

BRAZIL

2021 Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência

MULHERES E SAÚDE:

AS DIFERENTES FACES DA INSERÇÃO FEMININA NO TRABALHO E NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE



Organização:
Mônica Padilla
Cristiane Gosch
Lisiane Bôer Possa
Alcindo Antônio Ferla



OPAS

editora



redeunida

TOMO 1

MULHERES E SAÚDE:

AS DIFERENTES FACES DA INSERÇÃO FEMININA NO TRABALHO E NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Organização:

Mônica Padilla

Cristiane Gosch

Lisiane Bôer Possa

Alcindo Antônio Ferla

TOMO 1

1ª Edição - Dezembro de 2021

Porto Alegre, Brasília



OPAS





Coordenador Nacional da Rede UNIDA
Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial
Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston • Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Alcindo Antônio Ferla • Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Ángel Martínez-Hernández • Universitat Rovira i Virgili, Espanha).
Angelo Stefanini • Università di Bologna, Itália).
Ardigó Martino • Università di Bologna, Itália).
Berta Paz Lorido • Universitat de les Illes Balears, Espanha).
Celia Beatriz Iriart • University of New Mexico, Estados Unidos da América).
Denise Bueno • Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Emerson Elias Merhy • Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).
Érica Rosalba Mallmann Duarte • Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Francisca Valda Silva de Oliveira • Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).
Hêider Aurélio Pinto • Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).
Izabella Barison Matos • Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
João Henrique Lara do Amaral • Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).
Júlio Cesar Schweickardt • Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Laura Camargo Macruz Feuerwerker • Universidade de São Paulo, Brasil).
Leonardo Federico • Universidad Nacional de Lanús, Argentina).
Lisiane Bôer Possa • Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).
Liliana Santos • Universidade Federal da Bahia, Brasil).
Luciano Bezerra Gomes • Universidade Federal da Paraíba, Brasil).

Editores Associados:

Ricardo Burg Ceccim, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças Alves Pereira, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.

Mara Lisiane dos Santos • Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Márcia Regina Cardoso Torres • Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).
Marco Akerman • Universidade de São Paulo, Brasil).
Maria Augusta Nicoli • Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).
Maria das Graças Alves Pereira • Instituto Federal do Acre, Brasil).
Maria Luiza Jaeger • Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).
Maria Rocineide Ferreira da Silva • Universidade Estadual do Ceará, Brasil).
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira • Universidade Federal do Pará, Brasil).
Quelen Tanize Alves da Silva • Grupo Hospitalar Conceição, Brasil).
Ricardo Burg Ceccim • Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Rodrigo Tobias de Sousa Lima • Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Rossana Staeve Baduy • Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
Sara Donetto • King's College London, Inglaterra).
Sueli Terezinha Goi Barrios • Associação Rede Unida, Brasil).
Túlio Batista Franco • Universidade Federal Fluminense, Brasil).
Vanderléia Laodete Pulga • Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Vera Lucia Kodjaoglanian • Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
Vera Maria da Rocha • Associação Rede Unida, Brasil).
Vincenza Pellegrini • Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza, Jaqueline Miotto Guarnieri, Márcia Regina Cardoso Torres, Renata Riffel Bitencourt

Ilustrações

James Zortea

Projeto Gráfico e Diagramação

Renato Pereira Jr.

Revisão

Greiceane Roza Vieira

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anízio Gomes - CRB-8 8846

P123m	Padilla, Mônica (org.) et al. Mulheres e Saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde / Organizadores: Mônica Padilla, Cristiane Goshc, Lisiane Bôer Possa e Alcindo Antônio Ferla. – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. 176 p. E-book: PDF. Inclui bibliografia. ISBN 978-85-54329-42-6. DOI 10.18310/9788554329426. 1. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Política de Saúde. 4. Serviços de Saúde da Mulher. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.	CDD 610.7:305.4 CDU 61-055.2
21-3018094		

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Estudo, pesquisa e tópicos relacionados; Grupos sociais: Mulheres.
2. Medicina; Mulheres.

Copyright © 2021 Associação Brasileira Rede UNIDA.

Todos os direitos reservados.

Rua São Manoel, 498 - Bairro Santa Cecília - Porto Alegre / RS
CEP: 90620-110 - Fone: (51) 3391-1252 - email: secretaria@redeunida.org.br
Fone: (051) 3391-1252
http://www.redeunida.org.br/



SUMÁRIO

PREFÁCIO

AS MULHERES E A SAÚDE: UMA PRIORIDADE PARA O ANO INTERNACIONAL DOS TRABALHADORES DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA _____ 8

Socorro Gross Galiano, Representante da OPAS/OMS no Brasil.

DIFERENTES FACES DA INSERÇÃO FEMININA NO TRABALHO E NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE _____ 12

Nísia Trindade Lima, Cristiani Vieira Machado

A GENTE VAI CONTRA A CORRENTE... _____ 15

Fernando Zasso Pigatto, Presidente do Conselho Nacional de Saúde

A SAÚDE E AS MULHERES: DIFERENTES INTERFACES PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO _____ 20

Alcindo Antônio Ferla, Cristiane Gosch, Lisiane Boer Possa, Mônica Padilla

SEÇÃO 1

MULHERES E SAÚDE: AS DIFERENTES FACES DA INSERÇÃO FEMININA NO TRABALHO _____ 41

Marcia Teixeira (org.), Carolina Aguilar da Costa Nascimento, Isabela Soares Santos, Laís Silveira Costa, Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini, Roberta Gondim de Oliveira Roseane Maria Corrêa, Simone Santos Oliveira, Sonia Gertner, Vitória Bernardes

SEÇÃO 2

Contribuições de mulheres ao trabalho e à educação na saúde

MARIA CECILIA PUNTEL DE ALMEIDA: ANÁLISE CRÍTICA DO TRABALHO EM ENFERMAGEM EM UM MOMENTO CRÍTICO PARA OS TRABALHADORES _____ 66

Marina Peduzzi

**AS COMPOSIÇÕES DE IVONE LARA E NISE DA SILVEIRA:
PRA PISAR NESSE CHÃO DEVAGARINHO** _____ **78**

Ricardo Burg Ceccim, Aline da Rosa Deorristt

**ROSENI ROSÂNGELA DE SENA (1951-2016)
E A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE** _____ **96**

Kênia Lara da Silva, Rita de Cássia Marques

**FORMAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE:
CONTRIBUIÇÕES DE MARIA CECÍLIA FERRO DONNANGELO** _____ **104**

Cinira Magali Fortuna, Solange L` Abbate

**MARIA CRISTINA CARVALHO DA SILVA, UM VESTIDO, UM AMOR:
UM HORIZONTE DE LUTA PELA SAÚDE MENTAL NO BRASIL** _____ **116**

Károl Veiga Cabral, Márcio Mariath Belloc

**IZABEL DOS SANTOS:
COMO UMA ALQUIMISTA** _____ **130**

Janete Castro

**FERNANDA BENVENUTTY: DIVERSIDADE,
TRANSFORMAÇÃO E CUIDADO NA SAÚDE** _____ **140**

Andrey Roosevelt Chagas Lemos

POSFÁCIO

**A INTERFACE ENTRE AS MULHERES E A SAÚDE É MOVIMENTO:
ATUALIZANDO A AGENDA DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO
NA SAÚDE COM PRODUÇÕES FEMININAS** _____ **154**

Lisiane Bôer Possa, Cristiane Gosch, Alcindo Antônio Ferla

ÍNDICE REMISSIVO _____ **166**

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES _____ **170**

PREFÁCIO

AS MULHERES E A SAÚDE: UMA PRIORIDADE PARA O ANO INTERNACIONAL DOS TRABALHADORES DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA

Socorro Gross Galiano,
Representante da OPAS/OMS no Brasil.

Com muita alegria apresento o livro “**Mulheres e saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde**”, que compõe a campanha do Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde. Alegria essa pessoal e institucional, pela história na saúde pública e pela representação da OPAS/OMS. Em um dos primeiros eventos que estive no Brasil na condição de Representante da OPAS/OMS, dizia que, no caminhar pela saúde pública, compartilhamos uma paixão: a de crer que podemos mudar o mundo. O trabalho em saúde muda o mundo, porque a saúde é um direito e um direito não se constrói com um discurso e, a saúde expressa as condições de desenvolvimento social e econômico dos países e do mundo. Saúde se constrói unindo forças, compaixão, determinação e sacrifícios. Sozinhos somos bons, mas juntos somos poderosos. Nas últimas décadas, no mundo inteiro, a saúde se expandiu e teve avanços significativos, sobretudo nos países com sistemas universais e gratuitos, como o Sistema Único de Saúde (SUS). Dizemos, corriqueiramente, que não se pode deixar ninguém para trás, porque a saúde é um direito e esse direito se constrói coletivamente, unindo e compartilhando esforços. Também alegrias, como é o caso do livro que está sendo ofertado à leitura, que materializa um esforço profícuo da OPAS e de várias parceiras e parceiros para tornar visível a importância do trabalho na saúde e elencar iniciativas que precisam compor a agenda de proteção, nesse caso, às trabalhadoras. As mulheres têm uma inserção muito singular na saúde, seja como usuárias dos serviços para si e para seus familiares e pessoas próximas, seja como cuidadoras informais, seja, ainda e crescentemente, como trabalhadoras formais, submetidas a questões que são transversais às culturas e que precisam ser explicitadas e superadas. A relação das mulheres e a saúde é um tema prioritário da campanha do Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência e a felicidade institucional é que conseguimos finalizar com êxito essa iniciativa.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considerou 2021 como o “Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência” e, como homenagem e reconhecimento, lançou a campanha “**Proteja, Invista, Juntos**”. Em 2020, os aplausos foram a expressão mundial do agradecimento a eles no enfrentamento à pandemia de

COVID-19. A campanha pretende reforçar esse reconhecimento com a mobilização para ampliar investimentos nesses trabalhadores para a superação da crise sanitária e alcançar novos padrões institucionais para suprir as necessidades da força de trabalho nos próximos anos.

Na reunião de abril da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Saúde (CNS) se uniram à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e OMS para lançar a campanha mundial “Proteger. Investir. Juntos”. Na ocasião, gestores das três esferas do Sistema Único de Saúde (SUS) assinaram uma carta de compromisso reconhecendo a necessidade de ampliar os investimentos e de melhorar as condições de trabalho do sistema de saúde.

Os trabalhadores da saúde (WHO, 2000) são o componente mais relevante para a expansão e a eficácia dos sistemas de saúde e temos o reconhecimento de que sistemas universais são mais adequados à qualificação da saúde e da vida das pessoas e das coletividades, conforme registra a Estratégia Global de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (RHUS) (GHWA, 2015). Tal constatação foi muito fortalecida com o enfrentamento à pandemia de COVID-19, no mundo todo. Os sistemas de saúde, incluindo os componentes de ciência e tecnologia, foram fundamentais para a preservação de vidas e os resultados foram visíveis em termos de adoecimentos, mortes e capacidade de atendimento dos serviços de saúde nos países onde puderam atuar com suficiência e suporte financeiro e político necessários; mas a pandemia mostrou também que a proteção dos trabalhadores de saúde com empregos, salários, formação e distribuição adequados não podem ser apenas uma decisão de gestores e empregadores, necessitando envolver toda a sociedade. Então, o chamado da campanha é para que juntos - governos, organismos de cooperação, movimentos sociais e a sociedade civil - tenhamos capacidade de superar a pandemia com um patamar superior de proteção aos trabalhadores e trabalhadoras de saúde.

A campanha tem como um dos seus objetivos, reconhecer a inserção feminina na composição da força de trabalho. A OMS/OPAS desenvolve há algumas décadas iniciativas para tornar visível a relação muito singular das mulheres com a saúde. Seja pelo fato de culturalmente serem responsáveis pelo cuidado, seja por objetivamente ocuparem-se dos cuidados com familiares e pessoas próximas, seja pela crescente participação no trabalho em saúde, seja, enfim, pelas condições menos favoráveis de emprego e vínculo, assim, tanto na saúde - quanto nas demais áreas, tornar visível e propor medidas próprias para a proteção psicossocial e no trabalho das mulheres é fundamental. As mulheres também são a parcela da população mais sensível às crises econômicas e políticas, posto que a diminuir sua renda, diminui sua condição de prover condições de vida aos filhos e pessoas sob sua responsabilidade.

Os capítulos do livro abordam as diferentes inserções das mulheres – também diferentes entre si – na saúde com densidade, rigor ético e suavidade. Seja no texto de revisão das diferentes formas de inserção das mulheres nas problemáticas da saúde, seja nas homenagens às mulheres que tiveram muita relevância na composição das

temáticas que compõem a Agenda Brasil para o Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência, a combinação de suavidade e radicalidade é perceptível e, certamente, emocionará as pessoas na medida em que a leitura avança. Há um trabalho de grande densidade na elaboração do livro e agradeço à Mônica Padilla, à Cristiane Gosch, à Lisiane Possa e ao Alcindo Ferla a cuidadosa produção do livro.

Os textos-homenagem foram cuidadosamente preparados, com buscas na literatura, em documentos, nos registros afetivos e nas relações que as homenageadas construíram ao longo do seu percurso profissional. A cuidadosa produção técnica e, mesmo, a artesanaria na produção de cada capítulo, mostra que o trabalho em saúde é, ao mesmo tempo, técnica e afeto, razão e emoção, atuação profissional e militância ética pela vida e pela produção de saúde. Se é verdade que as totalizações sempre nos escondem o cotidiano, na vida das mulheres que este livro homenageia, o trabalho tem essa abrangência e essa intensidade. Por esse motivo, há uma dupla ênfase nesses percursos: os fazeres do trabalho são permeados pelo cuidado e gestão, mas também pela formação-aprendizagem, pela militância e defesa das vidas. Não há dúvida que essas trajetórias também dizem de um feminino que é múltiplo: são várias as inserções no mundo do trabalho que essas mulheres desenvolveram ao longo do seu percurso profissional, seja no sistema de saúde ou no sistema de ensino, seja na vida pessoal e na militância política. Portanto, é inevitável aqui constatar que as mulheres na saúde são sempre uma multiplicidade.

No conjunto de mulheres abordadas neste livro, chama a atenção um amálgama, por assim dizer, entre a condição feminina, a produção de saúde, a formação profissional e o vínculo com direitos humanos e movimentos em defesa da liberdade e da plena expressão da vida. Todas as mulheres homenageadas fazem articulações de grande intensidade entre a educação, a saúde e a produção da vida, não necessariamente no sentido biológico da maternidade. O resultado é que a produção de vida, traduzida na fecundidade de ideias e iniciativas que seu legado produziu e produz até hoje, tem transcendência e atualidade. Como que se as ideias e pensamentos fossem, eles mesmos, filhos que seguiram trajetórias autônomas e produzem efeitos até os dias atuais. Nas trajetórias dessas mulheres, muitas vezes os filhos não biológicos foram alunos sob orientação, crianças apoiadas no nascimento, conceitos e teorias que seguem produzindo o desenvolvimento científico, tecnológico e social.

Dessa forma, manifesto minha profunda alegria pela diversidade de mulheres, em termos de formação e atuação profissional, de inserção no mundo do trabalho da saúde, de pertencimento a diferentes movimentos sociais, de configurações de gênero e raça, de capacidades alquímicas ampliadas. A trajetória de cada uma delas, nessa multiplicidade de formas de ser mulher na sociedade contemporânea, chama a atenção para uma condição bem relevante que singulariza o trabalho em saúde dos demais trabalhos, não somente pela configuração técnica e finalidade, mas também pela condição própria de fortalecer a vida e a felicidade das pessoas. Sem qualquer dúvida, o trabalho em saúde tem a capacidade de transformar a vida e as condições a partir das quais ela se organiza, na dimensão pessoal e coletiva. Não parece possível desconsiderar que a articulação entre o trabalho e a formação na saúde é permanente, cotidiana e fundamental para fortalecer a atuação setorial. Portanto, deve ser constitutiva das políticas de gestão do trabalho na saúde e das iniciativas de proteção física, psicossocial e dos vínculos e condições para que esse trabalho se realize.

Impressiona também a atualidade das questões formuladas e nas quais as mulheres homenageadas no livro atuaram, como trabalho e como militância, ao longo de suas vidas. Com frequência, as autoras e autores buscaram – e compreendo que tiveram que buscar – novas fontes de registro das trajetórias, acionando amigos e colegas, muitas vezes encontrando as próprias memórias do convívio com elas. Vivemos tempos de pandemia, que sobrecarrega o trabalho na saúde e em outras áreas que dão suporte à vida e à produção de conhecimentos e tecnologias para que a humanidade ultrapasse essa etapa. Há semelhanças e diferenças com o tempo que essas mulheres atuaram no contexto do trabalho e da educação na saúde, mas suas ideias seguem produzindo efeitos. Compreendo que a atualização das contribuições e do legado das mulheres das quais este livro se ocupa tenha sido buscada também no que é contemporâneo nas trajetórias, que é a memória viva e afetiva de colegas e pessoas amigas. Assim é com o trabalho em saúde e essa é uma das bases da campanha do Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência: é preciso proteger e valorizar o trabalho e seus agentes e essa é uma responsabilidade que as sociedades precisam compartilhar.

Desejo a todas e todos uma ótima leitura e que sirva de inspiração para fortalecermos a campanha do Ano Internacional. Juntas e juntos somos mais fortes! E não podemos deixar nenhuma pessoa para trás!

Brasília, outubro de 2021.

Referências:

WHO. World Health Organization. **World health report 2000**. Health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000

GHWA. Global Health Workforce Alliance. **Global Health Workforce Alliance Annual Report 2014**. Geneva/Switzerland: World Health Organization, 2015. Disponível em: https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ghwa_annual_report2014.pdf?ua=1. Acesso em: 3 out. 2021.

DIFERENTES FACES DA INSERÇÃO FEMININA NO TRABALHO E NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Nísia Trindade Lima
Cristiani Vieira Machado

As mulheres representam cerca de metade da população mundial e historicamente têm sido protagonistas de transformações importantes nas sociedades, por meio de crescente participação no mundo do trabalho e nas várias esferas da vida social. Nos setores da saúde e da educação, são a maioria da força de trabalho, e têm contribuído de forma decisiva em diferentes planos, do pensamento crítico e do desenvolvimento científico e tecnológico à atuação direta nos serviços assistenciais e nas ações educacionais.

Em que pesem as mudanças nas relações de gênero nas últimas décadas, em todo o mundo milhões de mulheres ainda sofrem cotidianamente os mais variados tipos de violências e constrangimentos ao exercício de direitos fundamentais. A Organização das Nações Unidas (ONU) aponta que as desigualdades entre homens e mulheres ainda são marcantes no cenário global, entre nações e dentro de nações, se expressando em diversas dimensões. No que concerne à educação, dois terços das pessoas analfabetas no mundo são mulheres. Nas últimas décadas, as disparidades entre meninas e meninos se reduziram no acesso ao ensino fundamental, mas são muito expressivas no ensino médio e superior (UN WOMEN, 2021).

No mercado de trabalho, as mulheres ganham em média cerca de 16% menos no que os homens, sendo as iniquidades observadas mesmo para funções semelhantes. Além disso, as mulheres gastam em média três vezes mais horas diárias em trabalho não remunerado e doméstico dos que os homens e, em várias sociedades, são as principais responsáveis pelos cuidados com as crianças, idosos e pessoas com outras condições de dependência.

As desigualdades na educação, a sobrecarga de trabalho doméstico e cuidados familiares, associadas ao machismo, à discriminação e a formas variadas de violência de gênero, têm implicações para as trajetórias profissionais das mulheres em diversos campos e explicam em parte a sua sub-representação

em espaços de poder e de prestígio, seja na política, na ciência, em postos de comando na gestão pública ou empresarial, e mesmo nas artes e nos esportes.

Como exemplo, a proporção de mulheres que ocupam assentos nos Paramentos no mundo aumentou nos últimos 25 anos, mas ainda era de 24,9% em 2020 (IPU, 2020). Apenas 33% dos cientistas do mundo são mulheres, sendo o desequilíbrio maior nas áreas de ciência, tecnologia, engenharia e matemáticas (“STEM”). A proporção de mulheres entre os vencedores de prêmios de grande prestígio, como o Nobel, ainda é muito pequena, principalmente em áreas destacadas como Medicina, Física e Química (UN WOMEN, 2021).

Na América Latina, as desigualdades estruturais de gênero estão profundamente imbricadas a outras dimensões das desigualdades - territoriais, de classe, de renda, étnico-raciais – e têm sido exacerbadas no contexto da pandemia de COVID-19. O aumento da pobreza e do desemprego tem atingido de forma mais acentuada as mulheres, que se concentram em postos de trabalho informais e em pequenas empresas, consideravelmente atingidas pela crise.

No que diz respeito à divisão sexual do trabalho, as mulheres estão mais presentes em posições com maior risco de infecção e são maioria na linha de frente da resposta à pandemia. Acrescente-se o aumento da sobrecarga com tarefas domésticas e cuidados familiares e, diante de um padrão cultural ainda patriarcal e machista, a maior exposição à violência doméstica em situações de isolamento e stress. Por fim, a sub-representação de mulheres em espaços de poder reduz as suas oportunidades de participação nos processos decisórios relativos ao próprio enfrentamento da crise relacionada à COVID-19 (CEPAL, 2021).

A pandemia tem afetado muito os setores em que as mulheres predominam na força de trabalho, como o turismo, o comércio varejista, a manufatura exportadora, o emprego doméstico, a saúde e a educação. Enquanto nos quatro primeiros o maior risco se refere à redução de postos de trabalho e ao desemprego, na saúde e na educação o impacto é de outra ordem. A sobrecarga dos sistemas de saúde latino-americanos, já marcados pelo subfinanciamento e insuficiência de profissionais, afetou muito as mulheres (que representam 73,2% dos trabalhadores do setor) por sua inserção em postos de alto risco de exposição e pelo excesso de trabalho (CEPAL, 2021). Pesquisa realizada no Brasil pelo Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz sobre as condições laborais durante a pandemia, em que as mulheres foram a maioria das respondentes (77,6%), mostrou que a maior parte das profissionais relatou excesso de trabalho e exaustão, sendo que parcela importante revelou insegurança nas atividades de enfrentamento da COVID-19, por inadequação de equipamentos de proteção ou outras condições precárias dos serviços de saúde (CEE-Fiocruz, 2021).

Na educação, área em que as mulheres também constituem a maioria da força de trabalho, o fechamento das escolas gerou sobrecarga sobre as professoras, que precisaram se adaptar ao ensino remoto, muitas vezes em condições inadequadas. Além disso, diante da situação de alta vulnerabilidade social da maior parte da população da região, muitas escolas públicas precisaram se engajar em medidas de educação em saúde relacionadas à COVID-19 junto às famílias e em atividades de apoio como distribuição de alimentos e de material escolar, entre outras.

A superação das desigualdades estruturais que se somam à crise atual exige políticas públicas abrangentes, estratégias institucionais e ação coletiva que considerem a promoção da equidade de gênero. Um passo essencial é o reconhecimento das contribuições fundamentais das mulheres em diferentes planos, e do fato de que as opressões de gênero violam os direitos e restringem as oportunidades das meninas, com prejuízos para toda a sociedade.

Este livro editado pela Organização Pan-Americana de Saúde traz uma contribuição fundamental a esse debate. Em primeiro lugar, por explorar a crescente presença das mulheres no trabalho em saúde no Brasil e nas Américas, bem como suas implicações e desafios. Em segundo lugar, por apresentar um conjunto de capítulos escritos por especialistas que procuram sistematizar as contribuições teóricas e práticas de diversas mulheres - como Cecília Donnangelo, Maria Cecília Puntel de Almeida, Izabel dos Santos, Roseni Sena, Nise da Silveira, Ivone Lara, Maria Cristina Carvalho e Fernanda Benvenutty – à agenda brasileira e latino-americana do trabalho e da educação em saúde.

Ao dar maior visibilidade às diversas facetas de atuação dessas mulheres – por meio do pensamento inovador, da produção de conhecimento e da sua influência sobre as políticas públicas - a obra tem relevância para a história do pensamento social em saúde na região, bem como traz inspiração, reflexões e lições importantes para avançarmos na promoção da equidade de gênero e no enfrentamento dos imensos desafios nos campos do trabalho, da educação e da saúde na América Latina.

Referências

CENTRO DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS – CEE/Fiocruz, 2021. Estudo da Fiocruz que avaliou condições de trabalho na Saúde aponta esgotamento dos profissionais. Matéria publicada em 23 mar 2021. Disponível em: <https://www.cee.fiocruz.br/?q=node/1340>. Acesso em: 3 out. 2021.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE - CEPAL, 2021. The economic autonomy of women in a sustainable recovery with equality. Special Report . 9, 10 Fev 2021. Disponível em: https://oig.cepal.org/sites/default/files/s2000739_en.pdf. Acesso em: 3 out 2021.

INTER PARLIAMENTARY UNION-IPU, 2020. Women in parliament: 1995–2020 - 25 years in review. Disponível em: <https://www.ipu.org/resources/publications/reports/2020-03/women-in-parliament-1995-2020-25-years-in-review>. Acesso em: Set 2021

UN WOMEN, 2021. Dados disponíveis em: <https://www.unwomen.org/en>. Acesso em 3 out. 2021.

A GENTE VAI CONTRA A CORRENTE...

Fernando Zasso Pigatto
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

*...Eu tenho a minha verdade
Fruto de tanta maldade que já conheci
Me deixa caminhar a minha vida
Livramento
O que desejo é pouco
Pois não duro eternamente
Nada poderá me afastar do que eu sou
Amor, é o meu ambiente...*

(Minha Verdade - Dona Ivone Lara)

*...Tem dias que a gente se sente
como quem partiu ou morreu
A gente estancou de repente
ou foi o mundo então que cresceu
a gente quer ter voz ativa
no nosso destino mandar ...*

(Roda Viva - Chico Buarque)

Recebemos com muita alegria, no Conselho Nacional de Saúde, o convite para prefaciar o tomo temático “**Mulheres e saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde**”, que compõe a Agenda Brasil da campanha do **Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência**, composto de duas seções – a primeira, com capítulo sobre a feminilização do trabalho em saúde; e a segunda, com capítulos compostos por homenagens e destacando as contribuições de mulheres que tiveram aporte relevante para a agenda brasileira do trabalho e da educação em saúde, especificamente: Maria Cecília Ferro Donnangelo, Maria Cecília Puntel de Almeida, Izabel dos Santos, Roseni Rosângela de Sena, Nise da Silveira, Ivone Lara, Maria Cristina Carvalho e Fernanda Benvenutty.

Peço licença à Dona Ivone Lara, Chico Buarque e Capiba, pois para prefaciar este livro, farei uso de suas músicas, verdadeiras poesias de luta, para contar um pouco da inserção feminina em nossa sociedade, onde nada lhes foi dado, tudo foi conquistado, e muito lhes tem sido arrancado e negado. Não há trégua para elas, a luta é substantivo feminino.

Entre as ilustres homenageadas, registramos nossa menção especial a comandante de batalhas Fernanda Benvenutty, ilustre companheira do Conselho Nacional de Saúde, nos anos de 2012 a 2015, e militante intransigente do direito à saúde das pessoas trans, travestis, mulheres transexuais e homens trans. Fernanda Benvenutty foi a primeira travesti enfermeira no serviço público de saúde no Estado da Paraíba. Durante sua militância, figurou nos cartazes¹ da campanha do Ministério da Saúde realizada em 2009, pelo direito ao uso do nome social no Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Nise da Silveira, “*para navegar contra a corrente, é preciso condições raras: espírito de aventura, coragem, perseverança e paixão*”, condições essas que não faltaram às mulheres homenageadas nesta obra.

A vida das mulheres no Brasil nunca foi fácil, elas vivem em condições de submissão impostas pelo patriarcado, práticas machistas de cerceamento do papel social da mulher, perversas, violentas e alienantes, imposta pelo capitalismo.

*A gente toma a iniciativa,
viola na rua, a cantar...*

Ao longo da história do país, as mulheres figuram em todas as lutas de resistência contra as opressões. Há 50 anos as brasileiras vivem em um contexto de lutas sem trégua. Desde a década de 1960, atuando nos movimentos sindicais e estudantis, foram as primeiras a tomarem às ruas pelo fim da ditadura e clamar por democracia. Na década de 1980 constituíram o movimento popular que ficou conhecido como movimento contra carestia, que tinha como estandarte suas panelas vazias, que faziam barulho e denunciavam a fome e a miséria. Somaram-se aos sanitaristas, e juntos lutaram pela aprovação da saúde como direito, promulgado na Constituição Cidadã de 1988 (BRASIL, 1988). Na década de 1990 pintaram a cara e derrubaram um presidente. Os anos 2000 foram anos de formulações e lutas com alguns avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à

¹ Cartaz da Campanha NOME SOCIAL - Travestis e Transexuais, um atendimento acolhedor como vocês merecem. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/nome_social_sus.pdf. Acessado em: 3 out. 2021.

violência doméstica e sexual, conforme consta na apresentação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes, de 2004, que assegura:

“As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade.” (BRASIL, 2004).

*Mas eis que chega a roda viva
e carrega a roseira pra lá...*

Em 2016 as mulheres brasileiras sofreram o que podemos considerar sua principal derrota destes 50 anos. Um golpe machista capitaneado pelo capital, destituiu a presidenta eleita democraticamente Dilma Rousseff de seu segundo mandato, destituindo também o sonho de avanços e conquistas das brasileiras. E mais uma vez as mulheres sofreram os reveses, o país mergulhou em uma crise política e social, agravada pela eleição de um presidente misógino. E a pandemia da COVID-19 relegou as mulheres às condições de desemprego, violência, fome e miséria.

O contexto de pandemia da COVID-19 tem sido comparado por diversos historiadores aos momentos históricos vividos durante as 1º e 2º guerras mundiais, uma vez que diversas características de enfrentamento do vírus se assemelham às situações de guerra, sendo que as dificuldades trazidas pela pandemia agravaram ainda mais a vida de mulheres, crianças e idosos. No entanto, dadas às similaridades, essa guerra possui alguns diferenciais: o primeiro é que o inimigo é invisível, e segundo é que os soldados convocados são, na grande maioria dos países, do gênero feminino. As mulheres são, em grande parte do globo, a maioria na força de trabalho na saúde e formam os pelotões de combate à COVID-19.

*Faz tempo que a gente cultiva
a mais linda roseira que há! ...*

Este alistamento das mulheres, imposto pela Pandemia da COVID-19, é possível porque elas ocuparam os bancos das escolas, das universidades, construíram novas referências e contribuíram com a consolidação das linhas de cuidado em saúde, a partir dos seus olhares e saberes. Na pandemia não desertaram, e têm cumprido um papel social que persiste em demonstrar que, mulher, educação, saúde e sociedade são inseparáveis e imprescindíveis, aprendizado partilhado de forma generosa por Cecílias, Roseni, Cristina e Izabel.

Não podemos deixar de saudar o pelotão das mulheres indígenas, essa força destemida feminina, originária, que está em luta para provar que desde antes de 1500 elas já habitavam terras do Oiapoque ao Chuí, para provar que o marco temporal é a maior violação já sofrida pelos povos originários. Em tempos de mentiras, essa é a maior das *fake news*, contada pelos invasores, usurpadores da terra, destruidores do sagrado e do bem comum.

*Essa ciranda não é minha só,
É de todos nós...*

No contexto do controle social em Saúde no Brasil, o tema pode também ser abordado pelos vieses do acesso, da participação e da representatividade. Para entender essa dinâmica, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) levantou em 2018, junto aos estados, informações sobre a inserção das mulheres nos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e no Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF). Os números demonstram que ainda é preciso criar mecanismos que possam fortalecer a presença das mulheres na participação social.

A paridade de gênero – participação igualitária de homens e mulheres – no corpo de conselheiros e conselheiras dos CES e do CSDF é de aproximadamente 45%. O número é abaixo do esperado – se levarmos em consideração que a população feminina brasileira representa 51% da total –, porém muito representativa se comparada a outros índices. Como exemplos, o número de mulheres no comando de prefeituras que é inferior a 11,8%, e a proporção de mulheres nas magistraturas estaduais que é de 38,8 % do total de magistrados. Estes dados comparativos são do Supremo Tribunal Eleitoral e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), respectivamente.

*Essa ciranda não é minha só,
É de todos nós...*

*A melodia principal quem tira,
É a primeira voz*

E esta voz tem sido feminina, margarida, sem-terra, indígena, quilombola, ribeirinha, extrativista, marisqueira, sem teto, profissional de saúde, educadora, travesti, transexual, estudante, operária, cientista, artista, elas garantem a proteção das florestas, das águas, da terra, do meio ambiente, do trabalho, do alimento, das crianças, dos idosos, da vida e da humanidade.

Por isso saudamos efusivamente, com poesia e música, mas também com nosso profundo reconhecimento, o fato de que o primeiro tomo da série Livro Azul do Ano Internacional tenha sido dedicado às mulheres, à diversidade delas, e sua contribuição ao trabalho e à educação na saúde. Uma homenagem justa às mulheres,

mas também uma convocação oportuna à sociedade. A saúde também é, como na transcrição do samba de Ivone Lara na inicial do texto, o caminhar livremente pela vida. Entretanto, o clamor pelo “me deixa caminhar livremente” é, na conjugação atual, também uma bandeira de lutas.

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 3 out 2021.

CAPIBA, L. F. B. **Minha Ciranda**, Disco CAPIBA Orquestra de Cordas Dedilhadas de Pernambuco, Gravadora: Funarte/Instituto Itaú Cultural, São Paulo, 1984. Acesso em: 27 set. 2021.

COSTA, Y. L. CARVALHO, D. **Minha Verdade**, Disco Samba minha verdade, samba minha raiz, Gravadora: EMI-Odeon, Rio de Janeiro, 1974. Acesso em: 27 set. 2021.

HOLLANDA, C. B. **Roda Viva** (Comédia Musical em dois atos). Rio de Janeiro: Sabiá, 1968. Acesso em: 27 set. 2021.

A SAÚDE E AS MULHERES: DIFERENTES INTERFACES PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO

Alcindo Antônio Ferla
Cristiane Gosch
Lisiane Bôer Possa
Mônica Padilla

Introdução

A pandemia de COVID-19 produziu mudanças relevantes na vida cotidiana ao redor do mundo e, dentre essas mudanças, a visibilidade do trabalho em saúde e da ação das mulheres no enfrentamento à pandemia, nos serviços e sistemas de saúde e também, no cotidiano da vida das famílias e grupos. Desde que foi comemorado pela primeira vez, retomando a greve nas fábricas de Chicago (EUA) do dia 1º de maio de 1886, o foco das comemorações do Dia Internacional do Trabalhador é o trabalho que produz bens de consumo. Nos anos de 2020 e 2021, de forma inédita e no mundo todo, os aplausos foram para o trabalho em saúde e sua relevância no enfrentamento à pandemia. De forma similar, o Dia Internacional das Mulheres, que vem gerando manifestações desde a jornada pela igualdade de direitos civis e em favor do voto feminino, em 1909 em Nova York. Nos anos do enfrentamento à pandemia a visibilidade foi em relação à saúde das mulheres, sobretudo no trabalho formal e informal. Inicialmente, a data era itinerante, contudo o dia 08 de março foi instituído formalmente pelas Nações Unidas desde 1975.

No dia 08 de março de 2021, a diretora da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Carissa F. Etienne, durante conferência virtual (OPAS, 2021a) comemorativa à data, afirmou que “As mulheres constituem a maioria dos profissionais de saúde”. Mais do que isso, a diretora afirmou que

Elas chefiam famílias e são as principais provedoras de muitas dessas famílias - grande parte disso representa trabalho não remunerado e na força de trabalho informal. Na verdade, as mulheres estão no centro da resposta, mas continuam desproporcionalmente sub-representadas na liderança nacional e global da saúde, seja nas instituições de saúde ou em outros órgãos de formulação de políticas.

