, que também sofrem violências em seu contexto de trabalho (PAI, 2018).

Jurema Werneck (2016) relata o histórico de lutas da população negra por melhor acesso aos serviços e inclusão em políticas de saúde, avanços conquistados e as dificuldades impostas pelo racismo, um sistema que contribui com o adoecimento da população negra, de maneiras complexas e intrínsecas ao funcionamento do SUS, ainda que grande parte do contingente de trabalhadores (as) da saúde seja composto por mulheres negras. Werneck propõe possibilidades de superação dos desafios a partir de modelos construídos por Sueli Carneiro e demais pesquisadores da temática. Aponta, em concordância com outros estudos na área, a importância da educação permanente de profissionais dos serviços de saúde, da capacitação e da sensibilização dos diferentes atores envolvidos, das ações afirmativas que possam reduzir as disparidades em saúde de grupos vulnerabilizados, da constituição de processos de monitoramento e avaliação das políticas de saúde e das ações de combate ao racismo institucional, do fortalecimento do controle social por movimentos sociais, entre diversas outras. Essas estratégias são detalhadas pela autora e podem ser aproveitadas para os diferentes campos discutidos neste trabalho (WERNECK, 2016).

Talvez, uma das possibilidades de construção de um outro paradigma seja pelas vias já discutidas, porém ainda dificilmente aplicadas pelas instituições, pelas gestoras e pelo Estado: a inserção dos saberes populares, das experiências diversas, do olhar que não apenas vê os Determinantes Sociais de Saúde, mas também age considerando-os nas políticas, nas leis e principalmente nas práticas dos diversos níveis de gestão do SUS e de outras áreas, tão importantes para o caminhar de encontro ao bem-estar de todas e todos em suas diversidades e especificidades.

Essa mudança perpassa articulações de gestão, processos educativos e políticos, que sejam capazes de descolonizar o nosso pensar-fazer e, por isso, eles mesmos precisam beber de diferentes arcabouços, considerando os produtores de conhecimento que há muito discursam e agem conforme outras possibilidades. Aqui cito Paulo Freire, Milton Santos, Lélia Gonzalez, José Ricardo de Mesquita Ayres, Jurema Werneck, entre tantos outros.

De acordo com Paim (2012), o SUS é uma das facetas de uma reforma social mais ampla, reivindicada em sua construção, a Reforma Sanitária. Ainda que o SUS seja potente instrumento na redução das desigualdades e das diversas formas de violência fortalecidas pelo modo de produção e organização da sociedade, o campo da saúde é insuficiente para enfrentar todos os desafios que estão postos.

Como atitude primordial e ainda pouco discutida como essencial para a construção de um mundo diferente e livre de violências, está a luta coletiva contra o avanço do neoliberalismo, em defesa do SUS e dos trabalhadores e trabalhadoras, principalmente da saúde e da educação, foco deste ensaio, mas também de demais e quaisquer áreas. Esse contexto de exploração e de negação de direitos às pessoas, e principalmente das populações vulnerabilizadas, se acirrou diante do contexto político conservador vivenciado no Brasil entre 2017 a 2022. Em 2023, observamos um momento de novas figuras que assumem cargos estratégicos em defesa do SUS e de uma sociedade mais igualitária e os profissionais de saúde têm um importante papel de cobrança, contribuição e fortalecimento a cumprir para avanços nas pautas relacionadas à violência institucional.

*Desconfiai do mais trivial,
na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente:
não aceiteis o que é de hábito
como coisa natural.
Pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada,
de arbitrariedade consciente,
de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural.
Nada deve parecer impossível de mudar.
Nada é impossível de mudar
Bertolt Brecht*

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio. **Racismo estrutural**. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

ALVES, Camila Aloisio; BRANDÃO, Elaine Reis. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 661-670, 2009.

BENELLI, Silvio José. As éticas nas práticas de atenção psicológica na assistência social. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 31, p. 269-287, 2014.

BENTO, Berenice, 2006. **Reinvenção do Corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira et al. Fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 371-378, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 2. ed. Brasília: 1. ed., 1. reimp. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT**. Brasília: 1. ed., 1. reimp. 2013.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CZERESNIA, Dina; DE FREITAS, Carlos Machado (Ed.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista estudos feministas**, v. 10, p. 171-188, 2002.

DE CAUX, Thais Rolla. **O hormônio traz pra realidade todos os nossos sonhos ocultos: a experiência de mulheres transexuais e travestis com o processo medicamentoso de hormonização**. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

DE MATTOS, Carine Magalhães Zanchi et al. Violência estrutural no modo e nas condições de vida de pessoas idosas em situação de rua. **REVISTA KAIROS GERONTOLOGIA**, 2018.

DOS SANTOS LADEIA, Priscilla Soares; MOURÃO, Tatiana Tscherbakowski; DE MELO, Elza Machado. O silêncio da violência institucional no Brasil. **Rev Med Minas Gerais**, v. 26, n. Supl 8, p. S398-S401, 2016.

FERREIRA, Aldo Pacheco et al. Discriminação racial e saúde: ações dos profissionais de saúde na assistência à mulher em processo de abortamento provocado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4623-4633, 2021.

FLEURY, Sonia; BICUDO, Valéria; RANGEL, Gabriela. Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. **Salud colectiva**, v. 9, n. 1, p. 11-25, 2013.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: Nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1987.

GOMES DE JESUS, Jaqueline. Identidade de gênero e políticas de afirmação identitária. **VI Congresso Internacional de Estudos Sobre a Diversidade Sexual e de Genero da ABEH**, v. 10, 2012.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço**. Editora Vozes Limitada, 2015.

HEILBORN, Maria Luiza. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais da adolescência. **Psicologia Clínica**, v. 24, p. 57-68, 2012.

LARROSA, Jorge. A operação ensaio: sobre o ensaiar e o ensaiar-se no pensamento, na escrita e na vida. **Educação & realidade**, v. 29, n. 1, 2004.

LIMA, Kelly Diogo de; PIMENTEL, Camila; LYRA, Tereza Maciel. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4909-4918, 2021.

MAGNO, Laio et al. Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00112718, 2019.

MEYER, Dagmar E. Estermann et al. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de saúde Pública**, v. 22, p. 1335-1342, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Editora Fiocruz, 2006.

NUNES, João Arriscado; LOUVISON, Marília. Epistemologias do Sul e descolonização da saúde: por uma ecologia de cuidados na saúde coletiva. **Saúde e sociedade**, v. 29, 2020.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; KRUG, Etienne G. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

PAI, Daiane Dal et al. Violência física y psicológica perpetrada en el trabajo en salud. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, 2018.

RENOVATO, Rogério Dias; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, p. 554-562, 2010.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Editora Fiocruz, 2001.

SÃO BENTO, Paulo Alexandre de Souza; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A experiência de adoecimento de mulheres com endometriose: narrativas sobre violência institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3023-3032, 2017.

SEVALHO, Gil. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2017.

TAQUETTE, Stella R.; MEIRELLES, Zilah Vieira. Discriminação racial e vulnerabilidade às DST/Aids: um estudo com adolescentes negras. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 129-142, 2013.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. In: **A medicalização do corpo feminino**. 2002.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 535-549, 2016.