A participação das mulheres no trabalho em saúde é uma das ênfases da campanha da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano de 2021, declarado o “Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência”. Como homenagem e reconhecimento à relevância dos trabalhadores e trabalhadoras de saúde, a OMS lançou a campanha “Proteja, Invista, Juntos”. O *slogan* da campanha lembra que 70% da força de trabalho em saúde e assistência é formada por mulheres e que é necessário investir na igualdade de gênero nas iniciativas de desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde.

Entre as iniciativas da campanha no Brasil, foi proposto o **Livro Azul**, como proposta conceitual para articular as estratégias de disseminação de conhecimentos, iniciativas e informações relativas à contribuição da Agenda Brasil para o Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência e para compartilhar diferentes abordagens ao tema. Na sua primeira iniciativa está o livro que organizamos e oferecemos à leitura.

Para essa edição do **Livro Azul**, produzida com a liderança da OPAS Brasil e, em particular, da Unidade Técnica de Capacidades Humanas para a Saúde, mobilizamos a produção de alguns textos de referência, que permitem compreender e tornar visível as diferentes faces da interface das mulheres na saúde, sobretudo em tempos de pandemia. Mobilizamos pesquisadoras e pesquisadores em grupos interinstitucionais em diferentes lugares do país para, com base na produção de pesquisas, elencar questões que permitam contribuir com a agenda de reflexões e iniciativas do Ano Internacional e, em especial, das interfaces das mulheres com a saúde. O resultado superou enormemente a expectativa inicial e o compartilhamos com todas as pessoas que acessarem a produção.

Nesse capítulo introdutório, apresentaremos algumas questões relevantes sobre o Ano Internacional e sobre o conceito do Livro Azul, assim como a coleção de textos de referência que compõe o livro.

O Ano Internacional como homenagem e como reconhecimento: avanços são necessários

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou 2021 como o “Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência” em homenagem e em reconhecimento à relevância destes para o enfrentamento à pandemia e para o cotidiano dos sistemas de saúde. Para isso, lançou a campanha “**Proteja, Invista, Juntos**” (OMS, 2021). Os objetivos da campanha são: reconhecer e homenagear todos os trabalhadores da saúde e da assistência que perderam a vida durante a pandemia; assegurar prioridade aos trabalhadores nas medidas de proteção no enfrentamento à pandemia; mobilizar governos e instituições a proteger e investir nesses trabalhadores para acelerar a realização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e recuperar as condições para viabilizá-los após a pandemia; promover diálogos com os governos e instituições para estabelecer um pacto de proteção dos direitos de trabalho decente e de condições adequadas para realizá-lo; mobilizar comunidades e pessoas influentes para reunir apoio político e social para a solidariedade, a defesa e o cuidado dos trabalhadores da saúde e da assistência durante a pandemia e nos anos subsequentes (OMS, 2021).

A Região das Américas aderiu à campanha, destacando a necessidade urgente de melhorar o investimento e a proteção dos trabalhadores como uma forma de valorizar seu papel (OPAS, 2021b). Compreende que o acesso à “saúde universal” requer investimento e proteção durante emergências de saúde e também, após superadas, uma vez que este investimento gera saúde, empregos e oportunidades, econômicas e sociais. Esse impacto mostra que o compromisso deve ser de todos para garantir condições de trabalho seguras e dignas para proteger sua saúde, inclusive a saúde mental.

O desafio da campanha é de mobilizar esforços e iniciativas para aproveitar os aprendizados acumulados até aqui, inclusive com o enfrentamento à pandemia de COVID-19, para gerar medidas que alcancem um quadro institucional distinto daquele existente antes da pandemia. Além de superar o caráter provisório das medidas de enfrentamento à pandemia, devem gerar ainda um salto de qualidade nas respostas em termos de gestão do trabalho e da educação na saúde.

- 1) Reconhecer que o trabalho em saúde é fator de desenvolvimento sanitário, econômico e social pela magnitude de sua inserção no trabalho e pela natureza de sua ação sobre a saúde e a vida das pessoas e coletividades, principalmente em contextos de grandes desigualdades;
- 2) Valorizar adequadamente o trabalho na saúde, considerando que a pandemia tornou visível que o trabalho em saúde e seus agentes são fatores essenciais para a manutenção dos sistemas e serviços de saúde, inclusive em tempos de crise;
- 3) Investir no trabalho e nos trabalhadores para responder aos aprendizados com a pandemia, que demonstraram a necessidade urgente de buscar ativamente iniciativas estruturais para valorizar, proteger e suprir a força de trabalho para superar a crise e, de forma continuada, suprir as necessidades de saúde das populações;
- 4) Envolver governos, instituições e a sociedade como um todo, afim de gerar medidas que permitam superar as condições anteriores à pandemia e construir um quadro institucional com iniciativas de inovação, para prover formação e desenvolvimento de capacidades laborais pertinentes e suficientes para o trabalho, garantir empregos, condições adequadas de exercício profissional e de proteção aos trabalhadores e estratégias de desenvolvimento permanente para impulsionar novos padrões de efetividade nas ações dos serviços e sistemas de saúde, gerando melhores níveis de saúde às populações e efeitos no desenvolvimento social e econômico dos países e regiões.

O Brasil se soma às atividades do Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e da Assistência, associando-se ao movimento para valorizar, proteger e investir nos agentes do trabalho durante a pandemia e buscando saltos de qualidade nas condições de trabalho, dignas e seguras, para a proteção à saúde física e psicossocial, assim como para expandir investimentos na educação e no emprego desses trabalhadores, o que exige um esforço conjunto de toda a sociedade. A Agenda Brasil para a campanha envolve os gestores da saúde nas três esferas do Sistema Único de Saúde, os conselhos de saúde, entidades profissionais, instituições

de ensino e pesquisa, assim como pessoas e organizações da sociedade com interesse nessa temática. Para a campanha, trabalhadores da saúde e assistência são aqueles que atuam diretamente nos sistemas e serviços de saúde, os trabalhadores informais de atuação comunitária (cuidadores domiciliares, parteiras tradicionais, entre outros) ou aqueles que incidem diretamente sobre os determinantes e condicionantes da saúde, que realizam trabalhos essenciais para a saúde e preservação da vida no período de enfrentamento à pandemia. A conjugação das ações apontadas no *slogan* da campanha chama a atenção para as diferentes responsabilidades em relação ao trabalho essencial que se desenvolve nessas áreas e sua relevância para alcançar a saúde universal.

O acesso universal à saúde e a cobertura universal da saúde implicam que todos os indivíduos e comunidades tenham acesso, sem discriminação, a serviços de saúde adequados, oportunos, de qualidade e abrangentes, assegurados em nível nacional, de acordo com a necessidade. Ainda de acordo com a definição da OMS, incluem acesso a medicamentos de qualidade, seguros, eficazes e a preços acessíveis, garantindo, ao mesmo tempo, que o uso desses serviços não exponha os usuários a dificuldades financeiras, particularmente grupos vulneráveis. A saúde universal requer a definição e implementação de políticas e ações com uma abordagem multissetorial para abordar os determinantes sociais da saúde e fomentar o compromisso de toda a sociedade com a promoção da saúde e do bem-estar.

No contexto da campanha, propusemos o *Livro Azul* como um conceito e como uma proposta articuladora de *livro em rede colaborativa*, que procura dar destaque à dupla relevância da experiência brasileira: o contexto particular de inserção da temática do trabalho e da educação na agenda das políticas públicas, cujas tensões constitutivas produzem a renovação constante dos arranjos institucionais e o conteúdo das políticas; e a diversidade de ideias e atores, que explicita questões importantes também para compreender esse campo das políticas. Nesse cenário, há um conjunto forte de influências de ideias e iniciativas internacionais, que precisam ser reconhecidas e analisadas, expandindo a complexidade e o hibridismo das propostas que circulam no cenário brasileiro. Assim, o *Livro Azul* como conceito procura dar expressão à diversidade de ideias e perspectivas, contribui para o próprio desenvolvimento do campo no Brasil, e, ao mesmo tempo, registra esses movimentos e as diferentes perspectivas, para compartilhar e adensar a compreensão e o desenvolvimento do campo de análises e políticas do tema dos recursos humanos em saúde em outros contextos.

Desta maneira, a produção intelectual que se disseminará por meio dos diferentes tomos temáticos do *Livro Azul* deverá fazer uma *atualização* da história desse campo no Brasil, incluindo as principais vertentes da contribuição internacional, o inventário da diversidade de ideias e atores no campo e a prospecção de cenários, em diálogo com o objetivo da campanha do Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência, que é justamente a “*mobilização de recursos e ampliação de investimentos para a superação da crise sanitária, na busca de novos padrões institucionais visando suprir as necessidades da força de trabalho em saúde nos próximos anos*” (Carta de Compromisso, 2021).

A ênfase no trabalho e na educação na saúde, sobretudo a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores, é estratégica no contexto da pandemia de COVID-19 e na superação das condições estruturais que a antecedem (OMS, 2021). Socorro Gross, Representante da OPAS/OMS no Brasil descreveu com precisão essa condição, no lançamento da campanha, ao referir a especificidade dos trabalhadores e trabalhadoras de saúde nos sistemas de saúde dos diferentes países e do SUS brasileiro:

Quando falamos do SUS, pensamos em normas, financiamento, protocolos, mas na realidade estamos falando de algo mais especial, que é o nosso talento humano. O talento humano nesta pandemia é o único que não podemos expandir rapidamente, só podemos desenvolvê-lo por meio de um processo planejado e valorizado de recursos humanos, que precisa ter investimento”. (OPAS, 2021c)”.

O lançamento da campanha do Ano Internacional aconteceu na reunião mensal da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em Brasília, no dia 30 de abril de 2021, com o simbolismo da articulação interfederativa do SUS. Não menos forte em termos de simbolismo, a campanha também foi lançada na reunião do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do dia 07 de maio de 2021, nas atividades do mês da saúde e do trabalho, juntamente com a campanha Proteger o Trabalhador e a Trabalhadora é Proteger o Brasil – edição 2021 (CNS, 2021). O objetivo da campanha do CNS é disseminar informações válidas, compartilhar experiências, dar visibilidade ao trabalho e amplitude à voz dos trabalhadores e das trabalhadoras que estão no enfrentamento à pandemia, articulando-se à campanha do Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência justamente na questão de valorização e proteção das trabalhadoras e trabalhadores.

Nesse contexto institucional, temático e político, o conceito do *Livro Azul* foi formulado com os seguintes objetivos:

- Sistematizar contribuições da Agenda Brasileira às políticas do trabalho e da educação na saúde para as comemorações do Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência, com destaque para o enfrentamento à pandemia de COVID-19 e a prospecção de cenários a partir do contexto atual:
 - Sistematizar e compartilhar contribuições recentes das políticas do SUS, considerando o enfrentamento à pandemia de COVID-19;
 - Recuperar e compartilhar a contribuição de mulheres à agenda da educação e do trabalho na saúde;
 - Sistematizar e compartilhar análises sobre programas específicos de relevância no provimento, fixação e formação profissional no SUS;
 - Apresentar as principais iniciativas brasileiras no campo da pesquisa e produção de conhecimentos com a temática do trabalho e da educação na saúde;
 - Sistematizar experiências internacionais de relevância para a formação da agenda de gestão do trabalho e da educação na saúde no SUS.

- Disseminar as produções da Agenda Brasileira em comemoração ao Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência, compartilhando perspectivas para diferentes interlocutores no Brasil e em outros países.

A relevância do *Livro Azul* como conceito e como estratégia de cooperação para a campanha do Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência fica visível nos objetivos listados por um triplo movimento:

- 5) Como *atualização* da história: considerando o contexto de complexidade que está descrito brevemente acima, o fomento à recuperação da história não tem a função clássica da historiografia, que é o registro da história formal. A função aqui é de dispositivo para reencontrar o percurso das políticas e iniciativas que foram desenvolvidas, ampliando o olhar com novos interlocutores, novos fatos e novas ênfases, como é o caso da contribuição de mulheres com forte referência na produção do campo e, muitas vezes, sem o devido reconhecimento. Não se trata aqui de um relato histórico exaustivo, mas de destacar o que, em registros anteriores, teve pouca expressão, seja em termos do protagonismo de atores específicos, seja de aspectos que têm grande relevância na compreensão do contexto atual e de prospecção de cenários para o desenvolvimento do campo;
- 6) Como *compreensão ampliada* do contexto: o enfrentamento à pandemia de COVID-19 colocou o trabalho em saúde em grande evidência nos diferentes países. As homenagens das sociedades ao redor do mundo aos trabalhadores e o reconhecimento da importância dos sistemas de saúde universais e do trabalho que se desenvolve no seu interior para o enfrentamento da pandemia, para a produção da saúde e para o desenvolvimento dos territórios foram efeitos relevantes do período. Entre outros fatores, esse reconhecimento se originou na ampla visibilidade que o trabalho em saúde e seus agentes adquiriram nesse período, principalmente em relação ao acesso e à abrangência das intervenções realizadas. O trabalho em saúde se associa não apenas ao manuseio de equipamentos e insumos para a assistência direta às pessoas, mas também aos afazeres da gestão e do desenvolvimento do trabalho. Nesse período de enfrentamento à pandemia, as condições em que o trabalho se realiza também estão bastante visíveis e as insuficiências no provimento e na gestão se tornam ainda mais perceptíveis. Se por um lado, é um tempo de muita pressão sobre o trabalho, por outro lado, com a visibilidade do trabalho e das condições em que se realiza, também se abrem janelas de oportunidade de analisá-lo, compreendê-lo e organizá-lo de forma mais adequada, assim como de identificar contribuições que são produzidas em diferentes contextos, inclusive aqueles pouco visíveis em condições de regularidade. Desse modo, experiências e tecnologias de organização do trabalho implementadas em diferentes locais se tornam acessíveis e podem compor estratégias ampliadas de desenvolvimento do trabalho em locais distintos daqueles em que se originaram. Concepções e análises que até então circularam em contextos mais restritos, seja territorial ou de comunidades epistêmicas, podem ampliar seu âmbito de reconhecimento e produzir efeitos oportunos também em outros. Para um exemplo bem preciso no que se refere ao desenvolvimento do trabalho em tempos de pandemia, as concepções da educação popular em saúde, sobretudo associadas à aprendizagem significativa como capacidade de transformação das condições que limitam a vida e a

saúde das pessoas, vem sendo utilizadas na superação de condições locais, principalmente na organização do trabalho na atenção básica em saúde. A Mostra Brasil Aqui Tem SUS, do CONASEMS, é muito ilustrativa dessa condição²

- 7) Como *compartilhamento de tecnologias* para o desenvolvimento do trabalho e da educação na saúde: os conhecimentos e tecnologias sistematizadas na rede de parcerias articulada para a campanha do Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência e disseminados pelos tomos do **Livro Azul** também contribuem com o compartilhamento de experiências entre diferentes grupos e territórios, no Brasil e em outros países. A dimensão estratégica das publicações e a possibilidade de sistematizar os conhecimentos da gestão do trabalho e da educação em saúde pela OPAS e parceiros específicos da rede de cooperação ampliam a circulação e o contato com o conteúdo por parte de diferentes atores, sejam de comunidades epistêmicas diversas, sejam de territórios e contextos diferentes. Assim, o compartilhamento também é uma contribuição da Agenda Brasileira aos próprios atores nacionais desse campo de saberes e práticas e uma colaboração à campanha internacional.

Esse triplo movimento de análise é necessário, e mesmo fundamental, para superarmos a condição atual, esgarçada pela pressão da pandemia que atinge os trabalhadores da saúde e demais ocupações essenciais no enfrentamento à emergência sanitária atual: a) como pessoas que vivem sob condições de contingência num território sob medidas extremas de enfrentamento à uma emergência mundial, da qual se aprendeu o manejo com a própria experiência mundial, na sua rápida evolução; b) como grupo de risco, pelo contato físico com pessoas contaminadas e doentes, muitas vezes em condições de defasagem tecnológica, seja em termos de medidas de proteção individual, seja em termos de medidas coletivas; c) como grupo exposto à pressão do trabalho nos serviços de saúde, em termos de exaustão física e mental, principalmente nos momentos de colapso dos sistemas e serviços, pelo excesso de demanda e; d) como grupo exposto à vulnerabilidade adicional pela crise civilizatória (FERLA *et al.*, 2020) que se explicitou na pandemia, onde disputas enunciativas e embates na sociedade como um todo, que negam a gravidade da doença e as medidas recomendadas pela ciência e pelos organismos internacionais para seu manejo, colocam o trabalho em saúde e seus agentes no centro de uma disputa onde, de um lado, há vidas sendo expostas e perdidas, e de outro, há negação da técnica e da ciência. Essas múltiplas inserções impactam a saúde física e psicossocial dos trabalhadores da saúde e demonstram a necessidade de apoio dos governos, dos dirigentes de serviços e da sociedade como um todo (POSSA *et al.*, 2020).

² A websérie “Brasil, aqui tem SUS” retrata experiências exitosas das secretarias municipais de saúde de todas as regiões do país, premiadas na Mostra Brasil, aqui tem SUS. Para conhecer a iniciativa acesse: <https://www.conasems.org.br/brasil-aqui-tem-sus/>

O enfrentamento à pandemia e o trabalho em saúde

A pandemia de COVID-19 (OPAS, 2021b) destacou a importância dos trabalhadores da saúde e assistência não somente para responder às emergências de saúde, mas também para dar continuidade aos serviços essenciais que garantem condições de vida à população, visto que sem eles os serviços de saúde não podem funcionar, seja no atendimento domiciliar e nos territórios, seja nos serviços mais especializados. Ficou evidenciado que sem a força de trabalho e processos de gestão adequados, não é possível dar respostas satisfatórias às emergências sanitárias e, ao mesmo tempo, garantir a continuidade dos serviços essenciais à manutenção da vida.

Essa é uma constatação universal: não existe saúde sem trabalhadores em quantidade suficiente, com formação adequada e nos lugares onde são necessários, conforme registra a Estratégia Global de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (RHUS) (GHWA, 2015). Trabalhadores que atuam na saúde têm importância decisiva para o funcionamento efetivo dos sistemas de saúde ao redor do mundo, mantendo as condições de vida e trabalho da população em geral e das economias, e a natureza do seu trabalho tem caráter essencial para o alcance das Metas da Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, especialmente o acesso universal à saúde (PADILLA, 2020). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que Recursos Humanos em Saúde incluem “qualquer pessoa que realiza tarefas cujo objetivo principal é promover a saúde”. Isto inclui pessoas de diferentes áreas de formação e profissões e ocupações que são treinadas e que trabalham nos sistemas e serviços de saúde, seja como funcionários formalmente vinculados ou como voluntários nos setores público e privado, em tempo integral ou parcial. Independentemente de ofertarem ações de atenção nos serviços de saúde, incluem aqueles que gerenciam serviços ou que, em diferentes atuações, abordem os determinantes sociais da saúde (WHO, 2000).

A relevância dos trabalhadores da saúde ficou muito evidenciada no enfrentamento à pandemia. No ano de 2020, com a pandemia, os níveis de renda e emprego na Região das Américas retroagiram a parâmetros da década de 2010 (FITZGERALD *et al.*, 2021), com efeitos relevantes no desenvolvimento econômico dos países e no aumento de demanda para os serviços de saúde, sendo a atuação dos trabalhadores do setor um fator essencial para a recuperação da saúde e preservação da vida, além da contribuição para as metas de emprego e renda das economias dos países. Sem disponibilidade e suficiência da força de trabalho, os serviços de saúde não funcionam adequadamente nas ações regulares e no enfrentamento à pandemia. O investimento nesse componente permite alcançar mais rapidamente as condições de retorno seguro do sistema produtivo, com a retomada da economia e da vida nas sociedades. As insuficiências de força de trabalho afetam as condições de saúde das sociedades e também os níveis de emprego e saúde dos próprios trabalhadores, que são um grupo vulnerável à pandemia pela natureza do seu trabalho. Por outro lado, análises prospectivas (OPAS, 2017) demonstram que as necessidades de saúde e a demanda aos serviços tendem a aumentar ao longo do tempo, acompanhando o deslocamento dos padrões desenvolvimento social e econômico das

sociedades. Esses movimentos requisitam mais trabalhadores com formação diversificada e capacidade de atuar em equipes interprofissionais nos diferentes contextos e serviços, além de novas iniciativas para intervir nos determinantes e condicionantes da situação de saúde das pessoas e coletividades. O que torna necessárias iniciativas estruturantes para a gestão da força de trabalho em saúde e demais setores que se associam na produção da saúde, destacando a relevância dos trabalhos que produzem a saúde.

Disponibilidade da força de trabalho se refere ao número suficiente de trabalhadores da saúde, com competências e habilidades adequadas para atender às necessidades de saúde da população em um determinado território, permitindo acesso equitativo da população aos trabalhadores da saúde, levando em conta distâncias, tempos e formas de deslocamento (WHO, 2000). Leva em conta ainda a presença de trabalhadores nos horários de abertura dos serviços, se a infraestrutura é adaptada para pessoas com deficiências, os custos diretos e indiretos, assim como os mecanismos de encaminhamento. Igualmente relevante é a *aceitabilidade*, definida como as características e capacidades dos trabalhadores para tratar com dignidade e respeito a todas as pessoas, criando vínculos de confiança e acolhendo as demandas nos serviços como qualidade das respostas, avaliadas em relação aos padrões profissionais e percepções dos usuários (GHWA, 2015; PADILLA, 2020). A gestão do trabalho em saúde, considerando a abrangência e as especificidades descritas, é uma função governamental que requer diálogo intenso e permanente entre as políticas públicas nos campos da saúde, trabalho, educação, ciência e tecnologia (setores-chave na geração de marcos legais, regulatórios e econômicos), as necessidades da população e a gestão dos serviços de saúde em sua relação com a população. Este diálogo complexo e os acordos estabelecidos entre as instituições devem permitir respostas eficazes, em tempo hábil e equitativas às necessidades de saúde dos diferentes grupos populacionais em qualquer sistema de saúde (PADILLA, 2020), em tempos de relativa estabilidade e em tempos de crises sanitárias.

Um elemento central e muito visível da pandemia foi o impacto social e econômico gerado mundialmente. Os dados oficiais apontam que, até a primeira semana de abril de 2021, haviam sido notificados mais de 130 milhões de casos confirmados de COVID-19 no mundo, incluindo 2,842 milhões de mortes, e administradas 548 milhões de doses de vacinas. Na Região das Américas, foram aproximadamente 56,6 milhões de casos confirmados, com 1,4 milhão de mortos. No Brasil, no mesmo período, foram 12,9 milhões de casos confirmados, mais de 328 mil mortes e 16,6 mil doses aplicadas de vacinas (WHO, 2021). Além dos enormes impactos sociais e econômicos, a pandemia explicitou as fragilidades dos sistemas de saúde relacionadas a insuficiência de financiamento, déficits de organização e deficiências na proteção da força de trabalho, com vínculos de empregos precários, multiempregos e a inadequação dos limites fiscais e orçamentários para a gestão do trabalho, que precisaram ser quebrados diante da urgência de recrutamento de profissionais para atender às crescentes demandas de cuidados no adoecimento, morte e reabilitação. As estruturas regulatórias para treinamento e prática profissional também tiveram que ser flexibilizadas ao máximo, em acordos sem precedentes, a fim de responder à pandemia.

Mesmo antes da pandemia de COVID-19, muitos países enfrentavam desafios em relação à força de trabalho em saúde, incluindo uma escassez estimada em 18 milhões de profissionais globalmente, principalmente em países de renda baixa e média-baixa (OPAS, 2017; WHO, 2020a) má distribuição e desalinhamento de necessidades e habilidades. A pandemia impactou ainda mais a disponibilidade e capacidade dos profissionais de saúde para preservar a continuidade dos serviços essenciais. De acordo com uma pesquisa realizada pela OMS em agosto de 2020, quase todos os 105 países que responderam relataram interrupções substanciais de serviços essenciais de saúde (WHO, 2020b) sendo 49% dos países devido à não disponibilidade de pessoal com formação adequada para responder ao COVID-19; 44% dos países devido à insuficiência de equipamentos de proteção individual para seus trabalhadores de saúde e funções essenciais e; 29% dos países devido ao nível insuficiente de pessoal para fornecer serviços.

A gestão da força de trabalho nos sistemas de saúde requer iniciativas que vão além dos próprios países. A migração internacional de profissionais de saúde está aumentando em escala e complexidade. Dados de mais de 80 Estados Membros da OMS (WHO, 2020c) indicam que em todos os países mais de um quarto dos médicos e mais de um terço dos dentistas e farmacêuticos são formados no estrangeiro e / ou nascidos no estrangeiro. O Relatório sobre a Situação Mundial da Enfermagem de 2020 também identifica que cerca de uma em cada oito enfermeiras em todo o mundo está trabalhando em um país diferente de onde nasceu. A regulamentação da formação e do exercício profissional entre os países é relevante para pensar soluções globais para problemas igualmente globais.

Por outro lado, investir em profissionais de saúde apresenta uma boa relação custo-benefício. O relatório da Comissão de Alto Nível das Nações Unidas sobre Emprego em Saúde e Crescimento Econômico concluiu que os investimentos em educação e criação de empregos nos setores de saúde e social resultam em um triplo retorno em relação aos resultados de saúde, segurança de saúde global e crescimento econômico inclusivo. Apesar da força de trabalho em saúde ser uma despesa importante dos governos, apenas 7% de toda a assistência ao desenvolvimento para a saúde foi para apoiar a força de trabalho em saúde entre 1990-2016 (WHO, 2017). A maior parte dos recursos foi para intervenções baseadas em projetos de curto prazo, em detrimento de investimentos em desafios de longa data da força de trabalho em saúde. Alcançar a meta de saúde para todos dependerá da existência de um número suficiente de profissionais de saúde, qualificados, regulamentados e apoiados, com remuneração e reconhecimento proporcionais aos serviços e à qualidade dos cuidados que prestam. Os investimentos nos trabalhadores da saúde e assistência propostos na campanha são entendidos como a aplicação de recursos adicionais para aumentar o número de trabalhadores da saúde e qualificar suas condições de trabalho, com a finalidade de melhorar a saúde da população e contribuir para o desenvolvimento econômico e social dos países (WHO, 2016; YAMEY *et al.*, 2016; FONSECA *et al.*, 2016). Os investimentos também dizem respeito às medidas para qualificar a formação dos trabalhadores, com o desenvolvimento de capacidades necessárias aos contextos em que atuam. A exemplo, a educação interprofissional, cuja necessidade é tornada muito visível no enfrentamento à pandemia, refere-se aos processos de formação em que a especialização

do conhecimento e a fragmentação técnica e profissional do trabalho são mediados por ações de interação entre profissões e por conhecimentos que superem o limite das disciplinas que compartilham o conhecimento e o pensamento. Ocorre quando membros de duas ou mais profissões aprendem uns sobre os outros e entre si. A estratégia da Educação Interprofissional (EIP) da OPS objetiva preparar estudantes e profissionais de saúde para trabalhar em equipes interprofissionais, otimizando suas habilidades e conhecimentos para uma prática colaborativa eficaz e expandindo a capacidade de interagir positivamente sobre o contexto em que atuam. Também é uma solução promissora para mitigar o déficit de profissionais de saúde e um passo necessário para que eles possam atender às necessidades de saúde dos indivíduos e das comunidades (OPAS, 2018).

Os efeitos da pandemia sobre a força de trabalho em saúde são relevantes para pensar a suficiência e disponibilidade nos sistemas de saúde e estratégias de proteção do trabalho e os investimentos necessários. Uma pesquisa de revisão com estudos envolvendo profissionais de saúde em diferentes países encontrou uma prevalência de 23% de depressão e ansiedade e 39% de prevalência de insônia durante o enfrentamento à pandemia de COVID-19 (PAPPA *et al.*, 2020). As políticas desenvolvidas nos países para acesso aos insumos e serviços também estão entre as explicações para os problemas identificados em relação à força de trabalho. Uma análise independente identificou litígios industriais e greves em 84 Estados-Membros desde fevereiro de 2020 (OXFAM, 2020): 38% desses são por trabalho indecente e 29% por falta de EPI. Há um círculo vicioso que se forma entre a insuficiência e inadequação da força de trabalho e os déficits nas medidas de proteção dos trabalhadores.

O COVID-19 destacou a necessidade de todos os profissionais de saúde e assistência possuírem acesso a conhecimentos e orientações mais atualizados, necessários para responder a esses surtos e crises sanitárias, que são recorrentes (POSSA *et al.*, 2020). Também ressalta a necessidade crítica da previsão de equipamentos e medidas de proteção individual e coletiva, para que os ambientes de trabalho forneçam cuidados com segurança e reduzam taxas de infecção nos serviços. As deficiências nas medidas de proteção individual e coletiva têm efeitos diretos sobre os níveis de adoecimento, absenteísmo e mortes por causas ocupacionais, que afetam o enfrentamento das emergências sanitárias e têm efeitos crônicos sobre a organização dos serviços e sistemas de saúde. A proteção física e psicossocial dos trabalhadores diz respeito à implementação de atividades para promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida dos trabalhadores, concentrando-se em ambientes e locais de trabalho saudáveis e respeitosos, bem como na qualidade de vida no trabalho, afim de contribuir para o cuidado integral, promover fatores de proteção contra doenças não transmissíveis e implementar programas de apoio e retorno ao trabalho e para expandir o acesso à proteção de medidas contra riscos ocupacionais e de saúde (OPAS, 2017). Requer a implementação do trabalho decente, que é um conceito desenvolvido pela Organização Internacional do Trabalho para estabelecer as características que uma relação de trabalho deve ter, de acordo com as normas internacionais, para que o trabalho seja realizado em condições de liberdade, igualdade, segurança e dignidade humana (OIT, 2013).

A proteção adequada dos trabalhadores da saúde é fundamental para o enfrentamento à pandemia e as evidências disponíveis no momento não são positivas. Os casos da COVID-19 nos trabalhadores dos países das Américas são crescentes: foram 1.369.969 casos confirmados notificados, incluindo 7.389 mortes até 10 de março de 2021. No Brasil foram confirmados 457.686 casos e 480 mortes, representando 33% dos casos e 6% das mortes de trabalhadores nas Américas (OPAS, 2021d). A proteção física e psicossocial dos trabalhadores da saúde e da assistência é fundamental e precisa ser atualizada pelos países e instituições.

A OMS estima que, para implantar a cobertura vacinal necessária em 2021 (20% da população global, ou seja, aproximadamente 1,5 bilhão de pessoas: profissionais de saúde e cuidados, pessoas em risco), serão necessários cerca de 1,1 milhão de profissionais de saúde em tempo integral ou com vínculos equivalentes; também os países de alta renda identificaram a necessidade de contratar pessoal adicional para uma implementação bem-sucedida da vacina (CDC, 2020; NHS, 2020).

O enfrentamento à pandemia também revelou fragilidades estruturais dos sistemas de saúde, com subfinanciamento crônico, redução de previsões orçamentárias para enfrentamento às emergências sanitárias, demandas crescentes e persistentes aos sistemas e serviços de saúde, empregos precários no setor e insuficiência dos limites fiscais diante da urgência de recrutamento de profissionais para atender às crescentes demandas por cuidados com doenças, mortes e reabilitação. Embora com tendência de aumento do gasto público em saúde nos últimos cinco anos, o número de trabalhadores e a porcentagem da população protegida por ações de enfrentamento às catástrofes diminuiu no período de 2010 a 2015 na Região das Américas (OPAS, 2021e), reduzindo a capacidade de respostas mais imediatas. O contexto atual também mostra desigualdades importantes entre países e diferentes grupos populacionais. As mulheres, quem têm atribuição cultural do cuidado familiar em muitos países, têm gastos em saúde mais altos que os homens, embora possuam menor renda, explicitando uma condição de iniquidade que precisa ser enfrentada. A disponibilidade de trabalhadores da saúde e assistência também apresenta iniquidades em relação à disponibilidade, distribuição e qualidade das ações desenvolvidas (entre países, no interior dos países, entre os níveis de atenção dos sistemas territoriais e entre os setores públicos e privados), com dificuldades de fixação em áreas rurais e de dispersão populacional, além de altas taxas de mobilidade de profissionais nessas áreas e precariedade nas condições de trabalho, impactando na produtividade e no desempenho dos serviços (OPAS, 2017). As diferenças significativas de remuneração entre médicos e não médicos, especialidades e entre os distintos níveis de atenção, nos setores público e privado são persistentes e frequentemente não favorecem a reorganização dos sistemas e consolidam as iniquidades de acesso. Salários baixos, deficiências nas condições de trabalho e dificuldades para percorrer carreiras profissionais que valorizam os trabalhadores diminuem a motivação e estimulam a migração destes, agravando as iniquidades e tornando-as estruturais.

Entretanto, 19 dos 31 países da Região das Américas implementaram reformas substantivas no setor saúde, apontando a importância de explorar novas modalidades de desenvolvimento, organização e gestão do trabalho para melhorar a resposta dos sistemas de saúde (OPAS, 2021b). Os aprendizados no enfrentamento à pandemia podem ser incorporados a esses processos, proporcionando saltos de qualidade.

O cenário brasileiro na formação de trabalhadores e das políticas de gestão do trabalho é similar àquele descrito para os demais países, sobretudo no que se refere à agudização de desafios e dificuldades estruturais no período de enfrentamento à pandemia de COVID-19. Há avanços importantes nos 30 anos de implementação do Sistema Único de Saúde (OPAS, 2018) em termos de expansão da cobertura de ações e serviços, sobretudo na atenção primária, associados à melhora de indicadores de saúde como redução de internações por condições sensíveis à APS e da mortalidade infantil, materna e por causas preveníveis. O crescimento da cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família e da equidade no acesso, sobretudo após a criação do Programa Mais Médicos, em 2013, foi evidente. A expansão da cobertura, sobretudo nas regiões mais vulneráveis, foi de 59,4% em 2012, para 66,9% em 2014, um ano após a criação do Programa, e alcançou 70% em 2017 (OPAS, 2021e).

Entretanto, no Brasil o aparato institucional que se ocupa da gestão da educação e do trabalho em saúde é distinto da maioria dos países, contando com dois ministérios no âmbito federal (Saúde e Educação), 27 estados e Distrito Federal e 5.570 municípios, envolvendo ainda instituições de ensino e diversas entidades de representação das profissões e do ensino. Essa organização institucional complexa tem unicidade no seu funcionamento, que é ordenado pela legislação de âmbito nacional do Sistema Único de Saúde (SUS). A relevância da força de trabalho vinculada ao sistema de saúde brasileiro é bastante visível em termos de abrangência, diversidade e participação nos níveis de empregabilidade no país. Em fevereiro de 2021 (DATASUS, 2021) estavam vinculados a serviços públicos e privados no Brasil aproximadamente 3,4 milhões de trabalhadores, sendo: 13,5% médicos, 9,3% enfermeiros, 23,6% pessoal técnico de enfermagem, 8,44% Agentes Comunitários de Saúde; 36,8% com formação mínima de graduação, 27,5% com formação técnica; 25,5% em atividades administrativas.

Esses trabalhadores geravam um total de 4,7 milhões de vínculos com serviços e sistemas locais de saúde, sendo que 77% com serviços do Sistema Único de Saúde (com variações de 65,9% para médicos e 86,4% entre enfermeiros; 68,5% nas ocupações de formação mínima de graduação a 87% nas ocupações de formação elementar). Esses trabalhadores da saúde representavam em janeiro de 2021, aproximadamente 3,9% das pessoas com ocupação no país (IBGE, 2021). Estudodemonstrou que o gasto total em saúde, incluindo as despesas com pessoal e os produtos e serviços que esses trabalhadores colocam em circulação, alcançou 8,3% do PIB em 2014 e foi, comparativamente, o menor quando comparado a outros países com sistemas universais (variando de 9% na Espanha até 11,5% na França) (FIGUEIREDO, 2018). A magnitude dessa força de trabalho coloca desafios à gestão e à formação setorial, além de demonstrar a evidente contribuição dupla ao desenvolvimento econômico e social: pela dimensão como força de trabalho e pela natureza do trabalho.

A complexidade do Sistema Único de Saúde, inclusive no que se refere à organização institucional e federativa, aloca contribuições singulares à discussão sobre o trabalho e a educação na saúde, que resultam do acúmulo histórico, das condições organizativas e institucionais e da organização social e econômica do país. No contexto do enfrentamento à pandemia de COVID-19, diversas iniciativas vêm sendo implementadas por diferentes organizações: no âmbito da proteção física e psicossocial dos trabalhadores; em relação à organização de linhas de cuidado para aumentar o desempenho e a segurança dos serviços de saúde (OPAS, 2021f; CNSa, 2020; POSSA et. al., 2020), inclusive nos ambientes, estratégias de formação (CNS, 2020b; CNS 2020c); e no suprimento das necessidades dos próprios trabalhadores (CNS, 2020d; CNS 2020e).

Os desafios para a expansão da saúde universal, para a melhora nos indicadores de saúde e para o enfrentamento à pandemia e o seguimento da linha de cuidados (POSSA et. al., 2020) após a fase aguda da COVID-19, incluem medidas para qualificar a formação, a educação permanente, a suficiência quantitativa, a distribuição equitativa no enorme e diversificado território nacional, assim como a valorização e o apoio e cuidado aos trabalhadores da saúde e assistência (OMS, 2021). Pelas características da organização do sistema de saúde brasileiro, esses são desafios que precisam mobilizar de forma colaborativa a gestão (Ministério da Saúde, no âmbito federal; secretarias estaduais de saúde, no âmbito dos 27 estados; e secretarias municipais de saúde, no âmbito dos 5,7 mil municípios), o controle social (os conselhos estaduais e municipais de saúde, com liderança do Conselho Nacional de Saúde) e a sociedade como um todo.

As contribuições brasileiras para o Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência buscam mobilizar as diferentes instituições e organizações na construção de alternativas para o reconhecimento e a valorização, proteção e investimentos nos trabalhadores da saúde e assistência, além de contribuir com a agenda regional, dando expressão e visibilidade às contribuições acumuladas na política de saúde para a temática da formação e gestão do trabalho em saúde. Entre as contribuições, está o conjunto de reflexões que organizamos neste livro.

Diferentes interfaces das mulheres na saúde: memória, história e contexto

As questões relativas à saúde alcançam diferenciadamente as mulheres e de múltiplas formas. A literatura registra, em diferentes culturas, uma característica importante que é o fato de que questões relacionadas à própria saúde e ao cuidado de familiares e de pessoas próximas recaem de forma mais intensa sobre as mulheres. É dupla essa interface. O primeiro aspecto é relacionado ao fato de que a inserção das mulheres no trabalho, na hierarquia das ocupações e nos modos de vida em diferentes sociedades atingem a saúde das mulheres de forma mais intensa, o que também as torna demandantes mais frequentes dos sistemas de saúde. As dificuldades de acesso e qualidade das respostas incidem sobre elas de forma a ampliar a iniquidade, que é estrutural (OPAS, 2017). Por outro lado e ampliando esse efeito, também é registrado por diferentes estudos que, tradicionalmente e em diferentes sociedades, cabe às mulheres a responsabilidade do cuidado de familiares e pessoas próximas, seja nos

domicílios ou no percurso pelos serviços e sistemas de saúde. Essa dupla inserção feminina nas questões da saúde se ampliou no tempo da pandemia, inclusive os efeitos psicossociais da dupla inserção na dinâmica das famílias e coletividades: como responsável pela saúde e cuidados domésticos em tempos de maior risco de contágio e como trabalhadora e provedora de recursos e condições de manutenção de grupos familiares em tempos de isolamento social e cuidados redobrados com a saúde (OPAS, 2021g).

Como exemplo, as interrupções nos atendimentos regulares nas redes de atenção à saúde afetaram particularmente as mulheres. Os dados analisados pela ONU apontam que 20 milhões de mulheres nas Américas tiveram os atendimentos para controle de natalidade interrompidos pela indisponibilidade dos serviços ou pelo fato das mulheres não disporem de renda para custear essas ações. As ações de cuidado na gravidez e aos recém-nascidos foram interrompidas em quase metade dos países das Américas. Ampliando o efeito de iniquidade, as mulheres grávidas estão mais vulneráveis a infecções respiratórias como a COVID-19 e tendem a desenvolver sintomas mais graves, que podem colocar em risco a mãe e a criança. Carissa F. Etienne, diretora da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) previu que se esse contexto se mantiver, a pandemia destruirá “mais de 20 anos de progresso na expansão do acesso das mulheres ao planejamento familiar e no combate às mortes maternas na região” e que parte das mortes maternas é evitável, mas que “o retorno aos níveis pré-pandêmicos de mortalidade materna, que já eram altos, pode levar mais de uma década” (OPAS, 2021g).

Entretanto, não é especificamente sobre essa dupla dimensão que se ocupará predominantemente este tomo do *Livro Azul*. Essa é, evidentemente, uma condição que atravessa as dimensões que serão tratadas no livro, pela condição mesma que é tratar de mulheres no trabalho em saúde e das contribuições relevantes das mulheres no contexto do trabalho e da educação na saúde. O cenário de ênfase é específico, mas a condição feminina na sociedade e na produção de saúde está sobreposta e acompanhou cada uma das mulheres das quais o livro trata.

O livro “**Mulheres e saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde**” aborda a inserção feminina no trabalho em saúde, sobretudo pelas análises que descrevem o crescimento numérico das trabalhadoras em atuação nos sistemas e serviços de saúde, particularmente em algumas profissões e ocupações, e características contemporâneas associadas a esse crescimento em termos de organização do trabalho e dos vínculos empregatícios e remuneração, no que é frequentemente denominado de *feminilização do trabalho em saúde*. Também aborda a contribuição de algumas mulheres à configuração da agenda do trabalho e da educação em saúde, tanto em termos teóricos e conceituais, como na atuação direta na organização de iniciativas, formulação de políticas, indução de trajetórias institucionais e projetos de formação e desenvolvimento do trabalho e na constituição de movimentos específicos na sociedade civil com efeitos relevantes na temática em análise. Será organizado em duas seções temáticas: as mulheres e o trabalho em saúde no Brasil e nas Américas e; contribuições de mulheres à agenda do trabalho e da educação na saúde.

Na primeira seção, intitulada “*As mulheres e o trabalho em saúde*”, um capítulo especial intitulado “*Mulheres e saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho*” foi produzido sob a liderança da Profa. Marcia Teixeira (ENSP/Fiocruz) e com a participação de um grupo de mulheres com diferentes formações e vinculações

institucionais, composto por: Carolina Aguilar da Costa Nascimento (SMS/Rio de Janeiro), Isabela Soares Santos (PMA/VPPCB/FIOCRUZ), Laís Silveira Costa (ENSP/FIOCRUZ, UFRJ), Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini (EPSJV/Fiocruz), Roberta Gondim de Oliveira (ENSP/Fiocruz), Roseane Maria Corrêa (ENSP/FIOCRUZ), Simone Santos Oliveira (CESTEH/ENSP/FIOCRUZ), Sônia Regina da Cunha Barreto Gertner (ENSP/FIOCRUZ), Vitória Bernardes (CNS, AME). O capítulo tem como objetivo refletir sobre a participação das mulheres no trabalho em saúde e sobre uma agenda que tenha capacidade de impulsionar as políticas públicas e a cultura da sociedade para avanços em relação à equidade de gênero nas relações de trabalho. O manuscrito reflete sobre as continuidades e descontinuidades das diferentes expressões do feminino, das condições com que operam o mundo do trabalho e o trabalho em saúde para colocar o debate do que podem as políticas públicas em um patamar ampliado para a produção da equidade.

Na seção 2, denominada “*Contribuições de mulheres ao trabalho e à educação na saúde*”, colecionamos seis capítulos que homenageiam sete mulheres que tiveram contribuições muito relevantes para a agenda do trabalho e da educação no Brasil e nas Américas, convidando autores e autoras de reconhecida produção acadêmica e militante.

A profa. Marina Peduzzi (DOP/EE/USP) elaborou o capítulo “*Maria Cecília Puntel de Almeida: análise crítica do trabalho em enfermagem em um momento crítico para os trabalhadores*”, recuperando a contribuição dessa autora, sobretudo no que se refere ao trabalho e à formação de capacidades profissionais ampliadas da enfermagem, numa construção ampliada entre a Enfermagem e a Saúde Coletiva.

O capítulo “*As composições de Ivone Lara e Nise da Silveira: prá pisar nesse chão devagarinho*” foi elaborado pelo Prof. Ricardo Burg Ceccim e pela pesquisadora Aline da Rosa Deorristt, ambos do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS. Como registram os próprios autores, o manuscrito “compartilha a presença de duas mulheres na cena brasileira da saúde, Ivone Lara e Nise da Silveira, interligadas em suas trajetórias pela arte de compor e pela convivência científica em um trabalho coletivo nos campos da saúde mental e da assistência social”. O estilo da produção é apresentado como “um exercício de escrita que lida com a aproximação das profissionais na perspectiva poética do trabalho, isto é, duas mulheres ante a *poiésis* de uma atividade profissional e uma atividade de si, processo de criação e procedimento sensível imanente ao viver”.

O capítulo “*Roseni Rosângela de Sena (1951-2016) e a formação de profissionais de saúde*” foi composto pelas professoras Kênia Lara da Silva e Rita de Cássia Marques (EE/UFGM). Nele, as autoras apresentam alguns relatos da trajetória de vida e atuação de Roseni e suas contribuições para o campo da formação de profissionais de saúde, que foram impregnados pela inserção em diferentes espaços e movimentos institucionais, associativos e de militância política.

As professoras e pesquisadoras Cinira Magali Fortuna (USP/Ribeirão Preto) e Solange L'Abbate (Unicamp) elaboraram o capítulo “*Formação e trabalho em saúde: contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo*”, que relata algumas contribuições da pesquisadora à formação do campo da saúde coletiva e, muito especialmente, aos estudos da formação e ao trabalho médico.

O capítulo “*Maria Cristina Carvalho da Silva, um vestido, um amor: um horizonte de luta pela saúde mental no Brasil*” foi elaborado pelos professores Károl Veiga Cabral (SEE/RS) e Márcio Mariath Belloc (PPGP/UFGA) e oferece à leitura as contribuições da autora à formação interprofissionais, sobretudo às Residências em Área Profissional da Saúde, e à Saúde Mental Coletiva.

Por sua vez, o capítulo “*Izabel dos Santos: como uma alquimista*”, elaborado pela Profa. Janete Castro (UFRN), destaca o papel central da autora na formulação e implementação das políticas de formação de trabalhadores de saúde, em especial, do pessoal de nível médio e elementar, num processo que rompeu com a naturalização da desqualificação profissional desses trabalhadores.

O educador Andrey Roosevelt Chagas Lemos elaborou o capítulo “*Fernanda Benvenutty: diversidade e transformação em cuidado na saúde*”, recuperando as contribuições da militante trans para a saúde, a participação social em saúde e para o reconhecimento dos direitos e necessidades da população LGBTQI+.

Não pense o leitor e a leitora que a diversidade dos capítulos dessa seção se esgota nas formações das pessoas que foram mobilizadas para a pesquisa e elaboração dos capítulos, ou mesmo pela multiplicidade de suas inserções institucionais e geográficas. Tampouco pelo fato de que se trata de um conjunto de mulheres homenageadas com diversidade étnica, de formação profissional, de identidade de gênero, de militância em organizações governamentais e movimentos sociais. Essas são as diversidades mais óbvias. O que nos mobilizou e alegra profundamente é o trabalho denso de pesquisa, inclusive com busca de fontes inéditas, o respeito às trajetórias de vida e diferentes inserções de trabalho, e a alquimia poética e militante com que os ensaios foram elaborados, cumprindo perfeitamente o duplo objetivo de homenagear e destacar as contribuições dessas mulheres à agenda do trabalho e da educação no Brasil. Considerou-se, sempre, que qualquer fronteira é insuficiente para aprisionar as contribuições que as autoras alocaram nas reflexões sobre o trabalho em saúde e a formação.

A densidade teórica é muito grande; a alquimia das escritas é, em si mesma, arte; a atualização das contribuições dobra-se à história, mas é uma verdadeira travessia de fronteiras entre o que se fez como fatos e os acontecimentos que as produções mobilizam em nossos dias, sobretudo em tempos em que a pandemia de COVID-19 sobrecarrega o trabalho e esgarça as relações pessoais e institucionais.

Temos a certeza de que a leitura dos textos não apenas atualizará o pensamento e as afecções que as ideias desencadeiam no pensamento e no corpo. Temos como grande expectativa que também produza energia e iniciativas para, como é o objetivo do livro, avançarmos juntos na proteção do trabalho em saúde e de seus agentes, com saldos institucionais elevados na gestão do trabalho e na formação na saúde. Boa leitura a todas e todos!

Referências:

CARTA DE COMPROMISSO AGENDA BRASIL. Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência. CONASEMS, CONASS, OPAS, OMS, SUS, Ministério da Saúde. Brasília, 30 de abril de 2021. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2021/05/Carta-de-Compromisso-Ano-Internacional-dos-Trabalhadores.pdf>. Acesso em: 4 out. 2021.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention 2020. Manual provisório do programa de vacinação COVID-19 para operações jurisdicionais. Disponível em: https://www.cdc.gov/vaccines/imz-managers/downloads/COVID-19-Vaccination-Program-Interim_Playbook.pdf. Acesso em: 4 out. 2021.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Proteger o Trabalhador e a Trabalhadora é Proteger o Brasil – edição 2021. 7 de maio de 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1730-cns-lanca-campanha-protetor-o-trabalhador-e-a-trabalhadora-e-protetor-o-brasil>. Acesso em 4 out. 2021.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 056, de 26 de agosto de 2020a. Recomenda a adoção de medidas de fortalecimento da Atenção Básica em Saúde, no enfrentamento à pandemia de COVID-19. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2020/1338-recomendac-a-o-n-056-de-26-de-agosto-de-2020>. Acesso em 4 out. 2021.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 018, de 26 de março de 2020b. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 106/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atução dos Residentes em Saúde, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus – COVID-19. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2020/1086-recomendacao-n-018-de-26-de-marco-de-2020>. Acesso em 4 out. 2021.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 048, de 01 de julho de 2020c. Recomenda ao Ministério da Educação, que observe o Parecer Técnico nº 162/2020, no que diz respeito a estágios e práticas na área da saúde durante a pandemia de Covid-19. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2020/1250-recomendacao-n-048-de-01-de-julho-de-2020>. Acesso em 4 out. 2021.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 032, de 05 de maio de 2020d. Recomenda medidas prioritárias para trabalhadoras e trabalhadores dos serviços públicos e atividades essenciais, nas ações estratégicas do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2020/1151-recomendacao-n-032-de-05-de-maio-de-2020>. Acesso em 4 out. 2021.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 020, de 07 de abril de 2020e. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 128/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atução dos trabalhadores e trabalhadoras, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus – COVID-19. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2020/1103-recomendac-a-o-no-020-de-07-de-abril-de-2020>. Acesso em 4 out. 2021.

DATASUS. Dados tratados da base nacional do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&cid=11673>. Acesso em 4 out. 2021.

FERLA A., *et al.* Una paradoja civilizatoria: la pandemia como desafío a la enseñanza y al trabajo en salud y como afirmación de las vidas. **Saúde em Redes**. v. 6, n. 2, p. 1-6, 2020. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3215>. Acesso em: 4 out. 2021.

FIGUEIREDO J. O. *et al.* Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, Número Especial 2, p. 37-47, outubro, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe2/0103-1104-sdeb-42-spe02-0037.pdf>. Acesso em 4 out. 2021.

FITZGERALD J. *et al.* Impact of COVID-19 on the quest for Equity and Universal Health. OMS, fev 2021.

GHWA. Global Health Workforce Alliance. Global Health Workforce Alliance Annual Report 2014. Geneva/Switzerland: World Health Organization, 2015. Disponível em: https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ghwa_annual_report2014.pdf?ua=1. Acesso em: 4 out. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Contínua - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-e-pobreza/17270-pnad-continua.html?=&t=o-que-e>. Acesso em 4 out. 2021.

NHS 2020. Preparação para a prática geral para contribuir para um potencial programa de vacinação COVID-19. Disponível em: https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/C0856_COVID-19-vaccineletter_9-Novrevb.pdf. Acesso em 4 out. 2021.

OIT. Organización Internacional del Trabajo. Informe preparado por la Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe. 30 abril 2013. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_214985.pdf. Acesso em 4 out. 2021.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **2021: Año Internacional de los Trabajadores Sanitarios y Asistenciales. Proteger. Invertir. Juntos.** Ginebra, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/es/campaigns/annual-theme/year-of-health-and-care-workers-2021>. Acesso em: 4 out. 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. 30 anos de SUS. Que SUS para 2030? Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>. Acesso em: 4 out. 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Diretora da OPAS pede mais mulheres liderando a luta contra a COVID-19. 08 de março de 2021a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/8-3-2021-diretora-da-opas-pede-mais-mulheres-liderando-luta-contra-covid-19>. Acesso em: 4 out. 2021

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Plan de la campaña: 2021 Año Internacional de los Trabajadores y Cuidadores de la Salud** - 1 de enero - 31 de diciembre del 2021. Proteger. Invertir. Juntos. Washington, D.C., 2021b.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. OPAS/OMS, Brasil e parceiros lançam campanha para Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Cuidadores e ressaltam necessidade de investimento. 30 de abril de 2021c. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/30-4-2021-opasoms-brasil-e-parceiros-lancam-campanha-para-ano-internacional-dos>. Acesso em: 4 out. 2021.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 11 de marzo de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021d. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-11-marzo-2021>. Acesso em: 4 out. 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa OPAS. 2021e. Disponível em <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em 4 out. 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Representação Brasil. Linhas de cuidado em COVID-19. Infográfico 2021f. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/infograficos>. Acesso em 4 out. 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. COVID-19 tem impactos “devastadores” sobre as mulheres, afirma diretora da OPAS. 26 de maio de 2021g. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/26-5-2021-covid-19-tem-impactos-devastadores-sobre-mulheres-afirma-diretora-da-opas>. Acesso em 4 out. 2021.

OXFAM 2020. Vozes da linha de frente da pandemia: Protestos e propostas de trabalhadores de saúde de 84 países.

PADILLA, M. Dimensionamiento de la fuerza laboral sanitaria: gestión en acción y territorios en diálogo. Em: Possa, LB. (org.); et al. Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede

Unida, 2020. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/dimensionamento-da-forca-de-trabalho-em-saude-gestao-em-ato-e-territorios-em-dialogo/>. Acesso em: 4 out. 2021.

PAPPA, S. et al.. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 2020, S0889-1591(20)30845-X.

POSSA, L. B. *et. al.* Linha de Cuidado em COVID-19: dispositivo para organização do trabalho, gestão e educação centrado no cuidado das pessoas nos territórios. **Saúde em Redes**. v. 6, n. 2, p. 1-6, 2020. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/viewFile/3365/566>. Acesso em: 4 out. 2021.

WHO. World Health Organization. Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 4 out. 2021.

WHO. World Health Organization. Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response Interim guidance 3 December 2020a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337333>. Acesso em: 4 out. 2021.

WHO. World Health Organization. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, 27 August 2020b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334048>. Acesso em: 4 out. 2021.

WHO. World Health Organization. Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Report of the WHO Expert Advisory Group on the Relevance and Effectiveness of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Maio de 2020c. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_9-en.pdf. Acesso em: 4 out. 2021.

WHO. World Health Organization. Consejo Ejecutivo, 140. Recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas: informe de la Secretaría. 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/273223>. Acesso em: 4 out. 2021.

WHO. World Health Organization. Working for health and growth: investing in the health workforce. (2016). Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 4 out. 2021.

WHO. World Health Organization. The World health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281>. Acesso em: 4 out. 2021.

YAMEY G, et. al. Invirtiendo en salud: el argumento económico. Informe del Foro sobre Inversión en Salud de la Cumbre Mundial sobre Innovación para la Salud 2016. *Salud Pública de México*, v. 59, n. 3, p. 321-342, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.21149/8675>. Acesso em: 4 out. 2021.

MULHERES E SAÚDE: AS DIFERENTES FACES DA INSERÇÃO FEMININA NO TRABALHO

Marcia Teixeira (org.)
Carolina Aguilar da Costa Nascimento
Isabela Soares Santos
Laís Silveira Costa
Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini
Roberta Gondim de Oliveira
Roseane Maria Corrêa
Simone Santos Oliveira
Sonia Gertner
Vitória Bernardes

Introdução

Este ensaio tem como objetivo apresentar questões sobre a participação das mulheres no trabalho em saúde para refletir sobre uma agenda que tenha capacidade de impulsionar as políticas públicas e a cultura da sociedade para avanços em relação à equidade de gênero nas relações de trabalho. Para tanto, além de resgatar algumas ideias sobre a inserção das mulheres no mundo do trabalho em saúde, em contexto que tem raízes na cultura das sociedades sobre as relações de gênero, escolhemos destacar algumas questões que especificam singularidades das diferentes condições femininas frente ao mundo do trabalho e à cultura. A reflexão das continuidades e descontinuidades entre as diferentes expressões do feminino, das condições com que operam o mundo do trabalho e o trabalho em saúde pareceu-nos necessária para colocar o debate do que podem as políticas públicas em um patamar ampliado para a produção da equidade, que é uma oportunidade importante para a implementação dos resultados pretendidos para o Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência, sobretudo no que se refere à mais expressiva parcela desse contingente, que são as mulheres.

A participação e a contribuição das mulheres no processo de produção tornaram-se um tema recorrente apenas mais recentemente, quando as bases teóricas utilizadas para a compreensão da sociedade capitalista, as formas pelas quais o sistema se consolidou, as origens de suas desigualdades e o seu futuro entraram em debate.

Federici (2017) publicou os resultados de 30 anos de pesquisas sobre as origens do capitalismo, em que investiga o papel do sexismo e do racismo, mostrando como a consolidação do sistema capitalista dependeu da subjugação das mulheres, da escravização, da exploração das colônias e da naturalização da violência. A autora argumenta que o trabalho não remunerado, especialmente o das mulheres confinadas ao ambiente doméstico e o dos trabalhadores escravizados, foi um suporte necessário ao trabalho assalariado. Assim, nos convoca para o exercício permanente da revisão da história e a reflexão sobre a participação das mulheres no processo produtivo.

Para Hirata e Kergoat (2008), a partir do conceito de divisão sexual do trabalho é possível estudar a distribuição diferencial de homens e mulheres nos ofícios, profissões e mercados, e as respectivas variações dessa distribuição no tempo e no espaço, e como ela está associada à divisão desigual do trabalho doméstico entre os sexos. Para as autoras, essas desigualdades são sistemáticas e se refletem nos processos de diferenciação utilizados pela sociedade para hierarquizar as atividades e os sexos, criando um sistema de gênero. Esse sistema se ancora em dois princípios organizadores: de que os “trabalhos de homens” estão “separados” (há trabalhos de homens e trabalhos de mulheres) e “hierarquicamente” valem mais do que os “trabalhos de mulheres”, reduzindo as práticas sociais ao destino naturalizado de cada sexo.

O trabalho produtivo remunerado e o trabalho social realizado pelas mulheres se articulam profundamente e, em geral prejudicam as mulheres, uma vez que o espaço doméstico, não raras vezes, influencia negativamente as oportunidades nas carreiras, as atribuições dos postos de trabalho e seus salários (SORJ, 2003). A divisão sexual do trabalho corresponde, assim, às formas como se materializam as relações de gênero, em cada momento histórico, em cada sociedade, em cada local de trabalho.

Em estudos que acompanham a participação feminina no mercado de trabalho em saúde no Brasil há mais de três décadas, Machado (1986, 2006, 2016) tem destacado a importância de se compreender a expansão da participação feminina no mundo do trabalho em geral como um caminho para se entenderem as especificidades do setor de saúde, responsável por um contingente expressivo de postos de trabalho ocupados por mulheres.

As pesquisas de Machado sobre a estrutura ocupacional em saúde no Brasil apontam para um fenômeno identificado como um processo de **feminilização** do mercado de trabalho em saúde, segundo o qual o contingente feminino tem-se tornado francamente majoritário nesse ramo da economia, especificamente no período pós-70, quando essa participação passa a ser mais expressiva e progressivamente maior.

Yannoulas (2011) sinaliza uma importante distinção entre o conceito de **feminilização**, que corresponde ao significado quantitativo, ou ao aumento relativo do sexo feminino na composição de uma profissão ou ocupação (com mensuração e análise por meio de dados estatísticos), e o conceito de **feminização**, que está relacionado ao significado qualitativo, aludindo às transformações na esfera dos valores sociais. Segundo a autora, existe uma intensa relação entre o acesso massivo de mulheres a uma profissão ou ocupação (feminilização) e sua transformação qualitativa (feminização), pois à medida que aumenta a presença feminina, diminui o prestígio social da profissão.

Segundo relatório do Fundo de População das Nações Unidas “Covid-19: Um Olhar para Gênero”, 70% dos postos de trabalho da área da saúde no mundo são compostos por mulheres (UNFPA, 2020). No Brasil, de acordo com dados do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), dos seis milhões de profissionais do setor, 65% são mulheres, e são poucas as profissões em que o contingente masculino supera o feminino no mercado de trabalho. Em áreas como fonoaudiologia, nutrição e serviço social, elas ultrapassam 90% de presença, e 80% em enfermagem e psicologia.

O aumento da participação das mulheres pode ser verificado mesmo em profissões historicamente masculinas. No exercício da medicina, por exemplo, identifica-se uma diferença percentual entre os gêneros cada vez menor. Em 2000, segundo dados do Censo/ IBGE, a relação entre profissionais por gênero era de 64% de homens e 36% de mulheres, com uma participação mais expressiva das mulheres nas faixas etárias mais jovens (WERMELINGER et al., 2010). Segundo dados do estudo Demografia Médica no Brasil 2020, atualmente essa relação é de 53,4% de homens e 46,6% de mulheres (SCHEFFER, *et al.*, 2020).

Com base em dados do Atlas do Estado Brasileiro (IPEA, 2020), Hernandez e Vieira (2020) identificam que a força de trabalho feminina corresponde a 78,9% do total de trabalhadores dentre as principais categorias envolvidas no atendimento direto à população (médicos, profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde). As autoras não deixam dúvidas quanto à acentuada feminilização do mercado de trabalho em saúde no país. (TAB. 1)

Tabela 1 – Profissionais de saúde das categorias de Medicina, Enfermagem e Atenção Básica em Saúde segundo Sexo, no Brasil (2020).

Profissão	Feminino		Masculino		Total Geral	
	N	%	N	%	N	%
Médicos	128.167	47,5	141.743	52,5	269.910	100%
Agentes Comunitários	212.546	77,8	60.808	22,2	273.354	100%
Enfermeiros	294.241	85,2	51.026	14,8	345.267	100%
Técnicos de Enfermagem	613.856	85,3	106.189	14,7	720.045	100%
Auxiliares de Enfermagem	236.985	85,9	38.761	14,1	275.746	100%
Total	1.485.795	78,9	398.527	21,1	1.884.322	100%

Fonte: Hernandes e Vieira (2020), elaborada a partir de IPEA (2020) Atlas do Estado Brasileiro.

A tendência de crescimento do emprego provocada pela expansão da cobertura e pela diversificação e ampliação da cesta de serviços, reforçada ainda pelo envelhecimento da população, favoreceria a incorporação do trabalho feminino. No entanto, a situação orçamentária marcada por austeridade no gasto com políticas públicas, mesmo em um contexto pandêmico, tem se traduzido na deterioração dos contratos e das relações de trabalho no campo da saúde. As repercussões para as trabalhadoras são ainda mais desafiadoras.

Os usos do tempo, por exemplo, podem provocar tensões e conflitos que interferem nos estilos de vida. Quando se trata de vida corrida entre os tempos cotidianos, os desdobramentos provenientes das experiências de policronicidade caracterizam não só as desigualdades de gênero, como também exemplificam de maneira expressiva os rebatimentos na saúde (PEREIRA, 2018). As extensas jornadas, com duplos e muitas vezes triplos vínculos, associadas às dificuldades decorrentes do trabalho noturno e dos desafios temporais típicos do trabalho em turnos, como o “desencontro” de horários em relação àqueles praticados socialmente e o desajuste fisiológico, se somam às atividades voltadas para o âmbito doméstico, majoritariamente feminino. Tais situações implicam estratégias de gerenciamento do tempo e de organização da vida cotidiana vivenciadas de forma complexa pelas mulheres. Em geral, são elas que se ocupam das atividades domésticas e cuidados com os filhos, usando o tempo de modo sobreposto, o que acaba por repercutir na saúde física e mental. Situação corroborada pelos padrões de sono, fragmentados e interrompidos, para a realização das atividades domésticas, em contraposição aos padrões masculinos em geral ininterruptos (ROTENBERG et al, 2010), fenômeno ainda agravado pelo contexto da pandemia.

Até mesmo em relação às categorias profissionais mais bem remuneradas, as mulheres têm menos chances de chegar ao topo salarial e estão nos patamares mais baixos de remuneração no Brasil. Em relação à profissão médica, por exemplo, 80% das profissionais recebem até US\$ 7.175, enquanto 51% dos homens recebem acima desse valor (SCHEFFER et al., 2020).

A maior crise sanitária dos últimos cem anos, a pandemia da Covid-19, tem evidenciado e amplificado muitas crises e problemas estruturais vividos antes de seu surgimento. Observam-se transformações socioeconômicas em diversas escalas e, como resultado, desigualdades históricas brasileiras têm se acirrado. Mas elas não são homogêneas por toda a população, posto que há na estrutura societária sistemas de discriminação sobrepostos que vulnerabilizam mais alguns grupos em detrimento de outros. Trata-se de mecanismos perenes que fomentam opressões patriarcais, racistas, capacitistas, de gênero e de classes, que operam dentro do sistema de saúde e afetam também as suas trabalhadoras.

Os fenômenos da **Feminilização** e da **Feminização** precisam ser apreendidos a partir de um olhar feminino, respeitando suas formas diversas de ser e estar no mundo dentro de um modelo de organização da sociedade extremamente assimétrico.

É necessário refletir a partir de novas ferramentas de análise para a compreensão desse contexto e desse modo construir medidas para superar essas assimetrias. Um caminho é oferecido pela utilização da abordagem da interseccionalidade, que nos permite compreender melhor as desigualdades e a sobreposição de opressões e discriminações existentes em nossa sociedade e que afetam as mulheres no mercado de trabalho. Um meio importante para pensarmos sobre as relações sociais de gênero, raça, diversidade funcional e classe, com o intuito de delinear um quadro, ainda que incompleto, das expressões do trabalho das mulheres na saúde, capaz de contextualizar desafios e construir ações para superá-los.

Expressões da participação das mulheres negras no trabalho em saúde

O Brasil é um país de histórico colonial, cuja população é formada a partir da diversidade étnica. A escravização negra, fruto desse sistema, se impôs como uma instituição econômica de primeira importância (WILLIAMS, 2012). Por motivos econômicos, homens, mulheres e crianças, sequestrados do continente africano, foram transformados em objeto, mercadoria e moeda, tudo isso pautado na noção de raça (MBEMBE, 2018). Entretanto, raça é uma construção política e ideológica com fins de exploração, que produziu novas identidades ditas raciais, associando a elas papéis e lugares na nova estrutura de poder. Para a identidade negra, foi atribuída a escravidão como lugar natural, passando os negros a serem considerados como não dignos de receber pagamento pelo seu trabalho (QUIJANO, 2005).

O racismo e a colonialidade marcam a experiência das mulheres negras no mundo do trabalho. O corpo negro feminino, considerado propriedade, era controlado pelo Estado, como por exemplo na Lei do Ventre Livre (BRASIL, 1871), segundo a qual nem mãe e a avó tinham direitos sobre a prole supostamente livre que só poderia gozar da soltura mediante indenização pecuniária ao escravizador ofertada pelo Estado. Essas mulheres

trabalhavam como escravas de eito, ou seja, trabalhadoras do campo; zeladoras da casa do colono, enquanto mucamas; “mães pretas”, cuidando e educando os filhos dos seus senhores – termo racista ainda hoje utilizado. “Mães pretas” simboliza que uma mulher é destinada a viver cuidando exclusivamente de outros (GONZALES, 1984). Essa relação de exploração e dependência, revestida de cordialidade, foi usada como símbolo de integração e harmonia racial e como um dos argumentos que fornecem sustentação ao mito da democracia racial. O corpo da mulher negra é historicamente hipersexualizado, sendo alvo de abusos sexuais, e; no período colonial as mulheres negras chegaram a ser prostituídas, de forma a se tornarem mais uma fonte de renda entre os escravocratas (NASCIMENTO, 2016).

Diante da perspectiva de que a escravização teria a proibição legal institucionalizada, o país se mobilizou para criar estratégias de modo a não absorver o negro no trabalho livre e remunerado. O imigrante europeu tornou-se uma solução, tendo sido alvo de política pública de incentivo à sua vinda, permanência e substituição do negro nos postos de trabalho. Para tal, o país estrategicamente adotou a ideia de inferioridade racial para os negros e seus descendentes (MOURA, 2019). Através de argumentos sofisticados, a população negra foi estigmatizada como incapaz de interiorizar civilidade e de se adequar aos padrões contratuais (AZEVEDO, 2004; MOURA, 2019).

O país adotou o imobilismo social como tática discriminatória contra a população negra, criando mecanismos reguladores capazes de determinar onde as negras e negros poderiam trabalhar. Mecanismos repressivos e reguladores estavam e se mantêm presentes na divisão racial do trabalho. O que era considerado qualificado, intelectual e nobre, por derivação era e segue sendo exercido pela minoria branca e o considerado não qualificado, braçal, sujo e mal remunerado, destinado aos escravos e negros livres (MOURA, 2019). Assim, as regras e os valores que definem a estrutura laboral no Brasil obedecem também às hierarquias raciais, produzidas pelo racismo estrutural e sistêmico.

A participação da mulher negra no mercado de trabalho é marcada pela desigualdade. O caráter discriminatório desse processo a designa para atividades com menor remuneração e sem expressão nas hierarquias de poder. A discussão sob a luz da interseccionalidade nos alicerça, permitindo-nos evitar a noção universalizada de mulher, já que esta é uma forma que silencia as violências raciais. Segundo Crenshaw (2002), interseccionalidade é uma sensibilidade analítica que nos permite enxergar camadas de opressões múltiplas, que se estruturam nos terrenos sociais, econômicos e políticos. Esses sistemas se sobrepõem e as mulheres racializadas são posicionadas em um espaço onde o racismo, a classe e o gênero se cruzam. Lélia Gonzáles já alertava em seus estudos na década de 1980, que a divisão racial e sexual do trabalho desemboca em um processo de tríplex discriminação sofrido pela mulher negra como: de raça, classe e sexo (Gonzales, 1982). Nesse sentido, o mundo do trabalho está fortemente conectado às estruturas sociais e às percepções de justiça social. Violações de direitos humanos, vistas por uma perspectiva colonial, fazem parte do cotidiano de uma forma naturalizada, como nos alerta Almeida: “O racista é aquele que deixa de contratar alguém mais ou igualmente produtivo por conta de suas preferências irracionais por pessoas que se pareçam física e/ou culturalmente consigo” (2018 p.126).

A mulher negra é fortemente presente na composição da força de trabalho em saúde, cuja dimensão do cuidado é relevante, tendo no exercício da enfermagem um importante lugar. A equipe de enfermagem no Brasil é dividida em enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e; é a categoria profissional mais numerosa dentro do sistema de saúde e imprescindível em todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde. Os aspectos sociodemográficos da equipe de enfermagem apresentam-se com composição majoritariamente feminina e majoritariamente negra, um percentual que atinge 53%, segundo aponta de Machado (2016).

Com o advento da Covid-19, o debate sobre as condições de trabalho da equipe de enfermagem e a prevenção de contágio se tornou emergencial, cujo desdobramento previsto para mulheres negras na enfermagem se insere mais fortemente na perpetuação do risco de adoecimento e de morte. O Conselho Federal de Enfermagem disponibiliza um painel em que se acessa o número de profissionais de enfermagem que se contaminaram com o vírus e o número de vítimas fatais, num total de 826 mortes e 17.624 casos reportados até o mês de setembro de 2021. Os números são alarmantes e revelam a vulnerabilidade dessa categoria profissional enquanto linha de frente no enfrentamento da pandemia (COFEN, 2020).

Na própria compreensão de sociedade e em seus inúmeros conflitos, a raça é um marcador de desigualdade econômica. Raça, assim como gênero, são elementos importantes para a problematização das desigualdades sociais. Lima (2013) destaca estudos que apontam que a combinação de raça e gênero leva a uma considerável desvantagem desse grupo no que diz respeito à sua forma de inserção no mercado de trabalho e, principalmente, às disparidades de rendimentos.

Da Silva (2010) em seu artigo “Doutoras professoras negras: o que dizem os indicadores oficiais”, expõe a imensa desigualdade sofrida por mulheres negras no campo da produção de conhecimento, no campo das ciências no Brasil. A presença das mulheres negras sofre drástica diminuição em relação ao aumento da escolaridade, apenas em torno de 10,4% das mulheres negras com idade entre 25 e 44 anos, concluem o ensino superior. Mas é no exercício da docência e da pesquisa que se tem uma situação exemplar: o percentual de mulheres pretas e pardas professoras doutoras de programas de pós-graduação no Brasil é inferior a 3%. E só 7% das bolsas de produtividade são destinadas às mulheres negras.

Tal cenário se confirma no caso da enfermagem, que tem a sua formação dentro de um nicho de mercado bem explorado pelas instituições privadas. Por outro lado, a desigualdade também se expressa no reconhecimento da produção de conhecimento, o dito campo ‘científico’, pois que este é inscrito sob as demarcações neocoloniais eurocentradas que o conformam e lhe dão materialidade.

Em suma, o mercado, sob a égide do neoliberalismo, lucra com a formação das profissionais de enfermagem: oferece vínculos empregatícios frágeis que não garantem direitos trabalhistas e não oferece segurança quanto às condições de trabalho. A mulher negra é o principal objeto dessa dinâmica racista, capitalista e patriarcal.

A participação das mulheres com deficiência no trabalho em saúde: da invisibilização à cidadania plena

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019, há 17,3 milhões de pessoas com dois anos ou mais de idade que têm deficiência. Apenas 28,3% das pessoas com deficiência em idade de trabalhar conseguiram vaga no mercado de trabalho, ante a participação de 66,3% daquelas sem deficiência (IBGE, 2020).

Os motivos que afastam as pessoas com deficiência do mercado de trabalho são diversos, entre eles vale citar as barreiras listadas na Lei Brasileira de Inclusão – LBI (BRASIL, 2015), a saber: as arquitetônicas, urbanísticas e físicas, que limitam o acesso de pessoas com deficiência física que precisam de adaptação para seu deslocamento (o percentual limitado da frota de transporte público adaptado também obstaculiza esse deslocamento); as barreiras de comunicação, restringindo a participação de pessoas com deficiência intelectual, parcela das pessoas autistas e pessoas com surdez não bilíngues (cujo idioma é a Língua Brasileira de Sinais); as barreiras tecnológicas, a exemplo do código QR, inacessível à trabalhadora cega. Além dessas, vale particular atenção à frequentemente invisibilizada barreira atitudinal, definida na LBI como quaisquer “atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas” que, no mercado de trabalho, se revela a partir da presunção de que as manifestações estigmatizadas da diversidade funcional humana não são compatíveis com a produtividade. Em decorrência, pessoas com deficiência são tradicionalmente tidas como incapazes, frequentemente subestimadas e com sua autonomia cerceada (BERNARDES et al., 2019).

O entendimento de que a deficiência é relacional – uma categoria criada a partir da corponormatização – segue falho e, diante do avanço de um capitalismo globalizado, perverso e injusto, novas barreiras à inclusão dessa população são pontuadas em função da equivocada percepção de que a capacidade diversificada de uma dada pessoa é sinônimo de incapacidade (ver ABBERLEY, 1997, para mais detalhes). Em um contexto em que a maximização do lucro é priorizada, as adaptações necessárias para incluir pessoas (que foram originalmente excluídas das soluções para a vida em sociedade) são entendidas, frequentemente, como um gasto economicamente inviável (BERNARDES et al., 2019).

Em múltiplas dimensões, circuitos de exclusão têm se perpetuado, sinalizando, inclusive, para a sobreposição de identidades sociais, ocasionando sistemas de opressão. Em função da interseccionalidade desses sistemas, a mulher negra, pobre, trans e com deficiência encontra maiores barreiras para efetivar a sua participação nas diversas esferas sociais.

Os ataques à cidadania plena das pessoas com deficiência têm se intensificado desde o começo da pandemia: o governo federal defendeu o retorno das aulas presenciais sem alunas e alunos com deficiência (BRASIL, 2020a); além da crescente precarização da educação inclusiva, publicou decreto contrário à mesma,

pontuando décadas de retrocesso desse direito (BRASIL, 2020b); também tentou limitar a isenção para a compra de veículos pelas pessoas com deficiência. Adicionalmente, equiparou pessoas cegas e de baixa visão às cegas de um olho (BRASIL, 2021), cuja inserção no mercado de trabalho não exige adaptações. Tais situações ocorrem em um contexto em que as pessoas com deficiência não somente têm menos chance de ingressar no mercado de trabalho, como sua remuneração é 12,65% inferior que a das demais pessoas, valendo ressaltar que a discriminação se manifesta mesmo considerando demais fatores, a exemplo do grau de instrução e tempo de experiência (SOARES, 2021). Ainda de acordo com a PNS de 2019, cerca de 67,6% da população com deficiência não tinha instrução ou cursou o ensino fundamental incompleto (IBGE 2020).

As barreiras à participação paritária são de tal monta, que deficiência no Brasil possui inequívoca correlação com pobreza, seja pela desigualdade de acesso ao diagnóstico e terapia precocemente, de modo a evitar a deficiência ou a mitigar as alterações na funcionalidade decorrentes dela, seja porque nos lugares mais precários socioeconomicamente observam-se maiores índices de deficiência decorrentes de violência. Ademais, a limitação do acesso pode ocorrer em função da incompatibilidade entre os horários de trabalho e o tempo dedicado ao cuidado de saúde e ações de habilitação e reabilitação. A concentração dos serviços especializados em grandes centros e capitais impõe condições de acesso desiguais também com esse recorte.

Pensar o papel da mulher trabalhadora da saúde com deficiência é particularmente relevante e oportuno, tendo em vista a violação sistemática dos direitos humanos universais dessa população, evidenciada a partir da precariedade retratada nos mais diversos indicadores sociais. Diante da pandemia, a *Human Rights Watch* chegou a afirmar que as “pessoas com deficiência estão entre as mais marginalizadas e estigmatizadas do mundo mesmo em circunstâncias [consideradas] normais” (HRW, 2020).

A produção de conhecimento sobre a pessoa com deficiência constitui-se majoritariamente a partir do defasado e resiliente modelo biomédico da deficiência, fundamentado pelo conhecimento científico e padrões de normalidade, que reforçam a construção da noção de incapacidade associada a essas pessoas.

Ao reduzir o ser humano e resumi-lo à sua lesão, ficam vetados os direitos universais básicos dessa população historicamente desumanizada – dado não atenderem aos padrões de normalidade da estrutura societária, constituídos socialmente, importa dizer. A produção de opressão decorrente do modelo biomédico da deficiência é inclusive um legado importante dos estudos feministas da deficiência (GOMES et al., 2019).

Diante da maior presença feminina entre a população com deficiência (MELLO, 2020), importaria aprofundar o entendimento sobre como a intersecção entre gênero e deficiência se materializa no mercado de trabalho de saúde, entendendo a baixa participação como um resultado importante da análise dessa relação.

A inserção das pessoas com deficiência no mercado de trabalho praticamente só é efetivada por meio de políticas públicas, ainda escassas e muitas vezes desrespeitadas. Em 2015, a Lei Brasileira de Inclusão da pessoa com deficiência dedicou um capítulo ao tema do direito ao trabalho, instituindo como “finalidade primordial das políticas públicas de trabalho e emprego promover e garantir condições de acesso e de permanência da pessoa com deficiência no campo de trabalho” (BRASIL, 2015), sendo vedada restrição ou qualquer discriminação por sua condição.

Há legislações específicas para disciplinar a reserva de mercado para essa população. No setor privado, a Lei de Cotas, conforme ficou conhecida a Lei nº. 8213/91 (BRASIL, 1991), no seu artigo 93, estabelece que empresas com cem ou mais empregados devem preencher de 2% a 5% de seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência. Entretanto, em face das alegadas dificuldades por parte do empresariado na contratação dessa população, o governo federal propôs o Projeto de Lei 6159/2019 (BRASIL, 2019) que, dentre outras medidas, previa o pagamento alternativo de dois salários mínimos para o governo por parte da empresa que não “conseguisse” contratar pessoas com deficiência em função de sua “baixa qualificação ou inadequação”, fortalecendo a reprodução dos obstáculos que têm impedido pessoas de exercerem o seu direito de trabalhar.

No setor público, a Lei 8122, de 1990 (BRASIL, 1990), institui a reserva de 20% das vagas para essa população, desde que a deficiência seja “compatível” com as atribuições. Entretanto, barreiras diversas de acessibilidade têm impedido o acesso a esse direito por parte do público ao qual se destina. Critérios de seleção com base em meritocracia, em que são selecionadas as pessoas com melhor desempenho nos concursos públicos, tornam a lei ineficaz para a inclusão de pessoas com deficiência intelectual, por exemplo.

Barreiras comunicacionais, sensoriais e físicas também reduzem a chance de as pessoas com deficiências acessarem a informação sobre o concurso, participarem em condições equânimes, realizarem a prova ou, ainda, materializam barreiras ao deslocamento igualmente intransponíveis. Ressalte-se, ademais, que no processo de precarização da força de trabalho, a partir da terceirização de trabalhadoras e trabalhadores, novas barreiras são erguidas para as mulheres com deficiência. O circuito da exclusão à educação de qualidade, ao convívio social, ao mercado de trabalho, se repete e se reforça, naturalizando o aviltamento ao direito da trabalhadora com deficiência também no mercado de trabalho em saúde.

Os estigmas associados à deficiência são tão perenes, estrutural que é o capacitismo, que muitas trabalhadoras optam por “não sair do armário”, mesmo que o custo seja o seu bem-estar. A falta de participação de pessoas com deficiência nas arenas de poder das autoridades sanitárias – em que pese a bandeira de luta, incorporada na política nacional de saúde da pessoa com deficiência, que prevê sua participação nos espaços deliberativos que lhe digam respeito – colabora para a manutenção dos estigmas e para um ambiente que segue reproduzindo barreiras para a participação das mulheres. E a consequência, além das injustiças sociais narradas, é um ambiente de trabalho empobrecido, em que a integralidade da manifestação das diversidades funcionais humanas não consegue se efetivar, reduzindo a capacidade de aquele ambiente social incorporar a pluralidade das dimensões possíveis e necessárias

para compreender os limites impostos ao campo da saúde em sociedade tão complexa quanto a contemporânea. Essa é uma perda qualitativa que reflete falhas na efetivação de uma sociedade plenamente diversa.

A contratação de mulheres com deficiência no campo da saúde precisa começar a ser vista pelo que é: uma oportunidade de incorporar novas visões de mundo ao ambiente de trabalho. Mas contratar essas mulheres exige uma série de reconhecimentos e de ações. Este público-alvo, em função de suas especificidades, pode precisar de flexibilidade nos horários de trabalho, de modo a tornarem-se compatíveis com eventuais necessidades de saúde. Sobretudo, é necessário implementar ações de modo a entender o potencial de contribuição de todas as mulheres, e não somente daquelas sem deficiências.

As barreiras ao mercado do trabalho seguem invisibilizadas, o que obstaculiza a sua redução e eliminação; somente convivendo no ambiente de trabalho é que o papel desempenhado por cada pessoa e instituição na manutenção das barreiras que afastam as pessoas com deficiência de seu direito a trabalhar ganha contorno.

Adicionalmente, a forma de se referir a essas pessoas precisa parar de reproduzir, imediatamente, o capacitismo estrutural. Palavras carregam semânticas que podem apoiar a hierarquização entre seres humanos ou o respeito à diversidade humana. Rever o conteúdo da qualificação dos trabalhadores de saúde pode ser um bom ponto de partida.

As políticas voltadas para as trabalhadoras de saúde com deficiência em cada município só poderão ser bem-sucedidas se reconhecerem as especificidades da funcionalidade de cada pessoa e o contexto sociocultural e econômico no qual se inserem.

A realidade ainda é outra. A fiscalização pelo Ministério Público do Trabalho tem significado a única forma de algumas empresas se enquadrarem na legislação. Contudo, incluir é ir além do cumprimento por obrigação, é de fato oferecer todas as condições para o desenvolvimento do trabalho e das trabalhadoras, respeitando a participação das mesmas prevista no lema de luta “nada sobre nós, sem nós”.

Vale ressaltar que as mulheres com deficiência que compõem o Coletivo Feminista Helen Keller já propuseram em seu manifesto coletivo, como uma de suas pautas para o trabalho e **autonomia econômica**:

Acesso a benefícios sociais às pessoas com deficiência, como o Benefício de Prestação Continuada, em especial às meninas e mulheres; Ampliação e fiscalização da Lei 8213/91 (Lei de Cotas) como garantia de acesso ao trabalho; Denúncia e revogação de alterações legislativas que ameaçam o cumprimento da Lei 8213/91, como a Reforma Trabalhista e a Lei de terceirização; Responsabilização de empregadores que ofertam vagas exigindo deficiências específicas, desconsiderando as habilidades necessárias a função, o que configura discriminação (COLETIVO FEMINISTA HELEN KELLER, 2019, p.4).

O compromisso com a justiça social que marca toda a trajetória do movimento sanitarista brasileiro, derivando em um modelo civilizatório, não pode mais seguir ignorando as desigualdades impostas às trabalhadoras da saúde com deficiência.

Agentes comunitárias de saúde: mulheres na linha de frente da ampliação do acesso e da promoção do cuidado

Apesar de inseridas na política nacional de saúde no início da década de 1990, as agentes comunitárias de saúde guardam relação com ocupações e funções que remetem, desde a primeira metade do século 20, a programas de extensão de cobertura que recrutaram trabalhadoras leigas para a área da saúde. Podemos incluir nesse conjunto de trabalhadoras, ainda que em contextos distintos e com características variadas, as visitadoras sanitárias dos Centros de Saúde e as visitadoras do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)³, os auxiliares de saúde participantes do Projeto Montes Claros (1976), que se desenvolveu em Minas Gerais; o pessoal de nível auxiliar que atuou no Programa de Interiorização das Ações e Serviços de Saúde (PIASS), que se desenvolveu inicialmente no Nordeste (1976-1979) e, a partir de 1980, ganhou dimensão nacional (PIASS nacional).

Entre as experiências do PIASS nacional, destaca-se o Projeto de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em Área Rural, Vale do Ribeira (Projeto Devale), que abrangeu as regiões de Sorocaba e Vale do Ribeira, no Estado de São Paulo, trabalhando com agentes de saúde selecionados nas comunidades (SILVA; DALMASO, 2000; MOROSINI, 2010; FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013).

No final dos anos 1980, foi criado o Programa de Agentes de Saúde do Ceará, que se tornou pioneiro no emprego de agentes de saúde em grande escala, com o objetivo de proporcionar condições para que a comunidade cuidasse da própria saúde. A esse objetivo combinou-se a intenção de promover o emprego de mulheres das áreas mais pobres do Estado, visando a sua ‘promoção social’. O início desse programa esteve associado a um período de seca intensa no Ceará, quando o governo estadual mobilizou parte dos recursos federais de emergência para remunerar essas trabalhadoras. As agentes do Ceará, desenvolvendo atividades consideradas de baixa complexidade, como terapia de reidratação oral, estímulo à vacinação e ao aleitamento materno, e o acompanhamento de gestantes, entre outras ações, conseguiram um alto impacto em índices importantes de qualidade de vida: a redução da morbidade e da mortalidade materna e infantil (SILVA; DALMASO, 2002).

³ As visitadoras sanitárias dos Centros de Saúde não eram recrutadas nas comunidades; eram jovens mulheres egressas do antigo curso normal que eram treinadas para o trabalho em saúde.

Os principais traços comuns entre essas experiências e entre essas trabalhadoras consistem no recrutamento e na preparação de pessoal externo ao quadro profissional da saúde, na maioria leigos e mulheres, moradoras das chamadas comunidades populares, localizadas em áreas rurais ou urbanas pobres, com dificuldade de acesso aos serviços e ações de saúde. Associavam o objetivo de ampliar a cobertura de atenção a grupos específicos, com a ideia de que a trabalhadora comunitária poderia ser o ‘elo’ de aproximação entre os serviços de saúde e as pessoas das comunidades abrangidas por esses serviços, sendo um elemento estratégico na realização dos objetivos dos programas e projetos em que se inseriram (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007). Outro traço comum consiste na importância atribuída às atividades com caráter educativo e na centralidade da visita domiciliar como estratégia e local de realização do seu trabalho (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013).

As ACS passam a integrar uma política nacional, a partir da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, e do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. O PSF se configurou no contexto do Programa Comunidade Solidária que tinha, entre seus objetivos, ampliar a eficiência das políticas sociais (DURÃO; MOROSINI; CARVALHO, 2011), e buscava apoiar iniciativas de geração de emprego e renda. A vinculação do PSF ao Programa Comunidade Solidária está relacionada à seletividade que direciona a configuração do perfil social do trabalhador que a política de saúde pretende empregar como ACS.

A fração da classe trabalhadora que ingressou inicialmente no trabalho de agente comunitário de saúde é determinada por um conjunto de fatores, dentre os quais se destacam: as poucas exigências formais para a candidatura ao trabalho (saber ler e escrever, ser morador da comunidade em que atua, ter disponibilidade de 40 horas), o contexto de desemprego elevado na década de 1990 e a remuneração base praticada – de um salário mínimo – que representou e representa uma situação diferenciada em contextos de desemprego e aumento de informalidade.

Vale assinalar o potencial impacto que esses postos de trabalho teriam sobre a geração de emprego e renda, principalmente, para jovens e mulheres, representando a primeira chance de ingresso no mercado de trabalho. Completa esse conjunto a ideia de um trabalho razoavelmente estável, ligado ao setor público, e a possibilidade de conciliar as responsabilidades domésticas com as atividades laborais, atrativo para as mulheres que constituem a maioria da categoria.

No campo da saúde, é comum a associação do gênero feminino às ocupações de cuidado, como as que caracterizam o trabalho de enfermagem, explicada pela presunção de que estas seriam mais próprias ao universo feminino. Reproduz-se, assim, no trabalho em saúde em geral e no trabalho como ACS, em particular, o lugar socialmente hegemônico da mulher como cuidadora (BARBOSA et al., 2012; VIEIRA, CHINELLI e MENEZES, 2014; DURÃO et al., 2013). Durão et al. (2013) entendem que a predominância de mulheres ACS está relacionada ao papel que lhes é atribuído na divisão sexual e social do trabalho. As autoras relacionam as práticas de cuidado realizadas pelas mulheres nos domicílios com as práticas que passam a compor o repertório de trabalho das agentes no plano da política de Estado.

Entre as atividades historicamente atribuídas pela política pública às ACS, destacam-se: ações de educação em saúde, diagnóstico sociossanitário, participação popular, acolhimento, cadastramento, registro de informações, monitoramento e acompanhamento de grupos específicos. O território é o local principal de atuação, onde o seu trabalho se organiza principalmente por meio das visitas domiciliares, realizadas com regularidade.

Pode-se afirmar que a categoria ACS é composta majoritariamente por mulheres negras, oriundas de frações empobrecidas da classe trabalhadora brasileira (PINTO et al., 2015), caracterizando a associação de condições de desigualdade social.

Após trinta anos de trabalho no SUS, com papel destacado nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), vetor da reorganização do modelo de atenção a partir da Atenção Básica (AB), as agentes foram fundamentais para a ampliação do acesso e a promoção do cuidado territorializado, com forte protagonismo na construção de adesão da população aos planos de imunização e demais estratégias de cuidados em saúde. Entretanto, seguem enfrentando condições precárias de trabalho, não formação profissional e remuneração reduzida, somadas a ameaças recentes de descontinuidade ou descaracterização do seu trabalho, produzidas no contexto de radicalização de medidas de austeridade fiscal, característica do capitalismo contemporâneo.

Na perspectiva da Atenção Primária à Saúde (APS) integral, propunha-se para essas trabalhadoras uma presença constante no território de abrangência e um trabalho predominantemente intersubjetivo, capaz de oferecer compreensões culturalmente situadas acerca dos problemas de saúde das pessoas assistidas. A legitimidade do seu trabalho se dava principalmente pela possibilidade de aportar aos serviços e equipes de saúde da AB informações socialmente contextualizadas, vocalizar as demandas da população e contribuir para a promoção de ações de cuidado mais efetivas.

Entretanto, sob o argumento da necessidade de aumento da resolutividade e uso mais racional de recursos escassos na AB, têm sido promovidas alterações com efeitos que incidem sobre a continuidade da presença das ACS nos territórios e no escopo de suas atribuições. Em linhas gerais, quanto à presença das ACS, a Política Nacional de Atenção Básica publicada em 2017 (PNAB 2017) deixa de estabelecer o número mínimo de ACS por equipe e passa a prever equipes sem ACS, facultando aos municípios novas possibilidades organizativas da AB que prescindem dessas trabalhadoras. Quanto ao escopo de atribuições, a PNAB acrescenta atividades de caráter clínico, típicas das trabalhadoras de enfermagem, reforçando uma ideia reduzida de clínica, com enfoque biomédico (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018).

Mais recentemente, novas inflexões para a ESF e o trabalho das ACS fortalecem uma perspectiva individualizante do cuidado em saúde e enfraquecem a noção de territorialização da atenção, afastando-se da compreensão da determinação social do processo saúde-doença e da orientação comunitária, balizadoras do trabalho das ACS (MOROSINI, FONSECA e BAPTISTA, 2020).

No contexto da pandemia de Covid-19, os problemas que atingiram as diferentes trabalhadoras apresentaram feições particulares no caso das ACS, evidenciando as condições subalternas e o ainda baixo reconhecimento institucional do seu trabalho. Pesquisas identificam problemas de fornecimento de equipamentos de proteção individual, tanto em termos de quantidade, quanto de qualidade; não oferecimento de atividades formativas direcionadas para as agentes; violação de direitos, como afastamento remunerado do trabalho em caso de adoecimento ou de condições de risco agravado para COVID-19; entre outros (NOGUEIRA et al., 2020; LOTTA et al., 2020). Uma antiga questão voltou à cena: questionou-se se as agentes seriam trabalhadoras da saúde, temática historicamente enfrentada pelas ACS, ainda que o reconhecimento da profissão tenha se realizado em 2002, pela Lei 10507.

A luta dessas trabalhadoras vem logrando uma série de conquistas que têm se materializado principalmente no plano legislativo, com a publicação de dispositivos que regulamentam a profissão, definem o piso salarial e atestam a sua condição de trabalhadoras da saúde. Trilharam um longo caminho de lutas, mas prosseguem em condição de instabilidade, o que, em nossa compreensão, tem a ver com a estreita relação que o seu trabalho guarda com dois princípios fundamentais do SUS – a universalidade e a integralidade – frequentemente ameaçados.

Quando se percebe o avanço sem precedentes da lógica e dos interesses mercantis na gestão da AB, o trabalho das ACS torna-se um indicador ainda mais importante da capacidade de resistir e se opor às tendências privatizantes. Seu trabalho que, num contexto de desigualdades crescentes, coloca luz sobre sofrimentos e condições muitas vezes invisíveis, que evoca a necessidade de atuação das políticas sociais, de modo intersetorial e complementar, não encontra espaço, nem razão, nas investidas privatizantes contra o SUS. Defender a sua permanência e as condições para que realize suas atividades, deve estar diretamente vinculado à defesa de um sistema público de saúde enquanto espaço de geração de emprego e renda para essas mulheres, muitas respondem sozinhas pela manutenção da família ou com companheiros desempregados.

Participação da mulher na produção da ciência e saúde

A falta de condições de participação paritária das mulheres na formação da ciência (BRITISH COUNCIL, 2019) e nos programas de pós-graduação é reflexo de um ambiente desigual de produção de ciência no Brasil, conforme tem evidenciado o Movimento *Parent in Science*, que recorre a dados da Pnad de 2019 para evidenciar a perene naturalização da função de cuidadora ocupada pelas mulheres na estrutura societária. Essa função não é exclusiva à maternidade, mas a toda atividade de cuidado com outras pessoas, uma vez que essas mulheres dedicam quase duas vezes mais tempo ao cuidado de outras pessoas e/ou à realização das tarefas domésticas, quando comparadas aos homens, incluindo aquelas que não têm filhas ou filhos.

A situação desigual se agrava nos anos iniciais da maternidade. De acordo com o Movimento *Parente in Science*, apoiado em estudo de Machado de 2019, há significativa redução do número de artigos científicos publicados por mulheres nos anos subsequentes ao nascimento de suas crias. Vale ressaltar que informações disponíveis no sítio da Academia Brasileira de Ciências demonstram que apenas 21% dos assentos titulares são ocupados por mulheres, participação essa que declina um pouco quando se consideram todas as afiliações. Quando analisada a membresia por campo científico, há variações dessa desigualdade que, entretanto, está presente em todas as áreas: nas ciências de saúde, as mulheres ocupam 41% dos assentos (e 34% dos titulares); nas biomédicas, 30%; nas biológicas, 36%; e nas ciências sociais ocupam, por sua vez, 38 % dos assentos (ABC sítio da Academia Brasileira de Ciência).

O machismo, que de fato não é uma tradição particular desse campo de estudo, segue muito presente e mal compreendido, sugerindo a pertinência de investigar sua manifestação e as formas de manutenção da desigualdade de gênero de forma mais sistemática.

Ainda que as mulheres acessem majoritariamente os programas de pós-graduação de áreas diversas, elas demoram mais para chegar ao topo da carreira, conforme alerta de um grupo de pesquisadoras em carta enviada ao reitor da UERJ, em agosto de 2020, contendo evidências do impacto do nascimento de filhas ou filhos na carreira docente, na produtividade e no acesso às bolsas de produtividade e editais de pesquisa.

A essa estrutura desigual e perene somam-se novos obstáculos, decorrentes da pandemia de Covid-19 (STANISCUASKI, et al., 2020), dado que o acesso às estruturas sociais dedicadas ao desenvolvimento, cuidado e lazer das pessoas que são cuidadas foi reduzido ou completamente interrompido.

Vale ressaltar, ademais, a especificidade das mães de crias com deficiência, cujo isolamento social ocasionou também a interrupção das terapias necessárias ao seu pleno desenvolvimento. Note-se que crianças com deficiência necessitam de apoio para o seu aprendizado e que, independentemente da orientação de isolamento social, é recomendável aproveitar a maior plasticidade neural (até os 7 anos de idade) para potencializar seu desenvolvimento, aumentando a chance de uma inserção mais autônoma na vida adulta.

Independente das inúmeras evidências da efetividade da estimulação precoce, reconhecida e incorporada nas políticas de saúde, pouco ou nada do conteúdo programático foi adaptado pelas escolas para essas crianças, e foram nulos ou escassos os apoios mais específicos, inclusive no que se refere às necessárias terapias de habilitação e reabilitação. Salvo raras exceções, por iniciativas individuais, as necessidades dessas crianças foram completamente ignoradas e relegadas à esfera familiar. Tal abandono é naturalizado, dado que o conjunto de iniciativas para o desenvolvimento de crianças e adolescentes com deficiência segue entendido majoritariamente como infortúnio privado das famílias, em negação à responsabilidade coletiva pela garantia dos direitos humanos de todas as crianças. Esta é uma herança do resiliente modelo biomédico da deficiência, por um lado, e de uma cultura que prisma pela mensuração das capacidades e de valores como competição, utilidade/utilitarismo, sucesso, prosperidade, narcisismo, individualismo etc., que conformam a cultura patriarcal (RIOS NETO, 2021).

Em face da negação de seus direitos mais básicos, concentrou-se também na mulher a responsabilidade pelo provimento do apoio terapêutico das crianças com deficiência, sugerindo a ampliação das condições já desiguais de concorrer às bolsas e aos editais de pesquisa.

Em suma, as evidências da existência de efeitos desiguais sobre a produtividade das cientistas decorrente de gênero, agravadas pelo nascimento de uma criança e pela menor disponibilidade de tempo laboral da profissional caso a criança nasça ou adquira alguma deficiência (reconhecida por lei federal), sugerem que o tema deveria ser contemplado nos critérios de credenciamento, nos editais de pesquisa, na compatibilização das datas da docência com a maternidade em períodos atípicos como o atual, no acesso à orientação de alunas e alunos, na reflexão coletiva e objetiva de como dirimir tais diferenças e injustiças sem ameaçar a produtividade dos programas de pós graduação de saúde coletiva.

O espaço desproporcional ocupado por homens e mulheres afeta o processo geral de formação de conhecimento, dado que a trajetória de cada pesquisadora e cada pesquisador também influencia a forma como interage com seu objeto de pesquisa. A falta de paridade na participação prejudica a formação de conhecimento precisamente por restringir ou limitar os olhares, deixando uma vasta e rica (como qualquer outra) intersubjetividade de fora.

Em face de tantas evidências, é necessário reconhecer que esse não configura um assunto privado das mulheres ou das cientistas mães de crianças em idade escolar, com ou sem deficiência. Pelo contrário, diz respeito e é de responsabilidade de todas as pessoas e da sociedade em geral.

Ademais, urge entender que o tema não pode ficar subsumido no sensato e compartilhado desconforto com o vigente modelo produtivista de se fazer ciência, como se ele não produzisse desdobramentos que afetam desproporcionalmente grupos distintos de pessoas. Em face das perdas diversas e da injustiça que precisa ser reparada, recomendar-se-ia recorrer ao conceito de Nancy Fraser de justiça social, que reconhece a necessidade de reparação via redistribuição e reconhecimento toda vez que se localizarem as causas do impedimento de participação paritária (FRASER, 2007). Para tanto, pontua-se também a urgência de produzir mais dados e evidências das condições objetivas de participação das mulheres na formação de conhecimento. Ademais, tal investigação precisa considerar as demais características que se somam àquela específica de gênero, que configuram maiores obstáculos à participação, a exemplo de raça, diversidade funcional, orientação sexual, precariedade socioeconômica, maternidade mais recente, entre outros.

Somente a partir da análise da especificidade dessas evidências no campo da saúde poder-se-ão localizar os subsídios necessários à reparação de uma injustiça histórica que compromete a qualidade do que os programas de ensino produzem ao obstaculizar determinadas vivências do processo de formação de conhecimento.

Uma agenda interseccional para o trabalho das mulheres na saúde: compromisso com a equidade

No Ano Internacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras da Saúde e Assistência, marcado pela exacerbação das crises sanitária, ambiental e humanitária, ficaram expostas as deficiências do modelo de exploração do trabalho, baseado num enorme contingente de mulheres desempenhando múltiplos papéis, recebendo baixos salários em vínculos precarizados.

Mais do que nunca, precisamos debater sobre o trabalho das mulheres na saúde, suas condições de vida, saúde e trabalho. Mas também e, sobretudo, propor medidas e estratégias de enfrentamento que possam reduzir as iniquidades de gênero, raça, diversidade funcional e classe produzidas no trabalho, assim como afirmar outros modos de construção de uma sociedade mais justa, equânime e plural.

Para além de uma agenda que compõe os principais marcos da política de saúde e enfrentamento à pandemia de Covid-19, medidas no âmbito nacional, estadual e municipal se deparam com questões candentes para a vida no trabalho das mulheres. Tais questões demandam a convergência das trabalhadoras (beneficiárias prioritárias e protagonistas na construção de soluções), dos movimentos organizados da sociedade e das pessoas e equipes responsáveis pela gestão do trabalho e da educação em saúde, para o desenho de alternativas abrangentes e eficazes.

Esse processo compreenderia:

- Fortalecimento do papel do Estado no enfrentamento do desemprego, e estímulo à autonomia das mulheres, que passa pela geração de emprego e renda e, sobretudo, pelo exercício do trabalho formalizado e remunerado dignamente;
- Incentivo à igualdade de remuneração e de benefícios entre homens e mulheres, por trabalho de igual valor;
- Incentivo à representação igualitária das mulheres nas instâncias de planejamento e decisão;
- Implementação de políticas que eliminem toda discriminação em matéria de emprego e condições de trabalho em saúde, por motivos de gênero, raça, diversidade funcional ou origem social;
- Planejamento de ações de inclusão social nas diversas localidades, sempre com a participação das lideranças locais das pessoas com diversidade funcional e demais pessoas cujos direitos têm sido sistematicamente desrespeitados;
- Parceria com o Ministério Público do Trabalho, não só para a fiscalização da Lei de Cotas, mas para o desenho e a implementação de políticas de emprego e trabalho para as mulheres com deficiência;

- Promoção de campanhas e ciclos de debates sobre a reserva de mercado para trabalhadoras com deficiência, contemplando recorte de raça e classe nos segmentos privados e públicos de saúde, visando corrigir distorções;
- Desenvolvimento de ações para eliminar o uso de termos preconceituosos;
- Valorização das contribuições das mulheres na ciência para o SUS;
- Contemplação das questões específicas das mulheres em suas interseccionalidades nos editais de pesquisa, com ampliação do período avaliativo dos currículos;
- Orientação para que gestores(as) e equipes levem em consideração a sobrecarga das mulheres neste contexto de pandemia e as desigualdades de gênero, ao avaliarem sua produção científica.

Por fim, é importante sublinhar que a assimetria de oportunidades entre homens e mulheres no trabalho é prejudicial na medida em que perpetua o quadro de desigualdade econômica que afeta toda sociedade. A valorização das mulheres trabalhadoras de saúde virá da compreensão e da consciência sobre a contribuição dos serviços que prestam e da diversidade de desafios que enfrentam.

Referências:

- ACADEMIA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS. **Dados dos membros da Academia Brasileira de Ciências**. Disponível em www.abc.org.br. Acesso em: 3 ago. 2021.
- ABBERLEY, P. The Limits of Classical Social theory in the analysis and transformation of disablement *In*: BARTON, L.; OLIVER, M. **Disability studies: past, present and future**. Leeds: The disability press, 1997.
- ALMEIDA, Sílvio. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.
- AZEVEDO, Célia Maria Marinho de. **Onda negra, medo branco: o negro no imaginário das elites – século XIX**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2004.
- BARBOSA, R. H. S et al. Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 16, n. 42, p.751-65, jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n42/v16n42a13.pdf>. Acesso em: 03 set. 2021.
- BERNARDES, L. C. G. et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.31-38, 2009.
- BRASIL. **Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm. Acesso em: 4 out. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1991/8213.htm>. Acesso em: 4 out. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Orientações Educacionais para a Realização de Aulas e Atividades Pedagógicas Presenciais e Não Presenciais no contexto da Pandemia**. PARECER CNE/CP Nº: 11/2020, 07 de julho de 2020. Relatora: Conselheira Maria Helena Guimarães de Castro. DOU em 3/8/2020, Edição 147, Seção 1, Página 57, 2020a.

BRASIL. **Decreto nº 10.502, de 30 de setembro de 2020**. Institui a Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida. Brasília, 2020b.

BRASIL. **Lei nº 14.126, de 22 de março de 2021**. Classifica a visão monocular como deficiência sensorial, do tipo visual. Diário Oficial da União - Seção 1 - 23/3/2021, Página 3 (Publicação Original).

BRASIL. **Lei nº 2.040, de 28 de setembro de 1871**. 28 set. 1871. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim2040.htm. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASÍLIA. Câmara dos deputados. **Projeto de Lei 6159 de 26 de novembro de 2019**. Dispõe sobre o auxílio inclusão, reabilitação profissional e a reserva de vagas para a habilitação e a reabilitação profissional. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2230632>. Acesso em: 31 ago. 2021.

BRITISH COUNCIL. **Revista Mulheres na Ciência**. Rio de Janeiro: British Council Brasil #1, 2019. Disponível em: https://www.britishcouncil.org.br/sites/default/files/d1_revista.pdf. Acesso em: 6 set. 2021.

COFEN. **Observatório Da Enfermagem contabiliza casos de COVID-19 na Enfermagem**. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, Observatório da Enfermagem 2020, Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>. Acesso em: 27 jul. 2021.

COLETIVO FEMINISTA HELEN KELLER. **Manifesto Coletivo Feminista Helen Keller**. 2019. Coletivo Helen Keller. 19 de setembro de 2019. Disponível em: <https://coletivofeministahelenkeller.wordpress.com/2019/09/19/manifesto-coletivo-feminista-helen-keller/>. Acesso em: 02 set. 2021.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p.171-188, jan. 2002.

DURÃO, A. V.; MOROSINI, M. V. G. C.; CARVALHO, V. Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação. In: VIEIRA, M.;

DURÃO, A. V.; LOPES, M. R. **Para além da comunidade**: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2011. p.119-159. Disponível em : <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39229/2/Para%20A1%C3%A9m%20da%20Comunidade%20-%20Os%20agentes%20comunit%C3%A1rios%20de%20sa%C3%BAde%20e%20o%20conceito%20de%20comunidade.pdf> Acesso em: 03 set. 2021.

DURÃO, A.V. Ret al. Qualificação e Gênero no Trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C.; LOPES, M. C. R.; CHAGAS, D. C.; CHINELLI, F.; VIEIRA, M. (orgs.). **Trabalhadores técnicos em saúde**: aspectos da qualificação profissional no SUS. . Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2013. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14086/2/Trabalhadores%20T%C3%A9cnicos%20em%20Sa%C3%BAde_Qualificacao%20e%20Genero%20no%20Trabalho%20das%20ACS.pdf Acesso em: 03 set. 2021.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a Bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. Tradução: Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2017. 464 p.

FIOCRUZ. Fundação Osvaldo Cruz. **Carta Manifesto do Coletivo de Mulheres da Fiocruz**. 2021, Rio de Janeiro, 8 de março de 2021 – Dia Internacional de Luta das Mulheres. Disponível em: http://www.asfoc.fiocruz.br/portal/sites/default/files/carta_manifesto_do_coletivo_de_mulheres_da_fiocruz_2021_vf.pdf. Acesso em: 6 set. 2021.

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. G. C.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária em Saúde e o Perfil Social do Trabalhador Comunitário: reflexões a partir de uma perspectiva histórica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, v. 11, p.525-552, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/6N8NWnsh7dkwhjDGXp5Vh9H/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 03 set. 2021.

FRASER, N. Reconhecimento sem ética? **Lua Nova**, São Paulo, 70: p.101-138, 2007.

GOMES, R. B. et al. Novos diálogos dos estudos feministas da deficiência. **Revista Estudos Feministas [online]**, v. 27, n. 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n148155>. Acesso em: 31 ago. 2021.

GONZALES, L. A mulher negra na sociedade brasileira. Uma abordagem político-econômica. In: MADEL, T. Luz (org.). **O lugar da mulher**: (estudos sobre a condição feminina na sociedade atual). Rio de Janeiro: Graal, 1982, p. 89–106.

GONZALES, L. Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira. [s.l.], 1984, p. 223–244.

HERNANDES, E. S. C.; VIEIRA, L. **A guerra tem rosto de mulher**: trabalhadoras da saúde no enfrentamento à Covid-19. ANESP, 2020. Disponível em: <http://anesp.org.br/todas-as-noticias/2020/4/16/a-guerra-tem-rosto-de-mulher-trabalhadoras-da-sade-no-enfrentamento-covid-19#:~:text=A%20guerra%20tem%20rosto%20de,enfrentamento%20%C3%A0%20Covid%2D19%20%E2%80%94%20ANESP>. Acesso em: 02 nov. 2020.

HIRATA H., KERGOAT D. Divisão sexual do trabalho profissional e doméstico: Brasil, França e Japão. In: COSTA A. de O; SORJ B.; BRUSCHINI C.; HIRATA, H. (orgs.). **Mercado de trabalho e gênero**: comparações internacionais. Rio de Janeiro: FGV, 2008. p.264-278.

HRW - Human Rights Watch. **Proteger os direitos das pessoas com deficiência durante a COVID-19**: É preciso garantir acesso à informação e serviços essenciais aos mais vulneráveis, 26 de mar. de 2020. Disponível em: <https://www.hrw.org/pt/news/2020/03/26/339940> Acesso em: 31 de ago. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde 2019**: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 05 de ago. 2021.

IPEA. Instituto De Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas do Estado Brasileiro** (Plataforma de dados integrados sobre a Estrutura Organizacional e de Pessoal do Estado brasileiro, nos três níveis da administração- federal, estadual e municipal – e nos três poderes – Executivo, Legislativo e Judiciário, a partir dos vínculos de trabalho e pessoas (CPFs) extraídos da Relação Anual de Informações Sociais do Ministério da Economia (RAIS/ME) BSB: IPEA, 2020. Disponível em <https://www.ipea.gov.br/atlasestado/>. Acesso em: 03 de set. 2021.

LIMA, M.; RIOS, F.; FRANÇA, D. Articulando Gênero e Raça: a participação das mulheres negras no Mercado de Trabalho (1995-2009). In: **Dossiê Mulheres Negras**: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil. Brasília: IPEA, 2013.

LOTTA, G. *et al.* **A pandemia de COVID-19 e os profissionais de saúde pública no Brasil**. 2a Fase, Fundação Getúlio Vargas, Núcleo de Estudos da Burocracia (NEB). Julho, 2020. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/06/rel01-saude-covid-19-depoimentos.pdf>. Acesso em: 03 set. 2021.

MACHADO, M. H. A participação da mulher no setor saúde no Brasil 1970/1980. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 2, 1986.

MACHADO, M. H. *et al.* **Análise da Força de Trabalho do Setor Saúde no Brasil**: focalizando a feminização, Rede de Observatórios de Recursos Humanos, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/ENSPSA-FIOCRUZ/Analise_forca_trabalho.pdf Acesso em: 14 jun. 2021.

MACHADO, M. H. *et al.* Características Gerais da Enfermagem: O perfil sociodemográfico. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. ESP, p. 9-14, 27 jan. 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318414700_CHARACTERISTICAS_GERAIS_DA_ENFERMAGEM_O_PERFIL_SOCIO_DEMOGRAFICO, Acesso em: 15 jul. 2021.

MACHADO, L. S. *et al.* Parent in science: The impact of parenthood on the scientific career in Brazil. **Proceedings**: 2nd International Workshop on Gender Equality in Software Engineering (2019), p. 37-40.

MARAFON, G.; PILUSO, R. P. Deficiência, mulheres e a dimensão do cuidado: compreensões das interseções em relações jurídico-sociais aplicadas. **Teoria Jurídica Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2020.

MBEMBE, A. **Crítica da Razão Negra**. 3. ed, N-1 Edições, 2018.

MELLO, A. G. Mulheres com deficiência no Brasil. In: **Guia Mulheres com deficiência**: garantia de direitos para exercício da cidadania. Coletivo Feminino Helen Keller. CONSTANTINO C.; BERNARDES V. (coords.). CONSTANTINO C. et al. (orgs.) maio 2020. Disponível em: https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPID/publicacoes/12359_guia_feminista_helen_keller_mulheres_com_deficiencia_.pdf. Acesso em: 10 ago. 2020.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D'A.; GUIMARÃES, C. C. O Agente Comunitário de Saúde no Âmbito das Políticas Voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, v. 5, n. 2, p.287-310, jul. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/JZcMkfsdq4HFxkPZNhDVNbn/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 03 set. 2021.

MOROSINI, M. V. G. C. **Educação e Trabalho em Disputa no SUS**: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2010. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/1145.pdf>. Acesso em: 03 set. 2021.

MOROSINI, M. V. G. C. Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016: a precarização para além dos vínculos. 2018, 357 f. **Tese (Doutorado)** – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Educação e Humanidades, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/33269/2/Tese%20-%20M%3%A1rcia%20Val%3%A9ria%20Guimar%3%A3es%20Cardoso%20Morosini%20-%20PPFH-UERJ.pdf> Acesso em: 03 set. 2021.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, RJ, 2018, v. 42, n. 116, p.11-24. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 set. 2021.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. de F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, v. 36, n. 9, p. 1-20. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2021.

MOURA, C. **Sociologia do negro brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2019. Coleção Palavras Negras.

NASCIMENTO, Abdias do. **O genocídio do negro brasileiro**: processo de um racismo mascarado. São Paulo: Perspectiva, 2016.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B. da; RAMOS, Z. do V. R. **A Vinculação Institucional de um Trabalhador suis Generis** – o Agente Comunitário de Saúde. IPEA, Rio de Janeiro, 2000. (Texto para discussão nº 735). Disponível em: http://www.ipea.gov.br/porta/index.php?option=com_content&view=article&id=4208 Acesso em: 03 set. 2021.

NOGUEIRA, M. L. et al. **Boletim da Pesquisa Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19**. Monitor ACS, Rio de Janeiro, Fiocruz/EPSJV/ICICT/Presidência, 2020. 72 p. Disponível em: <https://acscovid19.fiocruz.br/boletim>. Acesso em: 03 set. 2021.

PARENT IN SCIENCE. **Guia sobre editais que incluem a maternidade**. Disponível em: https://327b604e-5cf4-492b-910b-e35e2bc67511.filesusr.com/ugd/0b341b_40bcd9b34b04ece83507ce6b8866fd8.pdf. Acesso em: 4 out. 2021.

PEREIRA, A. V. Policronicidade e a Saúde de enfermeiras(os) que trabalham em hospital: estudo descritivo. **Revista Gênero**, Niterói, v. 18, p. 13-25, 2018.

PINTO, I. C. de M. *et al.* Avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil. Relatório de Pesquisa. **Projeto de cooperação entre o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA)**. Salvador: Universidade Federal da Bahia – Instituto de Saúde Coletiva, 2015.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e a América Latina. In: *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais*. Perspectivas latinoamericanas. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2005. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4109238/mod_resource/content/1/12_Quijano.pdf Acesso em: 24 nov. 2020.

RIOS NETO, Antônio Sales. A agonia de uma civilização forjada no patriarcado. **Instituto Humanitas Unisinos**, 12/03/2021. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/607434-a-agonia-de-uma-civilizacao-forjada-no-patriarcado-artigo-de-antonio-sales-rios-neto> Acesso em: 30 ago. 2021.

ROTENBERG, L. *et al.* Housework and recovery from work among nursing teams: a genderview. **New Solutions** (Print), v. 20, p. 497-510, 2010.

SCHEFFER, M. *et al.*, **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p.

SILVA, J. A. da; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde**: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SILVA, M. C. N. da *et al.* Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p.7-13, jan. 2020.

SOARES, J. **O mercado de trabalho para as pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro, 29 de março de 2021. Instagram. AcolheDown: Coluna Inclusão. Disponível em: https://www.instagram.com/p/CM_56bnpXj8/?utm_medium=copy_link Acesso em: 31 ago. 2021.

SORJ, B. Trabalho, gênero e família: quais políticas sociais? In: GODINHO T.; SILVEIRA, M. L. (orgs.). **Políticas públicas e igualdade de gênero**. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo, 2003, p. 143-148.

STANISCUASKI, F. *et al.* Impact of Covid-19 on academic mothers. **Science**, 15 may 2020, vol. 368, issue 6492, p. 724 DOI: 10.1126/science.abc2740. Disponível em: <https://www.science.org/doi/pdf/10.1126/science.abc2740>. Acesso em: 02 set. 2021.

UNFPA – United Nations Population Fund. Covid19: **Um olhar para o Gênero**. Resumo Técnico, março 2020. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Covid19_olhar_genero.pdf Acesso em: 12 jul. 2021.

VIEIRA, M. *et al.* Dinâmica da Formação Técnica e da Ocupação de Postos de Trabalho em Saúde: Brasil anos 2000. In: MOROSINI, M. V. G. C.; LOPES, M. C. R.; CHAGAS, D. C.; CHINELLI, F.; VIEIRA, M. (orgs.). **Trabalhadores Técnicos da Saúde**: aspectos da qualificação profissional no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2013, p 121-146. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13866/2/Trabalhadores%20T%c3%a9cnicos%20em%20Sa%c3%bade_Dinamica%20da%20Formacao%20Tecnica.pdf. Acesso em: 03 set. 2021.

WERMELINGER, M. *et al.* A Feminilização do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, maio de 2010. Série Gestão do Trabalho I, Rio de Janeiro, Cebes.

WILLIAMS, E. **Capitalismo e Escravidão**. Tradução: Denise Bottmann. 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras. 2012.

YANOULLAS, S. C. Feminização ou Feminilização: apontamentos em torno de uma categoria. **Temporalis**, Brasília, ano 11, n.22, p.271-292. Brasília. ABESS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/index.php/temporalis/article/view/1368> Acesso em: 12 jul. 2021.

Contribuições de mulheres ao
trabalho e à educação na saúde

SEÇÃO 2

MARIA CECILIA PUNTEL DE ALMEIDA: ANÁLISE CRÍTICA DO TRABALHO EM ENFERMAGEM EM UM MOMENTO CRÍTICO PARA OS TRABALHADORES

Marina Peduzzi

Tenho sangrado demais.

Tenho chorado pra cachorro.

Ano passado eu morri. Mas esse ano eu não morro

(Emicida – AmarElo (Sample:

Belchior - Sujeito de Sorte))

Introdução

Profa. Cecília, era como carinhosamente todos que conheciam Maria Cecília Puntel de Almeida se referiam a ela (MISHIMA *et al*, 2009; PEREIRA *et al*, 2013). Profa. Cecília foi uma mulher gentil, generosa, sensível e firme, dedicada a ser, na vida profissional, enfermeira de Saúde Pública e professora que formou centenas de enfermeiras e profissionais de saúde de outras áreas. Também foi pesquisadora renomada, ativista do campo da Enfermagem e da Saúde Coletiva e, participou com entusiasmo do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), compartilhando o horizonte do efetivo direito a saúde para toda população brasileira.

Retomar a trajetória profissional e acadêmica da Profa. Cecília em tempos de pandemia Covid-19, que desde o início de 2020 configura a maior crise sanitária e humanitária do último século, coloca em cena sua visão abrangente de saúde e da complexidade da atenção à saúde com suas intrínsecas dimensões: individual e coletiva.

No Brasil, que se encontra em intensa crise política, econômica e social e, desde meados da década de 2010, apresenta piora das condições de vida e de trabalho de maior parte da população, com agravamento da pobreza e até mesmo a volta da fome, a pandemia de Covid-19 expõem a profunda desigualdade expressa também na distribuição da infecção pelo SarsCov2, do adoecimento e da morte que já alcança mais de 575.000 brasileiros, sendo o segundo país com maior número de mortes, no mundo (Our World in Data, 2021).



O Brasil responde por 30% de mortes de profissionais de enfermagem no mundo (COFEN, 2020). Até 31/12/20 haviam sido reportados 45.737 casos de Covid-19 e 468 mortes de trabalhadores de enfermagem no país. No primeiro semestre de 2021 o número de óbitos aumentou, visto que entre o início de janeiro e 30 de agosto de 2021 foram registrados mais 12.487 casos e 396 mortes (COFEN, 2021a).

O país também ostenta a triste constatação de ser o país com maior número de mortes entre os trabalhadores de enfermagem e um número expressivo de perdas de trabalhadores de saúde de outras áreas. Nas mortes também se observa a desigualdade: morreram mais auxiliares de enfermagem, seguidos de técnicos de enfermagem, de enfermeiros e de médicos e outros (SOARES *et al.*, 2020). Lamentável que profissionais dedicados ao cuidado da saúde de pessoas, famílias e comunidades, morram no e pelo trabalho.

No contexto da pandemia as práticas de saúde e de formação dos profissionais de saúde aparecem com destaque, visto que 2021 foi designado pela Organização Mundial da Saúde como *Ano Internacional dos Trabalhadores de Saúde e Assistência* em reconhecimento à relevante atuação dos profissionais no combate a Covid-19.

Esse panorama colocou holofotes em antigos problemas que agora emergem como a ponta de um gigante iceberg – o papel fundamental dos trabalhadores e profissionais de saúde para assegurar e manter a saúde e o bem-estar da população e as difíceis e até precárias condições de trabalho, de educação e de formação em que se encontram. Momento oportuno para retomar a produção da Profa. Cecília.

Um percurso na Saúde e Enfermagem

Profa. Cecília sempre esteve nesse front de luta e desafios, em especial, relativos às práticas de enfermagem e de formação dos profissionais de enfermagem, mas também das práticas de saúde e de formação em saúde, visto que as práticas sociais – de Enfermagem e de Saúde, no âmbito do trabalho e da educação na saúde, bem como da produção do conhecimento, se constituem historicamente, em um processo dialético de mútuas influências e determinações. Esse era o olhar e a abordagem adotados pela Profa. Cecília ao longo de sua trajetória de reflexão e ação crítica.

Profa. Cecília construiu pontes de dupla mão entre a Enfermagem e a Saúde – a Saúde e a Enfermagem (SCOCHI *et al.*, 2015) – no que reside a riqueza, mas também os desafios e até mesmo as limitações de suas contribuições à medida que nas interfaces, nas intersecções residem tanto a complexidade como as contradições das práticas sociais e dos múltiplos campos em interação – caminho que continua deixando muitas perguntas sem respostas, muitos argumentos em aberto e muitas veredas para explorar.

A professora graduou-se enfermeira na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) em 1963, e desde então percorreu quase cinco décadas se dedicando a Enfermagem e a Saúde Coletiva brasileira. Iniciou sua trajetória profissional como enfermeira de Saúde Pública junto ao Hospital das

Clínicas de Ribeirão Preto, cursou mestrado (1967) e doutorado (1984) na Escola Nacional de Saúde Pública e, no período de 1968 a 2008, foi professora com dedicação integral à docência e pesquisa na EERP-USP, na qual obteve o título de Livre-docente em 1991 e de Professora Titular em 1993 (MISHIMA *et al.*, 2009).

Profa. Cecília é reconhecida como importante protagonista da enfermagem no país, tendo contribuído em diversas frentes: como enfermeira de saúde pública, como professora do curso de graduação em Enfermagem e de programas de pós-graduação em Enfermagem e em Saúde Coletiva, como pesquisadora e intelectual de ambos os campos, como consultora e assessora da CAPES do CNPq, da FAPESP, do Ministério da Saúde, como construtora do Sistema Único de Saúde (SUS) e como ativista da enfermagem brasileira e latino-americana.

Uma das maiores contribuições da Profa. Cecília foi na inflexão que ocorreu no pensamento e nas pesquisas de Enfermagem no Brasil, a partir dos anos 1980 – a mudança provocada pela introdução do referencial teórico conceitual e metodológico do trabalho e processo de trabalho em saúde e em enfermagem. Isso configurou uma ampliação de horizonte de abordagem, compreensão, educação, formação, atuação profissional e política da Enfermagem brasileira – apreendida, desde então como prática social.

Esse movimento epistemológico permitiu o deslocamento das práticas e da reflexão no campo da Enfermagem – da concepção vocacional orientada desde e para si própria, para a concepção da Enfermagem como prática de cuidado, de educação, de formação profissional e de construção do conhecimento constitutiva das práticas de atenção à saúde, de formação dos profissionais de saúde e de investigação na perspectiva histórico social (MISHIMA *et al.*, 2009; SCOCHI *et al.*, 2015).

Interessante explorar os caminhos percorridos por ela junto a outras pesquisadoras brasileiras que, por sua vez, culminam na possibilidade de ampliação do campo de debate, de estudos e de atuação na Enfermagem no país.

Até a década de 1970 dominava na Enfermagem brasileira o referencial teórico e metodológico positivista, ancorado nas premissas de separação sujeito-objeto do conhecimento e da objetividade do conhecimento com base na exploração de hipóteses sobre o cuidado de enfermagem.

Em meados dos anos 1970, Profa. Cecília e colegas da EERP-USP participaram do Seminário de Investigação e do Curso de Metodologias de Investigação em Enfermagem, em Cali na Colômbia, organizados por Juan Cesar Garcia e Olga Verderese, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)(SCOCHI *et al.*, 2015; PEREIRA *et al.*, 2013).

Juan Cesar Garcia foi um pensador, sociólogo, historiador e médico que, a partir de meados dos anos 1960, liderou na América Latina um movimento intelectual que buscava conhecer e intervir sobre os determinantes sociais do campo da saúde, com base na perspectiva histórico-dialética. Desenvolveu um estudo relevante sobre a educação médica denominado *La educación médica en la América Latina* (1972), no qual analisou as relações da educação médica com outros processos, em especial o trabalho médico e com a ordem institucional da formação

médica, ou seja, que as determinações do saber e das práticas devem ser buscadas no “*todo social e, em última instância, na estrutura social*” (NUNES, 1989, p. 21).

Considerando sua compreensão ampla das relações saúde e sociedade e seu intenso interesse pela educação, Juan Cesar e Olga Verderese, enfermeira, elaboram um estudo fundamental sobre a enfermagem na América Latina (1974). Com foco na ‘decisão de estudar enfermagem’, buscaram conhecer as relações entre prestígio ou ausência de prestígio da profissão e elementos da estrutura social (NUNES, 1989). O impacto dessa análise desencadeou uma série de iniciativas dentre as quais se encontram o Seminário e o Curso sobre Investigação em Enfermagem promovidos pela OPAS, acima referidos.

De volta ao Brasil, Profa. Cecília se engaja em um conjunto de iniciativas que vão pavimentar a introdução do referencial teórico metodológico da vertente histórico-dialética na Enfermagem brasileira, que por sua vez vai constituir a virada epistemológica acima assinalada.

Cecília organizou um grupo de estudo com apoio da socióloga e professora Graciete Borges Silva, que desenvolveria ampla reflexão e investigação “sobre os aportes teóricos e metodológicos das ciências sociais e sua aplicação ao campo da saúde e enfermagem” (SCOCHI *et al.*, 2015, p. 3893) e resultaria, dentre outros, no estudo pioneiro intitulado: “Introdução a análise das transformações na prática da enfermagem no Brasil 1920-1978” (SILVA *et al.*, 1984). Este estudo foi apresentado em um novo Seminário sobre investigação em Enfermagem na América Latina, em 1979, realizado em Washington, e circulou amplamente na região das Américas e especialmente no Brasil, promovendo a discussão sobre a Enfermagem como prática social.

Neste mesmo período, 1979, Profa. Cecília participou da comissão organizadora do 1º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (SNPE) em Ribeirão Preto, para o qual convidou a professora Maria Cecília Ferro Donnangelo, uma das fundadoras da Saúde Coletiva brasileira. Esta havia desenvolvido importantes estudos à época: um sobre o mercado de trabalho médico (DONNANGELO, 1975) no qual identificara o processo de assalariamento desse profissional e, outro, sobre a Medicina Comunitária no Brasil, no qual introduz a relevante análise da medicina como prática técnica e social, desconstruindo o mito da medicina como ciência, visto estar orientada pela intervenção diagnóstica e terapêutica e não pela construção do conhecimento (DONNANGELO; PEREIRA, 1976). A abordagem da medicina como prática social promoveu a compreensão de sua constituição articulada as demais práticas como a educação, o complexo médico industrial e outras.

Em seguida, Profa. Cecília vai realizar seu doutorado na Escola Nacional de Saúde Pública, defendendo em 1984 a tese intitulada: “Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática”, publicada como livro em coautoria com o orientador Juan Stuardo Yazlle Rocha, em 1986, com segunda edição em 1989. Este livro se tornou um marco, um clássico para a enfermagem brasileira e recomenda-se sua leitura a quem busca compreender em maior profundidade a enfermagem no Brasil (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Simultaneamente ao seu doutorado, Profa. Cecília consolidou, junto a EERPUSP, a linha de pesquisa e o grupo de pesquisa denominado NUPESCO, ao qual recentemente foi acrescentado seu nome – Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva Maria Cecília Puntel de Almeida. Este grupo se mantém atuante e ao longo das décadas contou com a participação de inúmeros alunos de graduação e pós-graduação, bem como de pesquisadores, dentre os quais se destaca o professor Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, reconhecido como pensador e pioneiro da Saúde Coletiva brasileira, que estudou em profundidade a prática médica e o processo de trabalho em saúde e inspirou e fundamentou diversas investigações das práticas de atenção, de gestão, de educação e formação no campo da saúde.

Nos anos 1980, o país se encontrava unido em torno do movimento de redemocratização do qual fazia parte a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que, desde os anos 1970, vinha atuando para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) com base em uma concepção democrática de Estado, sociedade e saúde, e na concepção ampliada de saúde (PAIM, 2008). Esta última integrava a determinação social e a subjetividade e intersubjetividade como constitutivos do processo saúde-doença, cuidado e da organização social das práticas de saúde.

O movimento da RSB contribuiu para o reconhecimento da saúde como direito na Constituição Federal de 1988 e na Lei n. 8080 de 1990 (BRASIL, 1990) e dele participaram enfermeiras organizadas como um coletivo, que colaboraram nas disputas que levaram a construção do SUS universal, integral e participativo.

Nesse cenário, o coletivo de enfermeiras, do qual participava a Profa. Cecília juntamente a outras lideranças acadêmicas e políticas, atuou de forma marcante também junto as entidades da Enfermagem brasileira, em especial da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Esta esteve engajada tanto no processo de construção do SUS como de uma enfermagem mais democrática e participativa, sobretudo com base no Movimento Participação que teve sua origem em Santa Catarina em 1979, se espalhou por todo o país e assumiu a gestão da ABEn, em 1986, tendo continuidade por várias gestões. O Movimento Participação afinado com as lutas contra a ditadura e pela redemocratização, empreendeu uma ampla mobilização da categoria pela superação de práticas autoritárias, opressoras e de alienação dos trabalhadores de enfermagem, bem como pela aliança destes com os demais trabalhadores de saúde e de outros setores e com os usuários e a população (ALBUQUERQUE; PIRES, 2001; MISHIMA *et al.*, 2009).

A trajetória da Profa. Cecília mostra que ela conseguiu integrar as atividades de cidadã, enfermeira, professora, pesquisadora e ativista da Enfermagem e da Saúde Coletiva, o que aumentou o potencial de sua atuação e de suas contribuições.

No seu doutorado, Cecília adota o referencial do processo de trabalho em saúde de Mendes-Gonçalves (MENDES-GONÇALVES, 2017) e analisa o processo de divisão do trabalho e os elementos constitutivos do trabalho de enfermagem, com ênfase na dimensão do saber, material e imaterial. Realiza uma investigação teórica baseada em livros texto, acerca da educação/formação dos profissionais de enfermagem para a prática

nos serviços de saúde. A pesquisa produz resultados relevantes, dentre os quais destacam-se dois. A análise da fragmentação das atividades que separa: de um lado, a gerência de serviços de enfermagem e saúde atribuída às enfermeiras e, de outro, a assistência delegada aos auxiliares e técnicos de enfermagem. O reconhecimento do saber da enfermagem composto no início de sua institucionalização pelas técnicas, a partir dos anos 1950 pelos princípios científicos das técnicas e, dos anos 1960 pelas teorias de enfermagem, em todas as etapas com primazia dos procedimentos técnicos (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Em sua tese de livre-docência, em 1991, desenvolve um estudo sobre o trabalho da enfermagem na Rede Básica e sua articulação ao trabalho em saúde (ALMEIDA *et al.*, 1991). Esta pesquisa foi realizada com base no conceito de modelo tecnológico de organização do trabalho de Mendes-Gonçalves (1994) e evidencia que o modelo assistencial nas unidades básicas se caracterizava como Pronto Atendimento, organizado em torno da consulta médica individual orientada pelo que Mendes-Gonçalves havia identificado em seu doutorado, em 1986, ao investigar o trabalho na Rede Básica Estadual em São Paulo, e denominado modelo ‘queixa conduta’.

O estudo trouxe relevante contribuição à compreensão das práticas de enfermagem na Atenção Primária no Brasil, caracterizando-as como auxiliares ao trabalho médico cujo objeto de intervenção era o corpo anátomo-funcional e a doença. A maior parte das atividades da enfermeira eram relativas a procedimentos técnicos e a comunicação com os usuários, seguidas de atividades de controle e organização do processo de trabalho, embora não fossem reconhecidas formalmente como gerentes ou coordenadoras das unidades. As auxiliares e técnicas de enfermagem também exerciam predominantemente procedimentos técnicos e o reforço das orientações médicas. “As atividades de prevenção e promoção da saúde foram praticamente inexistentes” (ALMEIDA *et al.*, 1991, p. 69). A finalidade do processo de trabalho da enfermeira, das auxiliares e das técnicas de enfermagem era apoiar a consulta médica do tipo Pronto Atendimento, e não produzir cuidados orientados aos usuários, famílias e comunidade.

Os contundentes resultados das pesquisas da Profa. Cecília à época ajudaram a repensar de forma crítica a atuação da enfermagem na Atenção Primária a Saúde no país e, como assinalado antes, deram início a uma linha de pesquisa sobre as práticas de enfermagem que segue até a atualidade. Também fundamentaram estudos sobre o trabalho da enfermagem na atenção especializada e hospitalar.

Esses estudos, juntamente com os produzidos por várias outras enfermeiras, professoras e pesquisadoras da área, permitiram uma análise ampla e crítica da enfermagem brasileira, apontando contradições que ainda persistem, mas ajudaram a enfrentar e, em alguma medida a produzir, um leve deslocamento e afastamento da concepção vocacional da enfermagem. Nesta as enfermeiras, auxiliares e técnicas de enfermagem constituem agentes movidos pela vontade de ajudar os outros, mantendo-se dóceis e subordinadas a normatividade médica e as autoridades institucionais.

Trabalho da enfermagem, visibilidade e produção de saúde na agenda

Nesse cenário e com apoio do quadro teórico delineado de forma breve, é possível conjecturar sobre a composição da força de trabalho de enfermagem (FTE) no Brasil, que mantém um número minoritário de enfermeiras, 24% do total de trabalhadores, 75% auxiliares e técnicos de enfermagem e, 1% parteiras (COFEN, 2021b). A distribuição dos trabalhadores de enfermagem no mundo, na Região das Américas e no Brasil corresponde respectivamente, a 69%, 59% e 24% de enfermeiros e 22% e 37% e 75% de auxiliares e técnicos de enfermagem (WHO, 2020).

No início dos anos 1980 as enfermeiras eram 8,5% da FTE no país, o que mostra que em quase quatro décadas a sociedade brasileira não conseguiu qualificar no sentido da formação regular e formal, os trabalhadores de enfermagem que atuam na Rede de Atenção à Saúde, embora estudos robustos desenvolvidos em outros países evidenciem associação entre a maior qualificação profissional da enfermagem e diminuição da taxa de mortalidade hospitalar e de outros indicadores sensíveis a assistência de enfermagem (AIKEN *et al.*, 2017; AIKEN *et al.*, 2018).

O perfil de trabalhadores de enfermagem no Brasil, que chega a aproximadamente 2,4 milhões de profissionais e representa mais da metade dos trabalhadores de saúde, contraditoriamente configura um trabalho invisível, sem valorização social (CASSIANI *et al.*, 2020). Esse padrão é encontrado nos diversos países e regiões, sendo que os trabalhadores de enfermagem representam 59% dos trabalhadores de saúde no mundo (WHO, 2020)

A título de ilustração, destacam-se três contradições do processo de trabalho de enfermagem no país, que contribuem para a invisibilidade da enfermagem e comprometem a qualidade dos serviços de saúde. Sugere-se levá-las em consideração nos debates e na construção de práticas de saúde orientadas pelas necessidades de saúde da população e para melhores condições de formação e de trabalho: (1) a centralidade de procedimentos técnicos no trabalho de enfermagem, cujo núcleo duro, o cuidado, se caracteriza pelas interações sociais; (2) o predomínio de atividades gerenciais das enfermeiras e assistenciais dos auxiliares e técnicos de enfermagem, e a hipertrofia da inserção gerencial da enfermeira nas práticas de saúde; (3) a subordinação das enfermeiras ao médico e a reprodução das relações de dominação entre as enfermeiras e as auxiliares e técnicas de enfermagem.

O reconhecimento dos agentes da enfermagem como trabalhadores que contribuem para a produção da atenção à saúde e, simultaneamente, como profissionais cujas ações, ancoradas no saber da enfermagem, se articulam às ações executadas pelas demais áreas do campo da saúde, permite colocar em cena e buscar a orientação do seu processo de trabalho nas necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidade do território, de modo a integrá-las mais efetivamente às práticas de saúde, o que pode impactar o acesso e qualidade da atenção à saúde.

Contudo, as mudanças das práticas de enfermagem constituem-se de forma articulada e integrada às mudanças do modelo de atenção à saúde. Nessa relação recíproca, reside a necessidade de engajamento da enfermagem brasileira no fortalecimento e na consolidação do SUS universal, integral, com equidade e participação social.

SUS reconhecido como espaço de práticas de saúde e de enfermagem, bem como espaço de educação permanente e formação profissional.

A reflexão e os debates sobre as mudanças da enfermagem, aqui analisadas de forma sucinta a partir das contribuições da Profa. Cecília, estavam em curso no Movimento Participação, em entidades como ABEn e sindicatos, nas universidades com a importante participação de estudantes de graduação e pós-graduação, no movimento da RSB e nos demais movimentos envolvidos na construção do SUS.

Passando os olhos, mesmo que de forma rápida no contexto atual, constata-se a atualidade desses debates, seja pela pandemia Covid-19 e suas repercussões na saúde da população e nas condições de trabalho em saúde e enfermagem, seja pelos ataques e desmonte do SUS e de todas as políticas públicas que buscavam responder, embora ainda de forma incipiente, as desigualdades e a profunda dívida social com a qual lidam os brasileiros trabalhadores e aqueles expulsos do trabalho.

A pandemia Covid-19 expôs as limitadas condições de trabalho em que se encontram os trabalhadores de enfermagem no país, submetidos à desigualdade de classe, gênero e raça/etnia. Oitenta e cinco por cento da força de trabalho de enfermagem no Brasil são mulheres, 53% se declaram pardos e pretos (COFEN, 2016), com baixos salários, longas jornadas de trabalho, sem espaço para repouso, multiemprego, dimensionamento de pessoal insuficiente, sobrecarga de trabalho, inadequação e ausência de material, inclusive de equipamento de proteção individual (EPI) (SOARES *et al.*, 2020). Esse cenário se deve e leva à invisibilidade do trabalho de enfermagem.

As intensas disputas da sociedade brasileira presentes no período de redemocratização do país, que levaram a configuração do SUS segmentado entre o setor público e privado, não puderam ser enfrentadas de forma mais consistente e se mantiveram ao longo do tempo, com seu agravamento em meados da década 2010. Avançam as críticas do setor privado e de outros setores ao SUS, com a proposta de ampliar a privatização dos serviços no cenário de financeirização da saúde, que implicou na invasão do setor pela lógica do capitalismo financeiro, em que o capital portador de juros (capital financeiro), particularmente o capital fictício, busca assegurar lucros mais imediatos” (MENDES, 2016). Esse processo é acompanhado, desde os anos 1990, pela desregulamentação das relações de trabalho e desmonte do aparato jurídico normativo de proteção do trabalho, no mundo, na América Latina e no Brasil, o que acarretou intensos ataques aos trabalhadores, inclusive do setor saúde, e a fragmentação das lutas sociais (PAIM, 2017).

Também foram obtidos avanços nas práticas de enfermagem na Atenção Primária do SUS, sobretudo com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) que, ao inserir uma enfermeira por equipe, criou condições para que houvesse um significativo incremento das suas atividades de cuidado direto aos usuários, as famílias e a comunidade no território. Isso mostra a potência das políticas públicas no sentido de promover mudanças nas práticas de saúde, visto que até então a atuação das enfermeiras na Atenção Primária, no Brasil, estava

concentrada nas atividades gerenciais (VILLA *et al.*, 1997; MATUMOTO *et al.*, 2011). Além disso a ESF, com sua abordagem territorial que busca identificar e atender as necessidades de saúde de forma mais ampla e contextualizada, levou ao aumento significativo das atividades assistenciais de todos os profissionais de enfermagem, sobretudo no eixo da prevenção de agravos e riscos à saúde (LIMA, 2018). No que se refere as enfermeiras, observa-se também a ampliação da prática clínica (MATUMOTO, 2011; LAURANT *et al.*, 2018; PEDUZZI *et al.*, 2019).

A maior presença da enfermeira, na dimensão assistencial do seu processo de trabalho, ocorre também na atenção especializada hospitalar e nos serviços de urgência e emergência, em particular na consulta de enfermagem para acolhimento e classificação de risco (NETO *et al.*, 2018).

No entanto, tanto na atenção primária como na especializada, as enfermeiras tendem a manter as atividades e responsabilidades de cunho gerenciais, o que configura severa sobrecarga de trabalho se não houver a incorporação de outras profissionais. As trabalhadoras de enfermagem se deparam com desafios crescentes no que se refere as condições de trabalho, educação permanente e outros aspectos.

Como a própria Profa. Cecília reconhecia e defendia, o trabalho em enfermagem e em saúde tem uma dupla face, pois constitui espaço de exploração e invisibilidade no qual o trabalhador é subsumido, mas também consiste em possibilidades de reflexão, de criação e de transformação das práticas sociais e dos sujeitos envolvidos – trabalhadores/profissionais, gestores, professores, pesquisadores, usuários, famílias e população. Os sujeitos não estão condenados a reproduzir o *status quo* e os projetos dominantes e podem, juntos, introduzir pequenas mudanças “no fazer” e “no dizer” que os tornem mais visíveis como pessoas e reconhecidos como partícipes no engendramento de projetos tal como o SUS, que busquem a consolidação dos direitos de cidadania e melhores condições de saúde, de vida e de trabalho para todos.

Profa. Cecília, que assumia abertamente uma postura crítica e combativa sempre que necessário, se mantinha firme na esperança da consolidar a saúde como direito de fato para todas as brasileiras e os brasileiros de todas as classes, raças e etnias, e de um SUS universal, integral, participativo, orientado pela integralidade do cuidado. Mesmo no contexto desfavorável em que vivemos nesse início da década de 2020 com a pandemia e as crises políticas, econômicas e sociais, é nessa perspectiva que se sugere olhar adiante e interpretar a epígrafe que abre esse texto em homenagem a ela e a todas e todos os trabalhadores de enfermagem e de saúde do país.

No ano passado morreram 468 trabalhadores de enfermagem no Brasil.
Mas esse ano não morrem

Morreram 396 trabalhadores de enfermagem entre 01/01/21 a 30/08/21
(COFEN, 2021a)

Referências

AIKEN, L. H. *et al.* Hospital Nurse Staffing and Patient Outcomes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, v. 29, n. 3, p. 322-327, maio 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.011>.

AIKEN, L. H. *et al.* Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *Bmj Quality & Safety*, v. 26, n. 7, p. 559-568, 15 nov. 2016. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>.

ALBUQUERQUE, G. L. de; PIRES, D. E. P. de. O movimento participação (MP): uma contribuição à história da enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 54, n. 2, p. 174-184, jun. 2001.

ALMEIDA M. C. P. de, ROCHA J. S. Y. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. 2nd ed. São Paulo: Cortez Editora; 1989. 129 p.

ALMEIDA, M. C. de; MELLO, D. F. de; NEVES, L. A. de S. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva rede básica de saúde em Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 44, n. 2-3, p. 64-75, set. 1991.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 4 out. 2021.

CASSIANI, S. H. de B.; JIMENEZ, E. F. M.; FERREIRA, A. U.; PEDUZZI, M.; HERNÁNDEZ, C. L. La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 44, p. 1, 12 maio 2020. Pan American Health Organization. <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2020.64>.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Brasil responde por 30% das mortes de profissionais de enfermagem por COVID-19 [Internet]. Brasília: COFEN. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-responde-por-30-dasmortes-de-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19_80622.html. Acesso em: 4 out. 2021.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Enfermagem em números. 2021b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 7 mar. 2021.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Observatório da Enfermagem. 2021a. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>. Acesso em: 30 ago. 2021.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Perfil da enfermagem no Brasil: Quadros Resumos Brasil. 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/QUADRO%20RESUMO_Brasil_Final.pdf. Acesso em: 30 ago. 2021.

DONANGELO, M. C., PEREIRA L. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

DONNANGELO M. C. Medicina e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1975.

EMICIDA – AmarElo (Sample: Belchior - Sujeito de Sorte) part. Majur e Pablio Vittar. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PTDgP3BDPIU> Acesso em: 4 out. 2021.

LAURANT, M.; BIEZEN, M. VD.; WIJERS, N.; WATANANIRUN, K.; KONTOPANTELIS, E.; VAN VUGHT, A. J.. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, v. 2019, n. 2, 16 jul. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd001271.pub3>.

LIMA A. M. V. Caracterização das ações de enfermagem na atenção primária a saúde na perspectiva do trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2018.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B.. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, n. 1, p. 123-130, fev. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692011000100017>.

MENDES A. Os impasses dos direitos sociais trabalhistas e do financiamento da seguridade social e da saúde brasileira no capitalismo contemporâneo em crise. In: SOUZA H. S.; MENDES A. (orgs). Trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo: enfermagem em foco. Rio de Janeiro: DOC Saberes, 2016. p. 15-41.

MENDES-GONÇALVES R. B. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. In: AYRES J. R. C. M.; Santos L. (orgs). Saúde, sociedade e história. São Paulo: Hucitec; 2017. p. 298-374.

MENDES-GONÇALVES R. B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: AYRES J. R. C. M.; Santos L. (orgs). Saúde, sociedade & história: Ricardo Bruno Mendes Gonçalves. São Paulo: Hucitec; 2017. Cap. 10, p. 298-374.

MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M.; SCOCHI, C. G. S.; PEREIRA, M. J. B.; LIMA, R. A. G. de; MATUMOTO, S. Maria Cecília Puntel de Almeida: a trajetória de uma protagonista da enfermagem brasileira. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 18, n. 4, p. 773-780, dez. 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072009000400020>.

NETO O. C.; ANDRADE G. K. S.; KARPIUCK L. B.; GANASSIN A. R. A Atuação do Enfermeiro no Sistema de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Saúde. *J Health Sci*, v. 20, n. 4, p. 295-302, 2018.

NUNES E. D. Organizador. Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez, 1989. 238p.

OUR WORLD IN DATA. Disponível em: <https://ourworldindata.org/>. Acesso em: 30 ago. 2021.

PAIM, J. S. Reflexiones teóricas sobre sujetos de la praxis y sujetos de la antítesis para la Reforma Sanitaria Brasileña. *Salud Colectiva*, v. 13, n. 4, p. 599, 14 dez. 2017. <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1400>.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3.

PEDUZZI, M.; AGUIAR, C.; LIMA, A. M. V.; MONTANARI, P. M.; LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. R. de. Expansion of the interprofessional clinical practice of Primary Care nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 1, p. 114-121, fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0759>.

PEREIRA M. J. B.; MISHIMA S. M.; MATUMOTO S.; FORTUNA C. M.; XAVIER J. J. S. Maria Cecilia Puntel de Almeida – Protagonista da Enfermagem Brasileira [documentário]. Ribeirão Preto: EERP-USP; 2013.

SCOCHI, M. J.; MISHIMA, S. M.; PEDUZZI, M. Maria Cecília Puntel de Almeida: construtora de pontes entre enfermagem e a saúde coletiva brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 12, p. 3891-3896, dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.19272015>.

SILVA G. B., ALMEIDA M. C. P., RUFFINO M. C., STEAGALL G. D. L. Introdução à análise das transformações na prática de enfermagem no Brasil no período 1920-1978. *Medicina* 1984; v. 17, n. 1-2, p. 35-47, 1984.

SOARES, C. B.; PEDUZZI, M.; COSTA, M. V. da. Nursing workers: covid-19 pandemic and social inequalities. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 54, p. 1-3, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2020ed0203599>.

VILLA T. C. S., MISHIMA S. M., ROCHA S. M. M. A enfermagem nos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo. In: ALMEIDA M. C. P., ROCHA S. M. (Orgs). O trabalho da enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997. Cap 2, p. 27-60.

WHO. World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: WHO; 2020.

AS COMPOSIÇÕES DE IVONE LARA E NISE DA SILVEIRA: PRA PISAR NESSE CHÃO DEVAGARINHO

Ricardo Burg Ceccim
Aline da Rosa Deorristt

Introdução

O presente documento de escrita compartilha a *presença* de duas mulheres na cena brasileira da saúde, Ivone Lara e Nise da Silveira, interligadas em suas trajetórias pela arte de compor e pela convivência científica em um trabalho coletivo nos campos da saúde mental e da assistência social. Trata-se de um exercício de escrita que lida com a aproximação das profissionais na perspectiva poética do trabalho, isto é, duas mulheres ante a *poiésis* de uma atividade profissional e uma atividade de si, processo de criação e procedimento sensível imanente ao viver. O olhar para a *presença* apenas parcialmente considera as biografias, antes as *narrativas de uma vida*, pensando-as pela concepção de bio (ou bíos), apresentada por Michel Foucault (2004), uma referência aos corpos políticos implicados nos mecanismos de afirmar a vida, e como uma leitura dos processos afetivos (*afectos*) e perceptivos (*perceptos*) que atravessam os corpos, orientando-nos pela filosofia de Baruch Spinoza (2011). A bio (bíos) não corresponde a uma história natural, é a invenção de formas de vida resistentes, tendo em vista forjar-se num mundo sem garantias de educação e de cuidado suficientes ou adequados, quando provenientes dos aparelhos escolares ou sanitários instituídos de forma antecedente à produção de encontros. O afetivo (*afectos*) e o perceptivo (*perceptos*) são ordem da afeccção, não da afeição, um acionamento do si, não uma emoção; já o percepto difere do representativo, captado em instância pré-verbal.

Pensando assim, os atravessamentos de uma vida indicariam a constituição de corpos e as modulações de suas experiências como produção das forças do viver e, também, mobilizadoras do potencial de transformação, potência criadora de circunstâncias e de arranjos singulares da realidade. Entendemos Nise e Ivone como compositoras dessas forças coletivas, capazes de investigar não apenas a si mesmas, mas de expandir seus projetos de maneira peculiar em devires que alcançam também o/a outro/a. Assim, chamamos a atenção para os modos transversais que nelas se oferecem como desviantes, afirmando resistências frente às normatizações que as aproximam sociopolítica e culturalmente dos nossos tempos. Duas compositoras, afinal, que aparecem como forças dissidentes no exercício de uma poética transversal da vida e de uma existência política na saúde.



Convocar a presença

Tem sentimento profundo esta compositora

Pessoa tão bela

Vou conclamar todo mundo

Ao dizer o nome dela

Ivone Lara, Ivone Lara...

(Martinho da Vila, 2001)⁴

Tiê, Tiê, óia lá, oxá... Pra pisar nesse chão devagarinho, nesse chão sinuoso e escorregadi(nh)o, é preciso compor. Convocar toda a poesia que se possa imaginar de uma imanente melodia da vida, tal como ela se apresenta a nós. Fazer algo daquela vida que nos foi herdada, de maneira resistente e que devém de lonjuras. Daquela “língua de preto”, como designavam os colonizadores (que por aqui estiveram) aos escravizados recém-chegados a Portugal no século XVI (SANTOS, 2010). Memória “preta”, dissidente, na maneira de se manter existente, faz parte da força de muita gente que vive por aqui. É na boca do vento, olha lá, cercado pelos quatro cantos, oxá, é o canto, é o canto! É desse lugar que nós ousamos chamar Dona Ivone Lara, mestra do samba de raiz brasileiro, a música popular de resistência afro, a linguagem pássaro (Tiê) do povo da negritude.

A Dona Ivone que canta “foram me chamar, eu estou aqui, o que é que há?”⁵ foi senhora de seu viver, de sua narrativa como a “dona da melodia”, tal como ficou conhecida na atividade de seus dias como compositora. Esse passinho melódico que vem de lá, suavemente, desenha as possibilidades de voo com grande força na rudeza dos dias a fio, atravessando o cotidiano do morro. E aqui, nós podemos pensar a melodia como uma trama composta na simplicidade de um viver marginalizado, banido do centro, das negociações de um poder-viver que se reinventa. Um habitat de uma “brasilidade” sempre renegada e submetida a precárias condições de sobrevivência, de passos vigiados e delimitados, à princípio. Pois, assim, nós recordamos não somente o processo contínuo de aculturação, subjugação e segregação dos corpos negros no Brasil, como a política que atingiu diretamente a experiência de vida de Dona Ivone desde a infância: a de existir como uma menina negra, um corpo marginal entre os marginais.

⁴ Para “convocar a presença” ao palco de D. Ivone Lara, integrante do seu grupo de vozes convidadas, Martinho da Vila, sambista brasileiro, em sua segunda participação junto ao Montreux Jazz Festival, inventou, na hora, um samba partido alto com um refrão com o nome dela (MARTINHO DA VILA, 2011).

⁵ Dona Ivone Lara (1982), canção “Alguém me avisou”.

Quando menina, órfã (mas não abandonada pela família) e estudante de colégio interno, a pequena Ivone integrou um programa educacional do governo que atuava como um “projeto de branqueamento” da administração pública de Getúlio Vargas com o apoio de artistas reconhecidos, que pretendia levar a cultura erudita e elitista aos estudantes populares brasileiros mediante acesso ao estudo. Contexto em que as crianças negras, pobres e não-brancas eram vistas como seres pertencentes a “raças imperfeitas” e precisavam ser “europeizadas” (SANTOS, 2010) via institucionalização. Em virtude disso, os estudos de música clássica e canto orfeônico foram oportunizados à pequena Ivone em meio a uma educação rígida e seletiva. Contexto que, contudo, não a impediu de utilizar a “boa música civilizatória” no repertório de suas composições de vida, como algo que foi feito devagarinho, como ela mesma expressou em 1985 em entrevista (SANTOS, 2010): “o colégio interno me ensinou a resignação e a esperar”. Declara: “eu não tenho pressa para nada”. Denuncia: “queriam educar a minha voz, graças a Deus não conseguiram, senão [eu não poderia] cantar samba”. Além disso, mesmo no convívio com os sambistas, pessoas de sua comunidade e de contextos afins, ela aparentemente não tinha grandes poderes, pouco permitida a circular entre eles e nas rodas de samba que sempre foram consideradas como “coisa de gente desocupada” e que pegava mal para quem tinha estudo. O que contribuiu para que ela não se sentisse livre para assinar suas composições: “eu fazia as músicas escondida e dava para o Fuleiro [Antônio dos Santos, mestre Fuleiro, seu primo, também compositor], e ele apresentava como sendo dele”, como declara em 1978 (SANTOS, 2010).

É nesse habitar pelas bordas (que chega até nós por meio de narrativas biográficas), a passos sutis, que Dona Ivone cria a sua própria harmonia como melodista, em meio aos conflitos dissonantes e desiguais de uma política de convivência. É assim que ela configura e mobiliza os corpos num movimento audacioso e precursor, um poder improvável de permanecer sob as condições de poder racistas e patriarcais que lhe foram determinadas. Convocamos sua presença para atravessar os limites que parecem intransponíveis e “apropriá-la” para os modos da aprendizagem, aquela capaz de fazer a curva, para que nunca se detenha os passos em nenhuma roda. Ela, que, delicadamente, com toda a sabedoria de quem soube compor, se fez como “uma das primeiras assistentes sociais do país; ou ainda, uma das primeiras mulheres negras a adquirirem educação [superior]” (SANTOS, 2005, p. 27).

Dona Ivone, conhecida como a “madrinha da ala dos compositores de samba” (SANTOS, 2010) aproveitou dos programas educacionais de sua geração para se metamorfosear em processos compositivos, entrelaçando mundos para com eles construir outros tantos. Formada em enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, com direito a uma bolsa reservada aos primeiros 10 classificados. Experiente na área cirúrgica e também na realização de partos, ela acompanhou a criação do curso de Serviço Social (já proveniente do trabalho precursor como “visitadora social”, já iniciada na lida de assistente social, ainda que enfermeira) que, pelo processo de institucionalização no Brasil na década 1930, “recebeu as heranças históricas da Constituição do

Estado, do pensamento conservador da elite e do pensamento doutrinário da Igreja” (IAMAMOTO, 2000⁶, apud SCHEFFER, 2016, p. 483). O projeto institucional procurava intervir socialmente junto às classes operárias e pobres, “as políticas que demarcaram o Serviço Social foram a repressão e a caridade, constituindo-se uma terceira via em relação ao comunismo e ao liberalismo oriundo do movimento de reação da Igreja Católica, mediado, no entanto, pelas questões da mulher, da criança e da miscigenação” (SCHEFFER, 2016, p. 483). Essa formação permitiu o emprego público no cargo de assistente social junto ao Instituto de Psiquiatria do Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, em meados dos anos 1940. Aí ela foi parceira do projeto de psicoterapia ocupacional criado pela médica Nise da Silveira, orientando uma oficina musical mobilizadora e instigante com os internos:

Eu descobri muitos doentes que eram músicos, esquizofrênicos, que ninguém sabia que eram músicos. Muitos que estavam abandonados pela família. A doutora Nise botou uma sala de música com piano, cavaquinho, pandeiro, à tarde, tinha um ensaio geral e eu estava sempre lá, dançando com eles, sambando, cantando com eles. Tinha um doente que era catatônico, mas a doutora Nise ria muito porque ele dizia assim: “Ivone vai ter ensaio hoje?” e depois caía no mundo dele, só conversava comigo (SANTOS, 2005, p. 68-69).

Sua oficina de sensibilidades musicais, de indizíveis emoções, que mais tarde deu origem ao bloco de carnaval Loucura Suburbana, já pouco tinha em comum com o projeto de Serviço Social programado para ela. Também de encontro ao programado, a própria noção de praxiterapia, um trabalho sem grandes potencialidades terapêuticas, subvertido por Nise, de psicoterapia ocupacional à arte psicoterapêutica, do tratamento pelo trabalho ao tratamento advindo da arte, compunha situações para o acontecimento das expressividades, que catalisavam as possibilidades de reconstituição dos espaços-corpos cotidianos das pessoas em convívio. Ela inaugura, portanto, um espaço de possíveis, de circunstâncias criadoras, mais que investir em intervenções normativas sobre elas.

Escreve Nise da Silveira em *Imagens do Inconsciente* que “a psiquiatria tradicional despreza o estudo das vivências do espaço” (SILVEIRA, 1982, p. 32) e assim o faz também com os corpos, quando “fragmenta a vida psíquica para examiná-las aos pedaços”, submetendo os corpos a uma cisão entre uma vida interior e exterior regulamentadas. Nesse encontro não caberia a assistente social para ajudar na inserção ocupacional como bom desfecho da psicoterapia ocupacional. Nesse espaço de vivências possíveis criado pelo trabalho das duas, a música e as artes visuais passavam por todos os lados, compondo enredos sensíveis em tensionamento com as normativas do contexto hospitalar em que prevalecia o modo verbal, quiçá ocupacional, mas em verdade o modo produtivo, como significante do processo de cura. Com elas, a dissidência ao verbal, a dissidência ao produtivo, a dissidência à psiquiatria hegemônica.

A linha melódica de Dona Ivone produz um encantamento para essa experiência integradora dos corpos, que reencontram antigas perdas e se refazem na subjetividade dos ritmos de samba. Pela variação subjetiva de tons e cadências, são capazes de gerar *diferença*. Dona Ivone foi responsável também por encontrar os vínculos familiares dos pacientes abandonados, mas essas perdas diziam respeito principalmente à potência de agir, de fazer variar a sua própria composição da vida, perpassando quaisquer limitações inibidoras das singularidades. Para isso, ela pisa devagar, escapa com cuidado do provável, atravessa as restrições da vida com um passinho de cada vez, e assim compõe um movimento sutil de forças que ficam. Sim, o movimento fica, pois, expande a roda, se reconecta, chega até nós e nos *afecta*.

Para levar embora toda melancolia, de outrora e de agora, e traçar uma geometria sensível para o pensamento, Dona Ivone traz consigo a Doutora Nise (ou vice-versa). Uma pensadora audaciosa e *perceptiva*, como também nunca antes se ouvira falar nas bandas brasileiras, e que ficou conhecida por sua luta contra as violentas intervenções psiquiátricas (eletrochoque, lobotomia, insulino-terapia, entre outras), modelo biomédico vigente nos anos 1940. Nise e Ivone atuavam como servidoras públicas do sistema de saúde, hoje diríamos trabalhadoras do Sistema Único de Saúde, profissionais em exercício ocupacional nos serviços do sistema sanitário nacional. Vinculadas às seções de praxiterapia no atendimento aos pacientes de saúde mental, apresentam as atividades artísticas como cenário à terapêutica e estudo em saúde mental, nos orientando para uma abertura sensível que repensa os modos de convivência em meio aos caminhos tortuosos que atravessavam as instituições sanitárias de confinamento.

Nise da Silveira, única mulher de sua turma de medicina na Universidade Federal da Bahia, formada aos 21 anos, atuava nos ambientes hostis hospitalares quando no movimento de introduzir a psicologia junguiana no Brasil, aguça a atenção às sutilezas que lhe eram reveladas pelo convívio com os pacientes nestes espaços. Nise se deixou transformar intuitivamente quando compôs a memória de seus traços inquietos que jamais sossegaram, a provocar “tênuas” mudanças de procedimentos no que lhe parecia *impossível*⁷ realizar. Vivências consideradas por ela como um material de composição de novos corpos, inclusive de si mesma, mas que move as pessoas em comum em seus deslimites, anteriormente subjugadas em limitadas perspectivas de vida na identidade da doença. Ela descobre, assim, o potencial audacioso da improvisação científica pelo sensível, no improvável da humanização (sensibilização?) psiquiátrica.

Precisamos considerar a improvisação pelo olhar das artes, que desfaz o conceito comum reativo e de irresponsabilidade do “não saber-prever-apreender o que se faz”. Esse saber improvisar trata-se de uma atenção permanente ao que ocorre, de uma sensibilidade disponível aos movimentos do presente, daquilo que se faz em relação, no momento mesmo em que as relações acontecem. Uma exigência da prática de composição da vida,

⁶ IAMAMOTO, Marilda Villela. *Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos*. São Paulo: Cortez, 2000.

⁷ O impossível movido da interdição de possíveis ao interior de possíveis. Transformação do que “parecia impossível” em “parecia haver, quem sabe, um campo de possíveis”.

enquanto ela mesma acontece, demonstra uma necessidade de se deixar viver. Isso quer dizer que é necessário estar bastante preparada para essa atenção em movimento, e Nise, estudiosa não somente de saberes da medicina, mas de filosofia e de arte, mantinha essa disponibilidade como se tivesse uma lupa, “a lupa de aumento de condições patológicas que permite detectar as interligações subterrâneas compensadoras entre opostos [como por exemplo, geometria x sensível, razão x emoção, determinação x intuição, inorgânico x orgânico etc.] – que na superfície parecem independentes” (SILVEIRA, 1982, p. 31).

Ela vai apurar como partes constitutivas e complementares tudo o que vive. Desse modo, Nise se envolve bastante inquieta no processo de acontecimento, atuando como uma investigadora meticulosa que também percebia os afetos. Como uma “curiosa do abismo”, como ela mesma nos fala em entrevista, realizada para o documentário de Leon Hirszman (1986), não hesitava em tensionar o que lhe parecia intacto. Nada menos que algo como a proposição de um dispositivo experimental que intervém no seio do sistema cartesiano normativo, tensionado com as práticas terapêuticas expressivas que mobilizavam as percepções cotidianas em devires outros.

Exercício de relações em que se reinventou uma investigação não regulamentada da vida sensorial, fenomenológica, simbólica, afetiva e subjetiva, desenhada pela experiência gestual e estética a fim de liberar os envolvidos das prescrições médicas e dos estigmas da loucura e, assim, poderem assumir um modo de viver e de pesquisar a vida que é desenhada efetivamente para fora de um modo reativo e pessoalizado. A conquista de uma liberdade, se pensarmos que nada disso estava autorizado para elas. Além dos muros institucionais, a atividade intelectual e científica de Nise ultrapassava os limites figurativos de sua profissão pela poética, quando se dispunha a pensar os seus procedimentos por meio dos fazeres expressivos e criadores, como uma autora atraída pelas dissoluções de uma experiência mental humana tão significada e codificada.

Nise chama a atenção para um vigor interventivo que marca seu corpo intelectual ainda nos dias de hoje. Prática terapêutica que nos chega transbordada numa escritura de livros bastante indagadora (especulativa, filosófica e muitas vezes de tonalidades poéticas), além da curadoria de exposições de arte em que ela pensou (e afirmou) o fazer criador do lugar da experiência em saúde mental. O legado de Nise se demonstra ao longo de quase meio século, seu trabalho “atravessou as agitações contraculturais dos anos 1960 e 1970, o *boom* da psicanálise na América Latina e a ditadura civil-militar no Brasil” (MAGALDI, 2019). Hoje ainda, com a Fundação Museu de Imagens do Inconsciente (MII) e a Casa das Palmeiras (extensão desmanicomializada do manicômio do qual era a psiquiatra dissonante), ambas no Rio de Janeiro, espaços criados por ela, ambos em atividade atual. Em 2003, o Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (Iphan) aprovou o tombamento das principais coleções do MII (128.909 obras). Em 2014, o arquivo pessoal de Nise da Silveira foi reconhecido como Memória do Mundo pela Unesco (ITAÚ CULTURAL, 2017).



Figura 1: Aline Daka. A Dona da Melodia: Ivone Lara. Nanquim sobre papel, 2021.

Ao lado de Nise – mulher, terapeuta em meio à arte, música e poesia – a compositora e melodista do samba, a mulher Dona Ivone, que contribuía com o exercício da musicalidade, ensaiando aquilo que atravessava nela e que ela fazia de melhor, a composição da própria vida na batida de sua melodia experimental. Afinal, que caminhos mais difíceis de se prever que os da experiência?

A música imanente

Na minha raiz tem muita coisa, não tem só samba, não.

(Dona Ivone Lara, 1978)

*Se toda música usada por nós fosse calada de repente,
talvez isso abalasse profundamente a ordem das coisas,
pois, pelo menos por um momento, tornaria o insuportável insuportável.*

(Miguel Wisnik, 2005)

Tem gente! - completando a fala de Lara. As gentes que se fazem da música por todo lado, ultrapassando a si mesmas e como manifestação cultural. Considerando aqui a “raiz” de Dona Ivone como uma trajetória política que se faz através da música, como um corpo nunca constituído, mas sempre em composição, no movimento de uma experiência vivível do informe e do inacabado que não se deixam simbolizar, porque são movimento de pura resistência contra as opressões que lhe são impostas. Dona Ivone era filha de um violinista e de uma cantora intuitiva de músicas populares (dona de casa), mas além disso, era uma filha política de pessoas negras exiladas e subalternizadas pela condição de escravização. Pessoas que se mobilizavam numa relação de cultura musical a lhes proporcionar um ambiente subjetivo cotidiano vivo, que, de mesmo modo, as constituíam como corpos em potência no exercício de criação de si mesmos. Isto é, pessoas que faziam música porque eram refeitas pela própria música, com algo que poderemos chamar de “simpatia anímica”, comentada por José Miguel Wisnik:

A música popular está enraizada na cultura popular: a *simpatia anímica*, a adesão profunda às pulsações telúricas, corporais, sociais que vão se tornando linguagem. Na conjuntura de repressão dos anos [19]70, a música popular desses poetas compreendeu talvez mais do que nunca a especificidade da sua força, e ela vem do prazer (WISNIK, 2005).

Na escrita da biografia de Dona Ivone, Kátia Santos nos traz a palavra “Encantado”, que desafia e instiga a pensar a música com “algo a mais”, tal como na fala de Dona Ivone (“Na minha raiz tem muita coisa, não tem só samba, não”). Uma musicalidade que também era atravessada e sustentada por outros “encantamentos”. (...) “essa sustentação para mim, é a ação do Encantado da música, na música” (SANTOS, 2010, p. 53). Citando Conceição Evaristo, em Ponciá Vicêncio⁸, Santos utiliza a palavra Encantado para pensar algo existente nessa música, e que nos vêm por meio dela na condição da violência social a que resistem os corpos negros, “alguém pode pensar na palavra resistência, que até cumpre a sua função, no caso. Mas deixa muita coisa de fora, pois essa palavra não dá conta do enredo que é a saga de um sambista de raiz” (SANTOS, 2010, p. 47). O Encantado, palavra de uma força inefável, operaria geracionalmente, provocando muitos efeitos:

Só mesmo o Encantado e seu Axé de Ianga para justificar, satisfatoriamente, a permanência dessa manifestação cultural, o samba, através dos tempos. Sobreviveu a presidentes, intelectuais, modernizadores, teses “brilhantes”, coveiros, e mesmo a alguns produtores. Mas tanta resistência – agora sim - não seria possível não fosse sua adequação bem camaleônica a transformações (naturais e impostas), a públicos e a maus, muito maus, tempos (SANTOS, 2010, p. 53).

Apesar de reconhecermos a trajetória de Dona Ivone localizada numa mulher negra com as singularizações possíveis nessas formações, buscamos um conceito de biografia que considera não apenas narrativas de vida contadas como um memorial onde se responsabiliza positivamente os indivíduos por suas

escolhas e conquistas; mas pensadas como bíos, o processo instituinte imanente à vida, experiência ética de si mesmo que se faz em meio aos constrangimentos e imposições, ou seja, em meio a tudo que nos envolve, atravessa e constitui. Podemos pensar que com a Dona Ivone é a música (atravessada pelo Encantado) que materializa esse modo político de viver. Sua poética é perseverança da vida. No exercício de um pensar-sentir-compôr, não se limita aos limites do seu corpo. Arriscaríamos dizer que uma força vincularia esses corpos ao efeito do Encantado, citado por Santos via Evaristo, não sendo apenas um querer do corpo, mas a própria mobilização de sua mente, a sua efetivação indeterminada (*vontade de potência*, no dizer de Nietzsche). Por isso, convoca experiências relacionais, mente musical que encanta, que se materializa em nós como um movimento sensorial e sensível, intelectualmente reverberante, que escapa das palavras.

A música de Dona Ivone demonstra a melodia de sua experiência imanente e, quando nos *afecta*, nos permite vivê-la num atravessamento em nós como algo existente, e assim nos relaciona diretamente a essa mente encantadora de resistência. Por isso mesmo, ela tem o poder de mobilizar a musicalidade através de nossos corpos. É contagiante, considerando a nossa necessidade de aumento da potência para também resistirmos hoje, encantados com a delicadeza de suas forças e alegria, fazendo frente às violências de poder que ainda persistem e se renovam. Logo, podemos pensar que a biografia de Dona Ivone se faz na melodia de suas canções, as canções de uma resistência negra que se fizeram a partir de uma experiência de vida atravessada pela música imanente:

Derradeira Melodia

(Delcio Carvalho e Ivone Lara)

Quando a voz do poeta calou

A natureza chorou forte

E o seu pranto batendo no chão parecia

Acompanhar a Derradeira Melodia

Que ainda pairava pelo ar

Era o samba a vibrar

Com pureza e magia

Ao erguer a minha taça
Com euforia
Ninguém há de esquecer
O seu canto de raça
Que o poeta entoava com toda harmonia
E o sambista assim tombou
Causando tanta emoção
Lá, lá, iá...
Mas sua arte há de ficar
De pé
Dentro do nosso coração

Um trabalho de composição em que a investigação e a efetuação da musicalidade residem no corpo encantado, nos modos de fazer(-se) (uma) composição escapando aos mecanismos de poder. Além da música, pois na vida de Dona Ivone não tinha só música, não, mas também gente, havia a matéria-prima viva das misturas das convivências. Extraía vida dos povos de terreiro aos programas civilizatórios educacionais, da música erudita à música popular, uma melodia no interior de composições anônimas cedidas a outros nomes e a condição invisível de uma mulher negra cuidadora. Rodas de samba e as sutilezas do criar junto no contínuo descontínuo de uma experiência de trabalho em enfermagem, da terapia musical intuitiva, da experiência de encontro que subjetivamente extravasa a noção de cotidiano e nos demonstra uma forte presença no “estar” no mundo, na linha de fuga do instante que descobre no outro mais do que aquilo que os confinamentos e incompreensões impõem aos corpos.

Acessar essa complexidade do *fazer acontecer* (muito além da praxiterapia, do tratamento pelo trabalho e do tratamento pela arte), nessa noção de “estar presente” – em grupo e nas condições institucionais – em que Nise e Ivone estavam, nos faz mover em nossa trama de seres no contemporâneo uma memória existente como nossa, como coletivo em atualização desde essa memória. Uma trama, uma rede de conexões sensíveis, em que nem sempre sabemos onde estamos e o que estamos fazendo.

Aqui não se trata apenas das redes e estruturas afetivas de origem familiar, das quais as pessoas que atendiam ou tratavam foram exiladas e que Dona Ivone estava encarregada de aproximar, mas das relações novas que se abrem e criam nesse espaço de convivência: a música envolvendo todos os corpos, a composição em muitas maneiras de subjetivar e de existir, surpreendendo.



Figura 2: Aline Daka. Experiência Outra: Nise da Silveira. Nanquim sobre papel, 2021

Durante a Intentona Comunista dos anos 1930, Nise foi denunciada como comunista por uma enfermeira por possuir muitos livros marxistas, tendo sido presa e permanecido numa Casa de Detenção por 16 meses. Sem “formação revolucionária”, dizia ela, pairaram sobre Nise a aliança às mulheres e aos médicos, movimentos organizados por direitos sociais, civis e políticos. Ivone e Nise sabiam reconhecer intelectualmente e poeticamente potência de vida, de modo a articularem novos fazeres e cuidados, sambas e escrituras. Uma atenção à saúde que as fez descobrir as suas próprias necessidades e a inventar seus “destinos” fora dos condicionamentos hospitalares e muros institucionais, no tratamento de outras relações que reinventam experiências aos seus pacientes. Filha de um professor e de uma pianista, Nise era a filha política de pessoas letradas, segura de que o lugar da mulher é onde ela quiser estar.

Experiência outra

Minha experiência é outra.

(Nise da Silveira, 1995)

Nas oficinas de psicoterapia ocupacional, sob o *fazer acontecer*, Ivone e Nise ensaiavam um *fazer poético*: errar (não-saber) + agir (intransitivo) + fazer (poiésis). A maneira de um proceder-poiésis, uma habilidade de criar habilidades emergentes e visíveis por meio da expressividade da arte. Um movimento necessário e positivado, mais que uma ferramenta para um fim, e que valora o que antes não tinha poder algum como eficácia terapêutica. Do ofício de fazer fazedores (os curados) para fazer criadores (os saudáveis), compreendendo aprendizagens intuitivas, por exemplo. Experiência como estudo da vida no momento mesmo de seu exercício. Um trabalho que se faz como parte de uma “constante de polimento sobre si mesma, concentrada reflexão, sim. Aliás, essas coisas que também proporcionam uma forma muito especial de prazer” (SILVEIRA, 1995, p. 70), ou a alegria, no dizer de Spinoza.

Com Nise nós pensamos no poder do falso, no poder do esquecimento, no poder de apagar-não-apagar e de desenhar por cima um novo paradoxo para as vidas em exercício, o que antes não fazia sentido quando não estava visualizado e pensado em sua própria lógica que é de uma “complexidade crescente” (SILVEIRA, 1982, p. 29). O si-pássaro (Tiê), que voa intransitivo por entre as coisas também voadoras, dispersas num puro movimento de poetização para fora dos assujeitamentos que confundem os confinados com os objetos objetivados e isolados do manicômio. O espaço de psicoterapia ocupacional de Nise se configurou como uma prática de investigação e cuidado radical e disruptivo da lógica institucional psiquiátrica. Um exercício de proximidade humana, de sensibilização dos corpos para que novas aberturas poético-políticas desenhassem as viradas, dobras e rupturas no viver concreto de um cotidiano em sofrimento.

Os encontros de Nise se dão no território do infinito gesticular das mãos de outros, gestos que são imprevisíveis, mas atentamente observáveis. Assim como os olhares transversais que não mais se encontram identificados e passam a se concentrar nas linhas traçadas de desenhos, por exemplo, que não obedecem a uma normativa natural elementar ou de linguagem iniciática captada pelos modernos conceitos da arte de sua época. Respeita uma necessidade de movimento que se traduz na contingência, nas presenças, na naturalidade com a artificialidade, e no imanente instante. Nise era uma leitora de Spinoza, a sua geometria sensível é de um substrato científico e de um substrato filosófico, arte mais fina, filo de uma rede “que se possa criar”. Duvida das vigências: “surge então a pergunta: a linguagem do imaginário seria traduzível em termos racionais?” (SILVEIRA, 1995, p. 92).

A ousadia da médica em trabalhar com os afetos, em percebê-los como catalisadores terapêuticos, numa especulação da proximidade como processo de cura, inventa um agir-sentir com o outro, isso é política, uma política do sensível, a demonstrar que toda experiência passa pelo corpo. Por isso, tudo na pesquisa de Nise é relacional e nos ensina formas de pensar o humano em suas relações outras. Citando Jung⁹, ela observa que no trabalho das oficinas, em relação ao fazer dos pacientes, “não se trata de fazer arte, mas de produzir um efeito sobre si próprio. Aquele que até então permaneceria passivo, agora começa a desempenhar uma parte ativa” (SILVEIRA, 1982, p. 134). Daí a primeira necessidade que surge não é a de uma tradutora de uma arte feita pelos “insanos” que se contraporiam àquela tradicional feita pelos artistas, mas de assumir um lugar de companhia, que aprenda a linguagem emergente dessas pessoas para poder compartilhar de sua experiência de renovação, no momento mesmo em que ela ocorre.

É por meio de uma intuição investigativa que Nise se oferece para uma profunda consideração pelos seres existentes, atuando no “reconhecimento das [de suas] forças” (SILVEIRA, 1982, p. 15). O aproximar(-se) proporciona uma quebra de regras e que inclusive, também a configuram. Nas cartas para Spinoza, ela analisa o seu trabalho investigativo também com relação a si mesma, em diálogo com a filosofia:

(...) inclino-me mais pela possibilidade, também ensinada por você, de esvaziar os sentimentos de amor e ódio, tornando claros os laços que os vinculam a sentimentos externos, como se fossem correntes de escravidão. (...) Este breve método, às vezes muito sofrido, traz, dentro de tempo curto, uma serena alegria. Obrigada por me haver conduzido a aprendê-lo (SILVEIRA, 1995, p. 69).

Uma pesquisa assim, aberta, relacional, afetiva, se perfaz e erra atenta às transformações que se dão tanto sutilmente quanto violentamente no tempo (e entre tempos), pois se concentram pela e na intensidade da experiência artística. Contraponto de uma proposta representacional que é fixa e muitas vezes oculta em significados, modos e enigmas iniciáticos (os conhecimentos fixos pouco compartilhados, as mitologias que reproduzem obediências e repetições estéreis). Pelo olhar científico de Nise, tudo que é vivo instaura um diálogo coexistente entre os corpos, assim ela os relaciona muitas vezes em sua composição da vida, mesmo em sua falta de finalidade, para afirmar a existência de uma metamorfose constante, a simples “emoção de lidar”, como afirma em entrevista sobre a fala de um paciente (SILVEIRA, 1986).

Desse modo, percebemos com Nise uma política do presente que ela sabia jamais mapeável em sua totalidade, mesmo no campo das ideias ou das projeções. A fim de poder observar meticulosamente as

⁹ JUNG, Carl Gustav. *Collected Works of C.G. Jung - v. 23: Alchemical studies*. Princeton: Princeton University Press, 1968.

metamorfoses que ocorrem em suas experiências, ela também se disponibilizava a experienciar as nuances de suas novidades em seu próprio corpo, a fazer parte delas, antes de identificá-las num discurso que termina em si mesmo, ignorando os efeitos do que se faz naquilo que é vivo, tornando-o apenas uma sombra pretensiosa do próprio pensar científico. Não, Nise constantemente parece sair do sujeito do conhecimento empírico para transitar no desconhecimento do artístico que é fazer-se material, demonstrando que organizar muitas vezes difere da ordenação de um discurso verbal: “as atividades proporcionam prazer... atraindo-nos à realidade”, conectando-nos a ela (SILVEIRA, 1986). Essa distinção consiste no modo como podemos operar uma pesquisa, como uma experiência de percepção e não como uma fronteira imposta aos movimentos dos outros. E tudo isso ocorre na disponibilidade experimental e intelectual artística do ato de compor encontros.

Composição

*A criatividade tem uma natureza borboleteante,
que inclui a liberdade de desorganização,
- sem isso não sai nada. Não há criação possível.*
(Nise, citada por Horta, 2008, p. 183)

O encontro de Dona Ivone, a dama da melodia do samba, e a Doutora Nise da Silveira, pesquisadora com Spinoza e Jung, por si só, já se trata de uma composição dissidente. Aqui estamos nos referindo à vida como obra de arte, quando experimentar a vida é experimentar a sua musicalidade:

Minha verdade

(Delcio Carvalho e Ivone Lara)

Eu tenho a minha verdade

Fruto de tanta maldade que já conheci

Me deixa caminhar a minha vida

Livremente

O que desejo é pouco

Pois não duro eternamente

Nada poderá me afastar do que eu sou

Amor, é o meu ambiente

Nada poderá me afastar do que eu sou

Me deixa, por favor

Do bom samba sou escravo

Seu fascínio me apertou

Traçou-me este destino

Meu sonho menino se concretizou

Deixe-me agora sonhar

E seguir sem pensar numa desilusão

Que o amor simplesmente

Se faça presente no meu coração

A vida como obra de arte que nos chega na composição de Dona Ivone, com as mãos no coração da poeta e toda disponibilidade do mundo para compreender. Como sempre a relatam, os mais chegados em entrevistas e documentários, fazendo a roda girar de intensa alegria: esse foi o seu tom. Através dela imaginamos uma calorosa investigação da vida, sem abandonar a vida mesma, em sua crueldade e resistência. Pois é na composição da diferença que ela se produz musicalidade, e se faz como uma outra. Também quando em parceria com Nise e os frequentadores das psicoterapias ocupacionais. Nise, investigadora, como pura composição de si mesma, propõe uma rebelião pelas práticas poéticas e relacionais em encontros como experiências outras e outros desconhecidos da razão.

Ivone, artista, passagem aos afetos ancestrais, usa de ritmos e propõe cadências e encontros sonoros em arte musical em cuidado que convoca cuidados de si. Nise, pensadora, passagem aos afetos da loucura, usa de filosofia e propõe artes visuais e musicais em encontro cuidador de propulsão da vida em liberdade que convoca

a perseverança da vida. Esse estar em ato (a presença) e em atuação (errar e agir, agir e errar) perfaz ações-intervenções e proposições filo-ritualísticas de técnicas expressivas experimentais. Além de experiências flutuantes do pensar-sentir, Nise escreve ciência, Ivone escreve poesia. São legados de registro em letra de livro e letra de música, diálogos com referências ordinárias, referências ancestrais, filósofos imortais, lutas por liberdade e presença pelo direito ao viver. Ao atuarem, realizam pesquisa. Ao pensarem, afinam seu fazer com poetas, artistas e filósofos. Escrever e compor com elas pode ser uma boa luta no fazer saúde e assistência social, no fazer saúde mental antimanicomial, no fazer saúde coletiva e defender a potência da vida.

Ivone compôs sua primeira canção aos 12 anos de idade, Nise ingressou na faculdade de medicina aos 15 anos de idade. Uma foi enfermeira, por diploma e oportunidade de disputar por sua independência profissional (profissão em que foi experiente e hábil); assistente social, por diploma, vocação profissional e localização no mundo da saúde mental; implicada com terapia ocupacional, inspira pesquisadores atuais nesse campo; insurgente na psicologia embrionária da atenção psicossocial; artista de carreira, público e presença na cena cultural mundial. Outra foi médica, por diploma e escolha aguerrida pelo promover a vida do outro; psiquiatra psicoterapeuta por criação e invenção de lugar à intervenção profissional que pudesse valer a pena na vida individual e coletiva; semeou espaço à psicologia clínica antimanicomial; criadora em uma terapia ocupacional que deixasse de ser praxiterapia e inspirasse toda a luta antimanicomial; implicada com a arte na liberdade de ser-sentir-compor, conquista presença mundial na cena da psiquiatria científica.

Daniela Name (2018), lembra que “se hoje o Brasil é machista, não é difícil imaginar como era no fim dos anos 1940”, assim, nos faz acompanhar uma posição: “por isso, é ainda mais bonito pensar no encontro entre Ivone e Nise como uma espécie de pororoca”. Refere-as como “duas correntezas que precisaram criar ondas gigantes, mas que souberam também cantar baixinho” e, então, cita: “Espalhe amor por onde for / Quem sabe amar destrói a dor”, dizendo que assim nos ensinam “um dos mais lindos sambas de Ivone Lara”. Luiz Carlos Mello (2017), diz que Nise da Silveira “ergueu uma obra estruturada no amor”, mas que ela se autodenominou “uma psiquiatra rebelde”, assim como “dizia levar um cangaceiro na pele” (em defesa da liberdade de expressão da vida profunda, acrescentamos).

Referências

- DONA IVONE LARA (1982). Alguém Me Avisou. Em *Sorriso Negro*. Warner Chapell. Fonte: <https://www.vagalume.com.br/dona-ivone-lara/alguem-me-avisou.html>
- DONA IVONE LARA & DELCIO DE CARVALHO (1978). Minha Verdade. Em *Samba minha verdade, samba minha raiz*. EMI-Odeon.
- DONA IVONE LARA & DELCIO DE CARVALHO (2010). Derradeira Melodia. Em *Bodas de Coral no samba brasileiro* [CD].
- DONA IVONE LARA & HÉLIO DOS SANTOS (1974). Tiê-Tiê. Em *Quem samba fica? Fica*. Irmãos Vitale. Fonte: <https://youtu.be/HOmR48jGfHQ>
- FOUCAULT, M. (2004). *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes.

HIRSZMAN, L. (Diretor). (1986). *Imagens do inconsciente: Posfácio* [Filme Cinematográfico]. Rio de Janeiro. Acesso em 18 de Agosto de 2021, disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=IUUDNUKkYIo&t=7s>

HORTA, B. C. (2008). *Nise: arqueóloga dos mares*. Rio de Janeiro: Aeroplano.

ITAÚ CULTURAL. (2017). *Ocupação Nise da Silveira*. São Paulo: Itaú Cultural. Acesso em 18 de Agosto de 2021, disponível em Itaú Cultural: <https://www.itaucultural.org.br/ocupacao/nise-da-silveira/>

MAGALDI, F. (2019). Das memórias de Nise da Silveira no hospital psiquiátrico do Engenho de Dentro. *Mana*, 25(3), pp. 635-665. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1678-49442019v25n3p635>

MARTINHO DA VILA (2001). Dona Ivone Lara. [CD]. Sony Music. Acesso em 18 de Agosto de 2021, disponível em <https://immut.org/album/martinho-da-vila-da-roca-e-da-cidade>

MARTINHO DA VILA. (17 de Abril de 2011). Viva Dona Ivoneeee!!! *Jornal O Dia*. Fonte: <https://www.pressreader.com/brazil/o-dia/20110417/288716292858559>

MELLO, L. C. (2017). Apresentação. Em Itaú Cultural, *Ocupação Nise da Silveira*. São Paulo: Itaú Cultural. Acesso em 18 de Agosto de 2021, disponível em <https://www.pressreader.com/brazil/o-dia/20110417/288716292858559>

NAME, D. (2018). *Dona Ivone Lara: uma joia rara*. Fonte: S.O.S. Corpo: Instituto Feminista para a Democracia: <https://soscorpo.org/?p=6368>

SANTOS, K. (2010). *Ivone Lara: a dona da melodia*. Rio de Janeiro: Garamond.

SANTOS, K. R. (2005). *Dona Ivone Lara: voz e corpo da síncopa do samba*. Tese (Doutorado), Romanse Languages, University of Georgia, Athens. Acesso em 18 de Agosto de 2021, disponível em https://getd.libs.uga.edu/pdfs/santos_katia_c_200505_phd.pdf

SCHEFFER, G. (2016). Dona Ivone Lara: o lado negro e laico da nossa história profissional. *Serviço Social & Sociedade*, 127. doi:<https://doi.org/10.1590/0101-6628.081>

SILVEIRA, N. d. (1982). *Imagens do inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra.

SILVEIRA, N. d. (1986). *Casa das Palmeiras: a emoção de lidar, uma experiência em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Alhambra.

SILVEIRA, N. d. (1995). *Cartas a Spinoza*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

SPINOZA, B. (2011). *Ética*. Belo Horizonte: Autêntica.

WISNIK, J. M. (2005). O minuto e o milênio ou por favor, professor, uma década de cada vez. *In: Anos 70 - ainda sob a tempestade*. Rio de Janeiro: Edições SESC. Acesso em 18 de Agosto de 2021, disponível em <https://artepensamento.com.br/item/o-minuto-e-o-milenio-ou-por-favor-professor-uma-decada-de-cada-vez/>

ROSENI ROSÂNGELA DE SENA (1951-2016) E A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Kênia Lara da Silva
Rita de Cássia Marques

Introdução

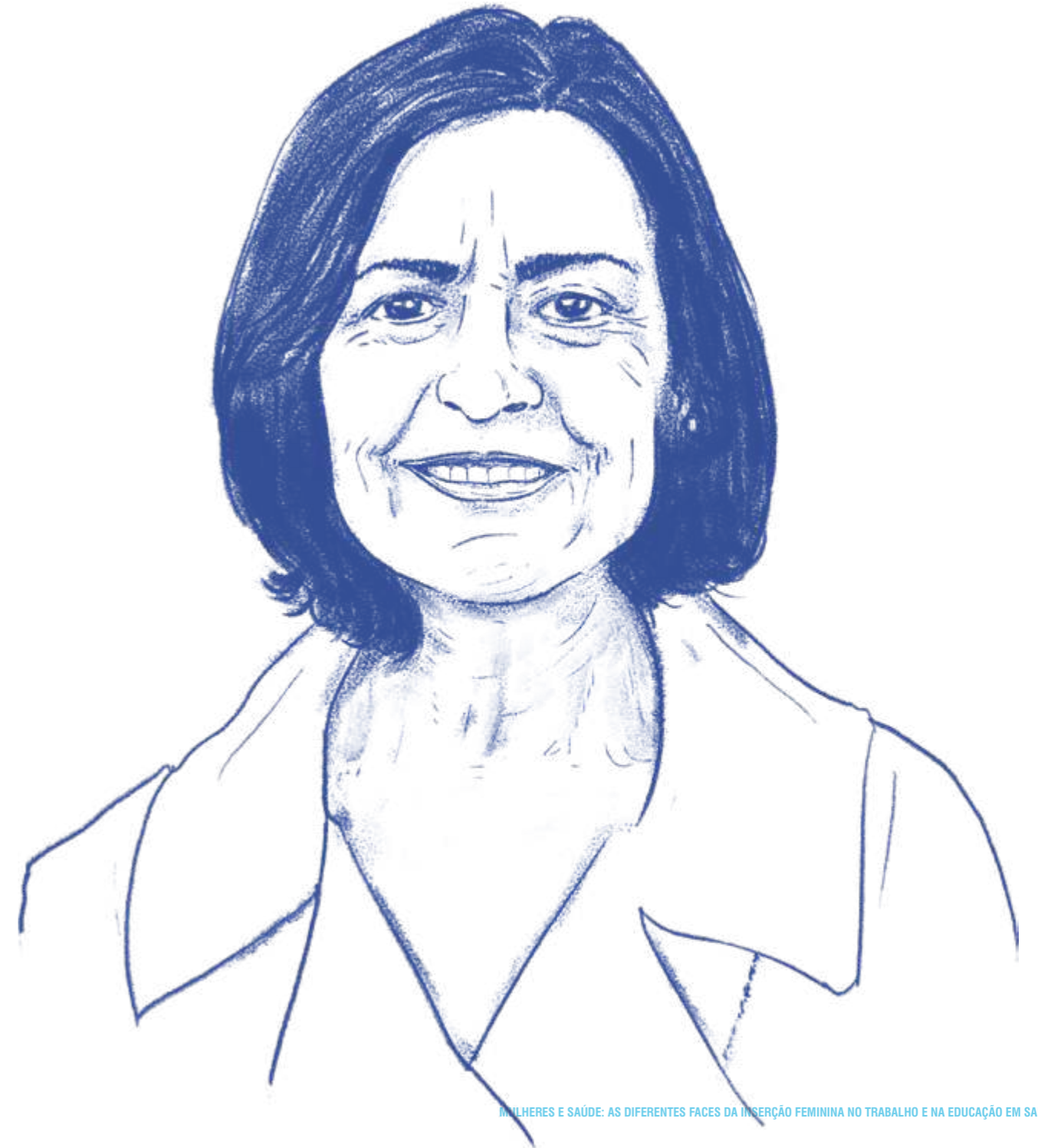
Apresentamos neste texto alguns relatos da trajetória de vida e atuação de Roseni Rosangela de Sena e suas contribuições para o campo da formação de profissionais de saúde. Roseni teve uma vida marcada pela inserção em diferentes espaços e movimentos institucionais, associativos e de militância política. Descrever toda a sua trajetória seria um grande desafio pois ela viveu intensamente! Optamos por fazer um relato seguindo uma sequência não linear de apresentação, mas descrevendo alguns feitos da sua vida profissional que a própria Roseni ressaltava quando era convidada a falar de si.

Nós, Kênia e Rita, convivemos muito proximamente com a Roseni. As nossas conversas com Roseni eram sempre muito animadas e inspiradoras! Para além do trabalho, a nossa relação era de muito afeto! E sabemos o quanto ela era exigente, rigorosa e muito coerente. Mas sobretudo, era uma pessoa de muita sagacidade, com uma visão de mundo que não permitiria que relatássemos sua história (ainda que apenas alguns breves acontecimentos) sem ressaltar os valores éticos, solidários e humanitários que moviam seu pensamento e seu agir na Defesa da Educação transformadora e crítica; na Defesa de Saúde para Todos; na Defesa da Vida.

Roseni Vive em Nós!

Roseni Sena: uma vida de militância na e para a formação de profissionais de saúde

Roseni Rosângela de Sena, filha de Josias Jacques de Sena e Manoelina Irene de Sena, nasceu em Belo Horizonte em 05 de março de 1951. Filha mais velha de uma família de 3 irmãos, reconhecia no seu núcleo familiar um convívio baseado no espírito de solidariedade, fraternidade e dignidade, sustentáculos para a prática do coletivo.



Graduou-se em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 1976. Dizia que Enfermagem era o seu destino. Logo após a graduação ingressou na Escola de Enfermagem e atuou em projetos de integração docente-assistencial desde o início da sua trajetória profissional na Universidade. A Integração docente-assistencial (IDA) era uma das atividades apoiadas pela Fundação W. Kellogg em conjunto com a Organização Panamericana da Saúde (OPS) por meio do Centro Latino-Americano de Tecnologia Educativa (CLATES). Neste momento, havia um incentivo a implantação de Centros de Tecnologia Educativa para apoiar as mudanças curriculares e a incorporação de tecnologias apropriadas de ensino com ênfase na Atenção Primária (KISIL, 1993).

Realizou Mestrado em Epidemiologia pela Escola de Veterinária da UFMG, concluindo sua Dissertação em 1989, com o título “Análise da Força de trabalho em Enfermagem na dinâmica do mercado de trabalho de saúde no Brasil”. Desde essa época, já prestava assessoria à Fundação W. K. Kellogg e atuou no Programa Transetorial de Ação Comunitária (PTAC), numa parceria entre a Escola de Enfermagem, a Faculdade de Medicina e a Escola de Odontologia da UFMG, iniciativa de articulação, com ações interdisciplinares.

Na década de 1980, intensificou-se a implantação da Atenção primária como modalidade substitutiva e as experiências do IDA foram fundamentais para direcionar a formação com maior integração aos serviços como novos espaços de aprendizagem. Essa perspectiva da relação ensino-serviço-comunidade e a diversificação dos espaços de ensino-aprendizagem seria defendida de forma muito veemente pela Roseni.

Na Escola de Enfermagem da UFMG, onde atuou como docente desde 1977, lecionou na Graduação, na Especialização e na Pós-graduação Stricto Sensu (Mestrado e Doutorado). Orgulhava-se de ter participado da criação e implementação do Curso de Especialização em Enfermagem em Saúde Pública (CEESP) no qual teve a oportunidade de contribuir para a formação de enfermeiras para todo o Estado de Minas Gerais, num momento em que ocorria a implantação do Sistema Único de Saúde e com ele a mudança de modelo assistencial.

No período de 1992 a 1996, realizou o Doutorado na Escola de Enfermagem da USP São Paulo, sob orientação da Professora Emiko Yoshikawa Egrý, com quem manteve uma enorme amizade e relação de afeto. Quando do seu falecimento, Emiko escreveu sobre Roseni:

“Inteligente, culta, humana, dotada de sentimentos de solidariedade e força na luta pelas causas da sociedade, dona de uma mente sagaz e de um espírito aguçado, sabia como ninguém trilhar caminhos novos e levar-nos a refletir sobre as contradições vivas de nossa sociedade, das políticas e das práticas em saúde. Para nós que tivemos oportunidade de com ela conviver na Escola de Enfermagem da USP, onde fez seus estudos de doutorado, ficam seu exemplo de luta pela causa do Sistema Único de Saúde e seu trabalho incansável para evidenciar a competência e promover a emancipação da Enfermagem” (OLIVEIRA; EGRY, 2016).

A sua tese de Doutorado, intitulada “A Enfermagem nos Projetos UNI: contribuição para um novo projeto político para a Enfermagem Brasileira”, posteriormente publicada pela Editora Hucitec (SENA-CHOMPRÉ; EGRY, 1998), debate de forma crítica a Enfermagem como prática socialmente determinada e suas lutas e conquistas para ocupar espaços na academia, nos serviços básicos de saúde e nos espaços comunitários.

O contexto de realização da Tese foram os cursos que aderiram ao Programa UNI – Uma nova iniciativa na formação de profissionais de saúde, projeto apoiado pela Fundação W. K. Kellogg em 23 universidades da América Latina, para desenvolver modelos de qualificação e formação de força de trabalho para o setor saúde, com participação popular. Roseni atuou como consultora da Fundação W. K. Kellogg assessorando na construção de modelos inovadores de currículos no Brasil e na América Latina.

O Programa UNI teve como referência as experiências prévias da Integração docente-assistencial (IDA) da qual Roseni participou ativamente; da Extensão Universitária e da Atenção Primária à Saúde. O Programa avançava nas propostas de articulação entre academia, serviço e população, incorporando em seu arcabouço teórico os pressupostos e princípios do Sistema Único de Saúde e da construção de novos modelos assistenciais.

Entre as atividades de consultoria da Roseni no Programa UNI, destaca-se sua atuação junto à Universidade Estadual de Londrina (UEL) que implantou um currículo integrado. Roseni considerava essa proposta “desafiadora e corajosa”, e um exemplo para os militantes dos movimentos de mudança nas instituições educativas que devem seguir construindo permanentemente novos saberes e práticas no campo da educação, da atenção e da gestão em saúde (SENA, 2005).

Sobre os currículos, Roseni tinha uma crítica contundente ao modelo tradicional de ensino afirmando que era necessário avançar, na educação dos profissionais, para uma concepção crítico-reflexiva em relação à sociedade, superando o modo conservador de ensinar e operar os conteúdos, com grades curriculares estanques, com ênfase no biológico e na enfermidade como bases para a discussão do processo saúde-doença na formação. As mudanças curriculares deveriam acontecer de forma integrada nos movimentos institucionais da universidade, nos projetos pedagógicos de curso, na concepção dos docentes e discentes, no interior dos serviços de saúde com ressonância na comunidade. Apostava na condição dos estudantes como sujeitos críticos, ativos, construtores do seu próprio conhecimento. Escreveu inúmeros artigos e capítulos de livro, além de participar de muitas conferências e eventos, nos quais expressava sua posição a favor de um ensino crítico, de uma formação para a integralidade, de uma educação transformadora. Acreditava que as universidades ainda são lugares fechados com currículos capturados e capturantes. Uma nova perspectiva de formação exigia abertura para “as coisas que estão acontecendo lá fora”.¹⁰

¹⁰ Entrevista disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=kRwwlZcdmS8>

O movimento articulado sempre foi uma aposta da Roseni. Em todas as suas atuações ela mobilizava diferentes atores para integrar as propostas. Estava sempre circulada de muitas pessoas!

Ainda como consultora da Fundação W. K. Kellogg participou de projetos para a Enfermagem na América Latina com destaque para a Rede de Pós-graduação de Enfermagem na Região Sul do Brasil (REPENSUL), que apoiou a descentralização da oferta de programas de mestrado e doutorado para a região, em parceria com diversas universidades e da criação da REAL – Red de Enfermeria da América Latina. A aposta em redes colaborativas, no compartilhamento e intercâmbio de experiências, na possibilidade do trabalho coletivo era uma das suas marcas.

Roseni recebeu muitos prêmios. O reconhecimento do seu trabalho no desenvolvimento da Enfermagem na América Latina deve-se à enorme dedicação que empregou para construir e apoiar projetos de educação capazes de ampliar a quantidade e a qualidade da formação oferecida ao pessoal de Enfermagem. Neste sentido, defendia um trabalho em rede colaborativa para promoção da cooperação no desenvolvimento das propostas. Foi assim que atuou intensamente para formação dos Pólos de Desenvolvimento de Enfermagem (PRODEN) agregando experiências inovadoras na articulação docente-assistencial; em programas de educação continuada, especialização e atualização visando a reorganização dos sistemas de saúde; a produção e disseminação de tecnologias inovadoras nas áreas de educação em saúde e educação em serviço (SENA; VILLALOBOS, 2001). Os Pólos deveriam apresentar capacidade de liderança institucional e potencial para melhoria da docência, estimulando também o desenvolvimento regional.

Também teve contribuição fundamental para o projeto de desenvolvimento de Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletivo (CIPESC) realizado em parceria com o Conselho Internacional de Enfermagem.

Foi pesquisadora bolsista de produtividade do CNPq. Desenvolveu inúmeros projetos de pesquisa e publicou artigos em periódicos nacionais e internacionais. Coordenou, desde 1997, o Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE) liderando a produção e a formação de recursos humanos nas linhas de Educação em Enfermagem; Modelos assistenciais e Promoção da saúde. Afirmava que o Núcleo era o lugar do coletivo. Aliás, o Coletivo sempre foi uma aposta da Roseni. Ela dizia que não havia outra maneira de transformar os processos educativos, nos serviços, na sociedade se não fosse pelos Coletivos.

No período de 2003 a 2005, atuou como coordenadora da área técnica da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no Ministério da Saúde. Integrava uma equipe com pessoas nas quais tinha longa trajetória de trabalho e de vivências afetivas. Em uma entrevista¹¹, quando resgata esse momento da carreira, Roseni reconhece o quão importante foi a criação de uma Secretaria, no âmbito do Ministério da Saúde, para tratar da gestão do trabalho e da educação de forma articuladas. Reconhece também que foi um processo rápido, intenso, desafiador mas de muitos aprendizados para os movimentos sociais que tinham assumido a gestão, com

o governo vigente. Na sua visão, o mais difícil era “penetrar em ambientes tão duros”. Relata, como grande aprendizado, a possibilidade de “entrar, contaminar e capilarizar” referindo-se a construção de um efeito que não se restringiu às mudanças internas nos espaços de governo, mas sobretudo que foram capilarizados com as políticas que ganharam vida e foram disseminadas em todo país.

Uma das suas últimas atuações profissionais foi como Diretora da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) atuando nos processos de formação e educação permanente dos profissionais de saúde no âmbito do Estado de Minas Gerais. Roseni transformou a ESP-MG num momento em que a Escola passava por processos importantes na discussão da sua vinculação institucional no Governo do Estado de Minas Gerais. A sua principal contribuição, no relato dos trabalhadores da ESP foi de valorizar a Escola, empoderando o lugar da formação permanente como a aposta para fortalecer o SUS. Para isso,

“temos que revisitar os princípios do SUS para fazer com que sejam nossas orientações durante nossa trajetória. A ESP-MG é um patrimônio do SUS, e tem um papel muito importante na qualificação e formação, e isso deve se dar por meio da educação permanente de todos os trabalhadores do SUS. A educação permanente é no trabalho e para o trabalho. Para isso, é preciso estar muito atento aos modelos assistenciais, e nesse caso, atualmente temos um grande desafio com a questão da promoção da saúde e com a qualidade do cuidado. A Escola é o “carro chefe” para discutir, propor e aprofundar as questões relacionadas a educação permanente do SUS em Minas Gerais...”¹²

Em 2016, recebeu o Prêmio Anna Nery do Conselho Federal de Enfermagem e o Diploma de Honra ao Mérito da Associação Brasileira de Enfermagem em reconhecimento aos relevantes serviços prestados como educadora na área da saúde e em prol do desenvolvimento da enfermagem no Brasil.

Faleceu em 26 de setembro de 2016.

Contribuições para a formação de profissionais de saúde

A trajetória da Roseni foi de grande envolvimento com os movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde. Ela acreditava na potência dos processos coletivos de mudanças, impulsionados pela necessidade de romper com as concepções pedagógicas tradicionais, os currículos centrados em procedimentos; a relação utilitarista do ensino pelo serviço. Deste modo, sua aposta era na transformação com o uso de metodologias ativas de ensino e aprendizagem; na diversificação dos cenários de aprendizagem, nas possibilidades de avaliação. O processo que se constrói cotidianamente por docentes, estudantes e profissionais envolvidos na formação.

¹¹ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=tJJGei1ibYA>

¹² Comunicação & Saúde. ESP-MG conhece nova diretora. Disponível em: <http://repositorio.esp.mg.gov.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/303/398.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 4 out. 2021.

Uma das marcas indelévels no pensamento da Roseni era o reconhecimento do Sistema Único de Saúde como um projeto ético-político-social. Entendia que o SUS era um desafio político, exigindo um engajamento contínuo da sociedade brasileira como um todo pois, com os avanços do SUS convivem dialeticamente os desafios de uma sociedade sustentada em princípios da solidariedade.

A defesa do SUS exigia e exige o reconhecimento das forças em disputa na sociedade: de um lado o projeto neoliberal do capitalismo pós-industrial-financeiro e o projeto de defesa da vida. Para ela, Vida que deve ser vivida com dignidade superando qualquer forma de injustiça, discriminação ou exclusão.

A Defesa da Vida expressa um valor fundamental para a construção de um mundo mais justo, democrático e solidário num pensamento que Roseni expressava como: TODA VIDA VALE A PENA SER VIVIDA!

Roseni e seu legado

Para além de todas as contribuições que Roseni deixou para a formação de profissionais de saúde e de enfermagem; para a gestão do Sistema Único de Saúde, para o movimento associativo, ela era uma pessoa que pensava e agia com muita coerência. Era firme, forte, agregadora, com uma escuta imensa. Sobressaia sua práxis humana, ética e comprometida.

Procuramos relacionar na figura abaixo, algumas expressões que ela usou para destacar um pouco da sua trajetória, militância, experiência de vida.

São legados que nos inspiram a continuar lutando para construir um mundo melhor, uma vida melhor para todas e todos.



Referências:

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. Roseni Rosângela de Sena: a life dedicated to Nursing sciences, arts and ideals. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], v. 50, n. 05, p. 716, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600001>. Acesso em: 29 ago. 2021

SENA, R. R.; VILALOBOS, M. M. D. Introdução. In: ARRAIGADA, J.; CANAVAL, G. H.; CEBALLOS, M. E.; SENA, R. R.; VILLALOBOS, M. M. D. **Recursos de Enfermagem**: contribuições ao processo de desenvolvimento. Editora Unibiblos: Universidade Nacional da Colômbia, Bogotá, 2001.

SENA, R. R. Prefácio. In: DELLAROZA, M. S. G.; VANNUCHI, M. T. O. **Currículo integrado do Curso de Enfermagem da UEL**: do sonho à realidade. São Paulo: Hucitec, 2005.

SENA-CHOMPRÉ, R. R.; EGRY, E. Y. **A Enfermagem nos projetos UNI**: contribuição para um novo projeto político para Enfermagem brasileira. São Paulo: Hucitec, 1998.

FORMAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DE MARIA CECÍLIA FERRO DONNANGELO

Cinira Magali Fortuna
Solange L`Abbate

Introdução

Este capítulo foi escrito por duas mulheres que tiveram aproximações diferentes com a pedagoga, socióloga e professora Maria Cecília Ferro Donnangelo. A professora Solange L`Abbate, socióloga e professora aposentada do Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp e que estava realizando o mestrado sob sua orientação no momento do acidente automobilístico fatal e, professora Cinira Fortuna, enfermeira, docente e membro do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (NUPESCO), da USP.

Com diferentes aproximações e singulares afetos entre nós duas, assinalamos como autoras deste capítulo, a potente teia de vida, cujos fios se sustentam na obra e nas contribuições tanto da professora Maria Cecília Ferro, quanto de seus orientandos, dentre os quais destacamos o Prof. Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, a Profa. Lillian Sbrima Sharaiber, o Prof. Emerson Elias Merhy, entre outros, que são além de referências obrigatórias para a compreensão do trabalho em saúde e de sua complexidade, pessoas incríveis com as quais tivemos e temos a alegria de conviver. Assim, a quatro mãos, escrevemos circunscritas pelo número possível de páginas, esperando inspirar outras produções e leituras daqueles que já se dedicaram à extensa tarefa de refletir sobre a atualidade e contribuições da professora Donnangelo. A magnitude dessas contribuições faz com que seja muito justa homenagem à Profa. Maria Cecília no Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência.

Dividiremos o capítulo em duas partes: a primeira que pretende iluminar algumas das contribuições da professora Maria Cecília Ferro Donnangelo para a formação e atuação dos trabalhadores da Saúde. Na segunda parte traremos um relato afetivo de quem conviveu diretamente com a Cecília, retratando a amiga, mulher, intelectual, pesquisadora na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, escrito pela professora Solange L`Abbate e que juntas, decidimos que deveria ser mantido em suas características autorais.



Com tais registros, de densidade teórica e, mesmo, epistemológica e afetiva, pretendemos realizar o duplo desafio de recuperar a contribuição da Profa. Maria Cecília para o campo da educação e do trabalho na sua composição e na sua atualidade, assim como homenageá-la, como mulher, amiga e pesquisadora de enorme relevância para a Saúde Coletiva brasileira.

O contexto de produção das obras da Profa. Maria Cecília F. Donnangelo e algumas contribuições:

Para ser coerente com a obra da professora Maria Cecília, se faz necessário abordar alguns dados do contexto vivido pela autora, para situar sua produção. Quando sua obra foi forjada, estávamos vivendo no Brasil os anos de ditadura militar, da censura, do intenso êxodo rural para cidades como São Paulo, o adensamento das periferias, aprofundamento das desigualdades sociais, das altas taxas de mortalidade infantis e maternas, do desemprego e da ausência de um sistema público de saúde organizado integrando as três esferas de governo.

As universidades públicas brasileiras ofertavam poucas vagas, em geral ocupadas pelas classes média e média alta. O mercado privado do ensino superior ainda era restrito sendo o ensino público o principal formador universitário. Pouco ou nada havia em termos de políticas públicas inclusivas para a formação universitária.

Essas universidades formavam médicos, enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos, dentre outros, com forte tendência a se pensar esses campos como profissões que se embasavam nas ciências e assim eram exercidas e guiadas pela objetividade e pela neutralidade associada às mesmas.

O lócus privilegiado do trabalho dos médicos eram as práticas liberais. Com suas pesquisas, Maria Cecília vai demonstrar uma tendência ao assalariamento e a entrada do setor estatal na contratação desse profissional. Profissões como a enfermagem, encontravam trabalho majoritariamente em estabelecimentos, especialmente hospitais públicos e privados, ou seja, não dispunham de consultórios privados ou empresas prestadoras de serviços e poucas trabalhavam em serviços de atenção primária à saúde.

Nesse contexto, a professora Maria Cecília abre o caminho para a reflexão de que as práticas profissionais da saúde são, na verdade, práticas sociais, ou seja, não são circunscritas às decisões de seus agentes individualmente ou corporativamente, mas desenvolvem-se em intrínseca relação social e histórica com os modos de produção, nesse caso, capitalista, atendendo e criando necessidades.

Havia, ainda mais intensamente que hoje, a predominância nos currículos da área da saúde do modelo flexneriano, com ênfase no funcionamento anatomopatológico do corpo biológico, nas doenças e no raciocínio clínico individual norteado pela causalidade.

Enquanto professora, ela participou da iniciativa do curso experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Essa iniciativa de 1968, ocorria concomitantemente ao curso médico convencional e propunha

pioneiramente um ensino que previa práticas desde os primeiros anos do curso e introduzia a atenção primária em saúde na formação médica. O ensino se fazia em “módulos” ou blocos integrados e considerava a saúde e doença articulada ao contexto de vida, à classe social, ao trabalho, à moradia. Assim, previa a formação médica articulada com saberes como o da sociologia, da antropologia e outros das ciências sociais mais críticas. Se hoje temos esses aspectos como norte para formação em saúde e ainda é um desafio importante, é possível avaliar a vanguardismo da proposta.

Segundo Tavano e Almeida (2017, p. 101):

Os propositores do Curso Experimental de Medicina imprimem no Curso sua própria trajetória/visão/ação de subversão, de preocupação com o social, suas próprias concepções de ser/saber/fazer médico e de construção de um percurso formativo.

O curso funcionou entre os anos de 1968 e 1974 e se propunha a promover uma formação que favorecesse a integração dos conteúdos a serem trabalhados e, especialmente, trouxesse para a formação médica a intrínseca relação das condições sociais com o processo de adoecer e cuidado. Havia a aposta na integração da clínica com o social e o modelo pedagógico incluía a pesquisa, o espaço da biblioteca e a discussão reflexiva.

O professor Emerson Elias Merhy, em entrevista em 2019 ao Centro de Documentación “Pensar en Salud” (CeDoPS), intitulada “Cecília Donnangelo: su influencia em la salud colectiva”, conta que em 1969 os estudantes calouros foram recebidos pelos veteranos com a proposta de desenvolver pesquisas na periferia de São Paulo, com temas relacionados à saúde. Ele atribui essa possibilidade ao incentivo e apoio da professora Maria Cecília (INSTITUTO DE SALUD COLECTIVA, 2019).

Ou seja, as contribuições muito substantivas da Profa. Donnangelo ao pensamento da saúde, sobretudo da formação e do trabalho no setor saúde, emergiram em contextos de um país submetido ao regime militar, com diferentes aspectos de crises econômica, sanitária e social, que se expressavam em diferentes expectativas para a atuação dos profissionais, seja na perspectiva corporativa ou dos processos sociais que envolviam a produção de saúde. As contribuições não se restringiram ao campo teórico, uma vez que se associaram à atuação docente na pesquisa, no ensino e na orientação de outros pesquisadores, entre os quais figuram diversas referências contemporâneas para a temática do trabalho na saúde. Contribuições que serão mais detalhadas a seguir.

Contexto da escrita desse capítulo e pistas para formação e trabalho em saúde a partir de sua obra

O cenário brasileiro, no qual esse capítulo foi escrito, apresenta similaridades e diferenças com relação ao momento sócio-histórico, político, cultural e sanitário que em foi possível a emergência e a abrangência de efeitos da obra da Profa. Maria Cecília. E uma breve aproximação descritiva do cenário atual nos permitirá estabelecer conexões com suas contribuições.

Pouco após sua morte, vivemos a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 que afirma a concepção de saúde como:

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso à serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.” (Relatório final 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 4).

À 8ª CNS sucedeu o processo constituinte e houve a promulgação da Constituição Brasileira de 1988 com a premissa máxima de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. As conexões do social com a saúde, fortalecidas pelos estudos que antecederam esse processo, são bastante visíveis no texto daquela Conferência e nos registros constitucionais, com contribuições substantivas também para a implementação da política de saúde registrada no documento legal.

Nas décadas de 1990, 2000 e 2010 houve aumento do acesso aos serviços de saúde através da implantação do Sistema Único de Saúde com as redes assistenciais, expansão de serviços e estratégias como: a Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família (NASFs), implantação da rede de atenção psicossocial com os Centro de Apoio Psicossocial (Caps), implantação de serviços de atenção domiciliar, da rede de Urgência e Emergência através dos SAMUS e das UPAS, dentre tantas outras. (VIEGAS *et al.*, 2021; BISPO; MORAES, 2020).

Houve, no âmbito do Ministério da Saúde, a criação da Secretaria da Gestão do Trabalho Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGETS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) que promoveu iniciativas como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, as Residências Multiprofissionais, os Programas Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), dentre outras (FARIAS-SANTOS; NORO, 2017; HADDAD; CYRINO; BATISTA, 2018).

Houve ainda nos anos 2000 incentivo de abertura de cursos da saúde em vazios assistenciais, buscando a fixação de profissionais nessas regiões e iniciativas como o Programa Mais Médicos, com iniciativas de mudanças na formação médica (MOURÃO NETTO *et al.*, 2018).

É bem verdade que o financiamento do Sistema Único de Saúde sempre esteve aquém das necessidades e temos a questão das disputas da saúde como bem de mercado, sujeito a compra e venda, o que fez uma expansão importante dos planos de saúde e ofertas de pagamento direto (AMORIM; MENDES, 2020; MENDES; LEITE; CARNUT, 2020).

Outro ponto a destacar é a implementação da globalização e da Nova Gestão Pública que vem atravessando os modos de se organizar a atenção, especialmente no SUS. Muitos serviços são

organizados pelos princípios da Nova Gestão Pública (PAULA, 2005) como a auto-responsabilização, o trabalho norteado por indicadores, a gestão pública terceirizada, dentre outros, que também estão guiando programas no SUS (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

No campo da formação ainda houve formulação das diretrizes curriculares dos cursos da saúde que, apesar de recomendarem a formação segundo as necessidades de saúde da população e do SUS, ainda desafiam e carecem de reformulações (COSTA *et al.* 2018)

O final da década 2010 e início dos anos 2020 se anunciaram com ascensão de movimentos ultraconservadores e neoliberais.

A devastação das florestas e do meio ambiente para favorecimento de exploração pela mineração, pela agropecuária, pelo agronegócio, vem sendo a maior das últimas décadas.

Soma-se ainda a difusão de informações falsas pelas mídias digitais, incentivo ao armamento da população, a discriminação de mulheres, população negra, indígenas, LGBTQ+, o aumento da pobreza, o aprofundamento da desigualdade social, dentre outras mazelas.

Como se ainda não fosse suficientemente grave, o país vive a pandemia de Covid-19 em meio a todas essas dificuldades. O Sistema Único de Saúde, ainda que desfinanciado e com muitas dificuldades, representou a chance de sobrevivência de muitos brasileiros.

Morreram, até a escrita desse capítulo, mais de 570 mil pessoas dentre as quais, profissionais de saúde e, não por acaso, especialmente os da enfermagem. Houve agravamento da saúde mental da população como um todo, queda nas ações cotidianas de saúde em prevenção e diagnóstico precoce.

Houve incentivo de tratamento medicamentoso sem evidências científicas e atraso na aquisição de vacinas.

Podemos afirmar que estamos diante de inúmeras incertezas quanto aos efeitos diretos e indiretos da pandemia na saúde dos brasileiros.

Certamente também houveram iniciativas de produção de coletivos com moradores organizados, com a gestão municipal da saúde e com organizações não governamentais, que precisam ser estudadas e reconhecidas.

Nos indagamos, diante desse cenário, quais aspectos aprendidos com a professora Maria Cecília podemos evocar para nos auxiliar a pensar esses tempos e os desafios para o trabalho em saúde e para a formação de trabalhadores?

Destacamos os seguintes:

- Sendo a saúde resultante dos modos de vida, fortemente relacionada com as condições de trabalho, moradia, renda, raça, gênero, é preciso intensificar o ensino da saúde com referenciais transdisciplinares que considerem aspectos econômicos, políticos, ambientais, antropológicos, culturais em sua relação com o processo saúde-doença e cuidados.
- A Educação Permanente em Saúde e a formação inicial dos trabalhadores da saúde precisam pautar-se em metodologias de ensino/aprendizagem que permitam a análise do contexto e reflexividade sobre a complexidade do processo saúde/doença e cuidado, buscando superar os pressupostos de neutralidade, do positivismo, da fragmentação e das concepções tecnicistas e biomédicas.
- Os modos de produção, distribuição e consumo no mercado globalizado, vem produzindo fenômenos também mundializados como a emergência climática e impactam nos modos de viver e de se relacionar. Não é possível pensar saúde sem analisar o processo produtivo. Desse modo, a formação e o cuidado são atos políticos e dizem respeito a um projeto de sociedade, necessitando ganhar visibilidade em debates considerando os distintos interesses envolvidos. Assim setor saúde é um cenário de disputas de projetos. Não é possível discutir e tratar a saúde somente a partir desse setor, do saber médico hegemônico, das corporações. Esse debate ultrapassa amplamente o campo e se cruza com desafios da concentração da renda, dos latifúndios, da desigualdade social, racial e de gênero, do descuido ambiental para exploração desenfreada dos recursos naturais, entre outros: assim, hoje podemos escutar de Maria Cecília: saúde é política.

Memórias e afetos, por Solange L`Abbate: (Cecília Donnangelo: mestra e amiga)

Maria Cecília Ferro Donnangelo foi uma das primeiras, senão a primeira socióloga no Brasil, a articular conceitos das Ciências Sociais à análise da Medicina, da prática médica e da saúde.

Os resultados das suas pesquisas foram publicados principalmente em dois livros: *Medicina e Sociedade (O médico e seu mercado de trabalho)* [São Paulo, Editora Pioneira, 1975], com base no seu doutorado, defendido em 1973 e publicado posteriormente em nova edição pela Editora Hucitec, em 2011, com Prefácio de Gastão Wagner de Sousa Campos e; *Saúde & Sociedade*, análise baseada na sua *Livre Docência*. Pude estar presente nas duas defesas, a primeira realizada em 1973 e a segunda em 1976 (DONNANGELO, 1975).

Concordo inteiramente com Hésio Cordeiro ao afirmar, na apresentação do livro “O Social na Epidemiologia. Um legado de Cecília Donnangelo” que “Maria Cecília Ferro Donnangelo dedicou-se na USP ao estudo e pesquisa sobre o processo de penetração das relações capitalistas de produção nos serviços de saúde, especialmente na prática médica e construção do mercado de trabalho médico na cidade de São Paulo” (CORDEIRO, 2014, p. 7). Este tipo de articulação foi totalmente inovador e inspirou muitos estudiosos da área da Medicina e da Saúde Coletiva, dentre os quais me incluo.

Tive o privilégio de ter um intenso contato com Cecília durante a década de 1970 e início dos anos 80, até sua morte em janeiro de 1983. Contato facilitado pela proximidade dos nossos locais de trabalho: ela no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), na Av. Dr. Arnaldo, e eu, trabalhando no Instituto de Saúde, Av. Dr. Enéias Carvalho de Aguiar em frente ao Hospital das Clínicas. Como as duas avenidas são paralelas e muito próximas, bastava atravessar os jardins da Faculdade para chegar ao prédio do Departamento onde a Cecília trabalhava.

E mais: atuei como entrevistadora de médicos para sua tese de doutorado, defendida na Faculdade de Medicina da USP em abril de 1973 e publicada como livro pela Livraria Pioneira em 1975. No meu exemplar deste livro há uma dedicatória da própria Cecília, o que para mim torna este livro ainda mais precioso: “*À Solange com um grande abraço de “solidariedade” (pela área) São Paulo, 12/12/75*”. As aspas são da própria Cecília.

Confesso que foi uma das pesquisas de campo (e participei de várias) que me deu mais trabalho. Até conseguir agendar com cada médico para entrevistá-lo, era uma verdadeira batalha. E mais: como a entrevista era bem longa, foram inúmeras as vezes nas quais não conseguia aplicar todas as questões num único encontro, devido ao tempo restrito que os médicos reservavam para esta atividade. Se era difícil agendar um encontro com cada entrevistado, quando era necessário mais de um encontro, era mais difícil ainda. Mas foi, sem dúvida, um enorme aprendizado, do qual nunca me esqueci.

Assim que Cecília me mostrou o formulário da entrevista, disse a ela: “Você está pagando muito pouco para realizar este trabalho, mas como gostei muito de você e da pesquisa, aceito ser sua entrevistadora”. Ela concordou que o pagamento, pago pela FAPESP que financiava a pesquisa, era bem pequeno mesmo. Outra razão é que eu precisava muito do trabalho, que me sustentava enquanto cursava, à noite, Ciências Sociais na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras (FFLCH) da USP. Assim consegui unir um trabalho que tinha tudo a ver comigo à necessidade da minha subsistência. Logo que comecei o trabalho, o tempo todo agradei a ela pelo convite e a mim mesma por ter aceito.

E, não me arrependi: foi um enorme aprendizado tanto ao atuar como entrevistadora, como pelo fato de a experiência ter me despertado o quanto seria rico poder articular conceitos da Sociologia à uma prática da área da saúde, no caso, a prática médica. Sem dúvida, essa experiência foi fundamental para minha futura decisão de trabalhar na área da Saúde e depois na Saúde Coletiva, área na qual trabalho até hoje, atualmente como docente aposentada colaboradora voluntária do curso de Pós-Graduação da área de Ciências Sociais em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Para mim, as duas características mais marcantes da Cecília eram: a inteligência brilhante e a generosidade. A primeira já foi destacada por alguns autores como Ricardo Bruno Mendes Gonçalves e outros (CARVALHEIRO; HEIMANN; DERBLI, 2014). Quanto à generosidade e disponibilidade, gostaria de contar apenas um exemplo: eu fazia mestrado no Curso de Ciências Sociais da USP e, à época, não havia a possibilidade de ter um coorientador ou coorientadora, ainda mais uma cientista social da área da Medicina. Mas graças também à generosidade da minha orientadora do Departamento de Filosofia e Ciências Sociais da USP, Lia de Freitas Garcia Fukui, que achava fundamental eu ter contato com uma socióloga da área da saúde, pude me encontrar de forma frequente com Cecília, para discutir a investigação do mestrado que eu desenvolvia, cuja temática era relacionada às Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil. O mestrado foi defendido no Departamento de Ciências Sociais das FFLCH da USP em maio de 1983, depois publicado integralmente em dois números da Revista de Nutrição da PUC/Campinas em 1988 e 1989 (L'ABBATE, 1988).

Outro aspecto da generosidade da Cecília: quase diariamente, muitos estudantes de pós-graduação a procuravam para conversar e buscar algum tipo de orientação, e a grande maioria nem era constituída por seus orientandos. Pude testemunhar este fato nas inúmeras vezes nas quais eu também fui conversar com ela.

Dentre as contribuições teóricas desenvolvidas pela Cecília, gostaria de destacar, sobretudo, o fato de seu trabalho ter sido fundamental para articular conceitos das Ciências Sociais à Medicina e à Saúde. Para tanto, bastaria pesquisar as dissertações e teses produzidas por pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, defendidas durante a década de 1980 e provavelmente até em anos mais recentes. Acredito também que autores de dissertações e teses de outros departamentos e, até de outras faculdades (como foi o meu caso), tenham se inspirado e até utilizado as análises desenvolvidas por Cecília.

Outro sinal da relevância das suas contribuições é a reedição pela Editora Hucitec, em 2011, de Medicina & Sociedade, sendo que esta edição contém o Prefácio de Gastão Wagner de Sousa Campos, no qual ele afirma que “A professora Cecília Donnangelo foi um gênio da Saúde Coletiva”, afirmação com a qual concordo plenamente.

Enfim, concluindo, me considero privilegiada de ter tido este contato com Cecília Donnangelo, que até hoje continua a ser uma grande inspiração para mim e, acredito, para muitos outros pesquisadores da área da Medicina Preventiva e da Saúde Coletiva.

“Muito obrigada Cecília, espero estar honrando seu legado”.

Fechamentos em aberturas:

Podemos dizer que Maria Cecília Ferro Donnangelo, foi uma mulher muito especial, produto e ao mesmo tempo produtora de seu tempo e muitas obras e vídeos já foram publicados sobre seu legado e contribuições para a saúde coletiva Brasileira. Sugerimos aos leitores alguns deles que estão citados no texto e constam das referências bibliográficas.

Sua obra interroga os sistemas atuais de avaliação neoliberal das universidades e dos programas de pós-graduação. Não publicou enormemente em revistas internacionais com índices bibliométricos, não guiou sua produção pela quantidade. Certamente foi uma professora e pesquisadora que contribuiu de modo substancial para sustentação da saúde coletiva brasileira, cuja ela mesma e seus orientandos são referências incontornáveis para análise crítica da formação, do cuidado e da gestão em saúde na atualidade.

A construção do pensamento que articula o social e o sanitário, que faz pontes profícuas entre as ciências da saúde, sobretudo a medicina, as ciências sociais e humanas, com uma contribuição indiscutível à emergência da saúde coletiva e à compreensão das conexões do trabalho em saúde, da educação e do ensino das profissões, são legados de Maria Cecília Donnangelo, que se materializam em publicações, nas pesquisas e na orientação de pessoas que têm muita relevância no cenário contemporâneo. Donnangelo, cientista, docente e mulher, também nos mobiliza pela generosidade e compromisso ético com a saúde e com a vida, que fazem falta nesse tempo em que convivemos com a pandemia e com um nível relevante de negligência e autoritarismo. Sua inspiração também permite pensar em percursos para o tempo atual.

Viva Maria Cecília!

Referências:

8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). **Relatório final**. Brasil, Brasília. Ministério da Saúde.

AMORIM, D. A.; MENDES, A. Financiamento federal da atenção básica à saúde no SUS. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 12, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.970>. Acesso em: 4 out. 2020.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MORAIS, M. B. Democracy and Health: reflections and challenges before the 16th brazilian national health conference. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 16, 28 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001713>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARVALHEIRO, J. R., HEIMANN, L. S., & Derbli, M. (Orgs.). **O Social na Epidemiologia**. Um legado de Cecília Donnangelo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2014.

CORDEIRO, H. A. Apresentação. In: Carvalheiro, J. R., Heimann, L. S., & Derbli, M. (Orgs.). **O Social na Epidemiologia**. Um legado de Cecília Donnangelo (pp 07-08). São Paulo: Instituto de Saúde, 2014.

COSTA, D. A. S., SILVA, R. F. D., LIMA, V. V.; RIBEIRO, E. C. O. (2018). Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 67, p. 1183-1195, dez. 2018. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>.

DONNANGELO, M.C. F. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo, SP: Pioneira, 1975.

FARIAS-SANTOS, B. C. D. S.; NORO, L. R. A. PET-Saúde como indutor da formação profissional para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 03, p. 997-1004, 2017. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.15822016>

GIOVANELLA, L., BOUSQUAT, A., ALMEIDA, P. F. D., MELO, E. A., MEDINA, M. G., AQUINO, R.; MENDONÇA, M. H. M. D. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. 01-06, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102311X00178619>.

HADDAD, A. E.; CYRINO, E. G.; BATISTA, N. A. Pró-Ensino na Saúde: pesquisas sobre formação docente e os processos de ensino e trabalho no sistema único de saúde (sus), com ênfase na reorientação da formação profissional na saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 1, p. 1305-1307, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622018.0493>.

INSTITUTO DE SALUD COLECTIVA. Cecilia Donnangelo: su influencia en la salud colectiva. 2019, August 1. [Video]. YouTube. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=jg7RyviR9X0>. Acesso em: 4 out. 2021.

L'ABBATE, S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil. I. Período de 1940 a 1964. **Rev. nutr. PUCAMP**, p. 87-138, 1988.

MENDES, A.; LEITE, M. G.; CARNUT, L. A methodology for apportioning federal SUS resources: the health needs index. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 77, 7 ago. 2020. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001661>.

MOTA, A. Entre o curso tradicional e o curso experimental da Faculdade de Medicina-USP: a experiência da pedagoga Maria Cecília Ferro Donnangelo, 1968-1976. **Educar em Revista**, v. 54, p. 159-172, 2014. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.37808>.

MOURÃO NETTO, J. J., RODRIGUES, A. R. M., ARAGÃO, O. C., GOYANNA, N. F., CAVALCANTE, A. E. S., VASCONCELOS, M. A. S.; MOURÃO, A. E. B. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. 01-07, 2018. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.2>.

NUNES, E. D. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 909-916, 2008. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000300013>.

PAULA, A. P. P. D. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **Revista de administração de empresas**, v. 45, n. 1, p. 36-49, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0034-75902005000100005>.

TAVANO, P. T.; ALMEIDA, M. I. Curso Experimental de Medicina na FMUSP e suas conjecturas de implementação. **Khronos**, v. 4, p. 84-101, 2017. <https://doi.org/10.11606/khronos.v0i4.133251>.

VIEGAS, S. M. D. F.; NASCIMENTO, L. C. D.; MENEZES, C.; Santos, T. R.; ROQUINI, G. R.; THOLL, A. D.; NITSCHKE, R. G. SUS-30 years: right and access in a day in the life of Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 3, p. 01-07, 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0656>.

MARIA CRISTINA CARVALHO DA SILVA, UM VESTIDO, UM AMOR: UM HORIZONTE DE LUTA PELA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Károl Veiga Cabral
Márcio Mariath Belloc

Todo lo que diga está de más

Las luces siempre encienden en el alma

Y cuando me pierdo en la ciudad

Tú ya sabes comprender. Es solo un rato, no más

Tendrías que llorar o salir a matar

Te vi, te vi, te vi

Yo no buscaba a nadie y te vi.

Fito Paez, *Un vestido y un amor*

Introdução

A campanha lançada na perspectiva de marcar o 2021 como o Ano Internacional da Saúde e Assistência parece ter sido encomendada para contar a trajetória de Maria Cristina Carvalho da Silva. Proteger, Investir e Juntos sintetiza sua história no campo da saúde pública brasileira e sua dinâmica de vida como mulher, profissional, educadora, militante e cidadã do mundo. Amiga e companheira de trabalho de muitos e muitas, deixou sua marca em um legado de cuidado e acolhimento à diversidade construído na coletividade, de forma dialogada e pactuada.



Firme em seu propósito e missão de vida Maria Cristina nunca tergiversou sobre seus ideais de mundo, mas sempre soube construir a unidade, pacificando ânimos, construindo consensos na base do diálogo.

Hábil na arte de desenvolver a política, aqui entendida em seu sentido mais amplo, de habitar a *polis*, Maria Cristina nos presenteou com a intensidade e o calor de seu sorriso, entremeado de palavras que nos faziam, e ainda fazem, divisar o horizonte, mesmo que em meio à tempestade mais brava. Estar com ela era sentir-se acompanhado, bem amparado e feliz de andar no mundo em tão boa companhia. Maria Cristina é uma das grandes construtoras e articuladoras do cenário da saúde mental coletiva, que nasce no sul do país, mas ganha visibilidade nacional a partir de sua firme atuação no campo da saúde e da educação, e mesmo no mundo, quando suas ideias e conceitos atravessam fronteiras geográficas e chegam em outros países na perspectiva de fazer (re)flexionar. O legado de Maria Cristina revela que ela é mulher de horizontes possíveis. É importante destacar que durante a confecção deste escrito optamos por conversar com vários companheiros de trabalho e de vida da homenageada, como forma de completar os “furos” da história a ser contada, mas também de dividir a intensidade que é voltar para estas memórias através do escrito. Maria Cristina nos parece tão múltipla e intensa em sua produção que apenas duas pessoas não dariam conta de explorar a pluralidade de sua presença no mundo, ou mesmo atestar de suas contribuições para o campo da educação e da saúde pública.

Um percurso que atravessou fronteiras

Nascida em 1960 na pequena cidade do Capivari, região arrozeira próxima ao litoral norte gaúcho, Maria Cristina Carvalho da Silva era filha única de um casal que batalhou muito para que ela viesse ao mundo. Casados já há algum tempo, para os padrões da época, e desejando muito por um filho(a) que não chegava, a mãe fez promessa para Nossa Senhora por um(a) herdeiro(a). Vem daí a homenagem no nome: Maria! Para agradecer à santa a chegada da filha que veio completar a felicidade do casal. Cresceu no meio do campo, entre livros, brincadeiras, fantasias e plantações de arroz. Com muita vontade de ganhar o mundo, coisa que rapidamente fez quando saiu da pequena cidadezinha para a capital Porto Alegre estudar no colégio Champagnat, como forma de completar sua formação, já que em sua cidade natal não havia escola para além do ensino fundamental. Naquela época, uma menina, filha única, tão desejada pelos pais migrando para Capital estudar, ficando longe de casa, não era lá tão usual. O caminho do colégio interno era, em muitos casos, o único viável para as meninas ditas bem-nascidas e consideradas de boa família que tinham acesso e apoio para seguir estudando. Não para Maria Cristina, que as fronteiras e adversidades representavam desafios e aprendizagem!

O machismo estrutural de nossa sociedade impedia muitas mulheres do Brasil à fora de seguirem seus caminhos livremente. A década de 60 agrava essa situação com a ascensão da ditadura militar imposta pelo golpe de 1964. Em meio a este cenário de repressão e luta pela democracia Maria Cristina, ou simplesmente a Cris

para os amigos, como nos comenta seu companheiro de longa data Zeca Saraiva¹³, forja sua personalidade e ocupa seu lugar no mundo ao lado da luta por democracia, pelos direitos humanos, por uma sociedade mais plural, com espaço para a diversidade e para a cidadania de todos. Ainda garota conhece o padre Élcio, que lhe desperta o interesse pelas causas sociais e se vincula aos católicos progressistas escolhendo e construindo seu lugar no mundo e na história. Sua trajetória de lutas é desenhada no campo da saúde e da educação, e, conseqüentemente dos direitos humanos, tendo passado pela gestão, atenção e formação, pelos conselhos de classe e sindicato, sem esquecer a presença militante nos fóruns de decisão das conferências e controle social, assim como espaços de decisão nacional de disputa e condução das políticas.

Maria Cristina fez a travessia e cravou o pé na Capital do RS e dali para o mundo. Embalada pelos ideais da revolução e eferescência cultural de maio de 68, realizou o curso de psicologia na Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) no qual se forma em 1983, pertencente a mesma congregação Marista da sua escola. Já formada e trabalhando, realiza o Aperfeiçoamento em Saúde Mental Coletiva na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, em 1988, ano importante no qual o Sistema Único de Saúde entra como capítulo da Constituição Brasileira (1988), após muita luta dos movimentos sociais pelo qual Maria Cristina participou junto ao movimento da reforma sanitária brasileira e da reforma psiquiátrica.

Sandra Fagundes¹⁴ nos relata que Maria Cristina teve participação ativa junto ao movimento estudantil e de classe (no Conselho Regional de Psicologia e no sindicato), na esfera da formação de psicanalistas (na Cooperativa Jacques Lacan e posteriormente no grupo que veio a fundar a Associação Psicanalítica de Porto Alegre - APPOA). Também teve grande protagonismo na articulação entre psicanálise e saúde pública na construção epistemológica e na práxis, na coordenação e exercício clínico nos serviços nos quais atuou, na construção do modelo da residência multiprofissional, como grande aposta de formação em serviço para o Sistema Único de Saúde (SUS) e na militância junto ao Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM). Esse percurso fez de Maria Cristina uma das grandes lutadoras e construtoras da política de saúde mental no país. No início da década de 90, junto com outros atores, as duas construíram o texto da Política de Saúde Mental de Porto Alegre, ajudaram a criar o Conselho Municipal de Saúde da cidade, confeccionaram o documento que serviu de base para a Conferência Municipal de Saúde Mental no final de 1991, já preparando a ida para a Conferência Nacional, assim como estavam envolvidas na abertura do primeiro serviço voltado a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental, a saber a Pensão Protegida. Parceiras de trabalho na construção da saúde mental e do SUS no país, as duas viriam a coincidir em muitos projetos de vida pelo país.

¹³ José Carlos Saraiva é psicanalista, psicólogo e artista, atualmente aposentado. Grande amigo de Maria Cristina, com quem residiu e dividiu grandes e incríveis momentos na vida.

¹⁴ Sandra Maria Sales Fagundes, foi coordenadora de Saúde Mental do estado do RS em 1987, Secretária municipal de Saúde de Viamão (1998-2002) e de Porto Alegre (2003-2004) e Secretária Estadual de Saúde do RS (2013-2014) tendo sido, colega, chefe e amiga de Maria Cristina.

Em 2008 Maria Cristina ingressa no mestrado na Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob a orientação do Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim¹⁵ e desenvolve a pesquisa intitulada *Educação do lugar: saúde mental e pedagogias da cidade*. Ricardo conta que a relação construída com Maria Cristina e aprofundada durante o período da pesquisa foi sendo transformada gradativamente em uma profunda amizade, respeito e companheirismo que nunca experimentou com outra aluna ou aluno ou colega de trabalho. “Era uma pessoa que a gente gostava de ter por perto, de estar junto” diz ele em entrevista realizada para este escrito-memória-homenagem. Conta também que as orientações eram sempre momentos de invenção, de criação e realizadas em diferentes espaços, dada as vidas frenéticas de orientador e orientanda. No momento de sua morte, a dupla estava justamente debatendo como colocar no formato de pesquisa as experiências acumuladas nos anos de coordenação e exercício clínico de Maria Cristina no atualmente conhecido como CAPS CAIS Mental Centro, serviço de referência na época da rede substitutiva de Porto Alegre. Cabe aqui mencionar a sua participação na criação da rede substitutiva da capital gaúcha, inclusive desse conceito de CAIS Mental. Antes de serem criados e estabelecidos nacionalmente conceitos e normativas sobre os Centros de Atenção Psicossociais, muitas experiências singulares de serviços de média complexidade em saúde mental foram criadas e desenvolvidas no país. Em Porto Alegre eram os Centros de Atenção Integral em Saúde Mental, que, como um cais, conceitual e efetivamente se estruturava a partir dessa metáfora de um lugar seguro para aportar, receber cuidados, reabastecer e sair a outras navegações, sempre com possibilidade de voltar se necessário.

Em uma das orientações com Ceccim, Maria Cristina traz um vídeo de uma saída de usuários desse CAPS e o orientador aponta que este é o seu trabalho, o fora, a cidade. Aponta que a pesquisa é o lado de fora do CAPS. Assim nasce o projeto e a ideia/conceito de pedagogia da cidade forjada na dissertação de mestrado.

No ano de 2010 ingressou no doutorado em Educação da UFRGS, mantendo a mesma parceria de orientador, tendo realizado uma imersão no território de Barcelona em 2011 na qual estreitou laços com a produção acadêmica e de pesquisa na Univesitat de Rovira i Virgili. Na pesquisa aprofundou a ideia/conceito de pedagogia das cidades, investigando as conexões entre educação e saúde mental, as singularidades das duas áreas que quando do encontro se transformam, na qual se forja a ideia de zona de comuns e pedagogia da zona. Neste período doutoral Maria Cristina estava mergulhada em indagações sobre o mal-estar na adolescência, uma vez que encontrava-se trabalhando no Núcleo de Apoio a Saúde da Criança e do Adolescente (NASCA) da região Centro, referência clínica para esta faixa etária. Suas investigações teóricas sempre nasciam da interlocução com os cenários de prática. Suas indagações eram fruto de uma escuta sensível, conectada com o território, clinicamente afiada pelos anos de experiência e pela aguçada percepção de mundo. Infelizmente seu doutorado foi interrompido por sua partida prematura desse mundo, mas sua contribuição pautada no campo da interseção

¹⁵ Ricardo Burg Ceccim é enfermeiro e professor da UFRGS, tendo sido além de orientador e amigo da homenageada, parceiro de trabalho na inter-setorialidade nos projetos de inclusão com a educação municipal, diretor da Escola de Saúde Pública do RS quando do período de realização dos cursos de Acompanhamento Terapêutico e de revitalização da proposta de formação em serviço por meio da Residência Multiprofissional em saúde.

saúde/educação ainda nos inspira a indagar, a trabalhar e a produzir saídas possíveis para acontecimentos ativos e transformadores das cidades, dos mundos. Suas contribuições teórico/práticas para o cuidado seguem reverberando em seus textos e produções e nos corpos daqueles que tiveram o privilégio de conviver com a potência de Maria Cristina. E foram muitos nestes anos de trabalho clínico, de formação em serviço pela Residência Multiprofissional e nos muitos cursos e aulas que ministrou pelos caminhos do cuidado da saúde.

Após esta breve contextualização sobre a mulher-trabalhadora-gestora-educadora-pesquisadora através do seu percurso formativo e sua forma de indagar o mundo, convidamos os leitores a mergulhar nos três tempos desenhados pela campanha, a partir de dois grandes eixos de contribuição de Maria Cristina Carvalho para a saúde coletiva brasileira, a saber: a reforma psiquiátrica e a residência multiprofissional em saúde. É impossível de relatar em um texto a grandeza da contribuição desta homenageada para o campo da saúde e da educação, então vamos apresentar algumas contribuições inspirados na linha do horizonte da formação em serviço.

Maria Cristina é múltipla. Mulher do mundo, da vida política e da política da vida. Como nos ensina Arendt (1958) habitou as arenas e usou de sua voz e de seu pensamento para fazer o bom debate. Suas andanças pelo campo da saúde e da educação nos fazem perceber o quanto seu pensamento de vanguarda produzia ruído. Música que embalava os sonhos de uns e tirava o sono de outros. Fundo de rumor mais macio que o silêncio, diria Tessler¹⁶ outra mulher e artista, contemporânea de Maria Cristina que conviveram no mesmo território de produções afetivas e políticas, no devir de criação, devir de produzir formas variadas de contágios com a vida.

Do dentro ao fora:

Relatos de uma vida de implicação com o cuidado em liberdade.

Proteger: criando espaço de acolhimento e possibilidade de invenção de projetos de vida desde dentro de um serviço, o CAPS, mas também da rede de atenção psicossocial e da própria cidadania. Investir: sempre no humano, fosse ele quem fosse, estivesse ele em situação de rua, circunscrito na psicose, em uso abusivo de substâncias, etc. Juntos: sempre buscando e apostando no trabalho em equipe multiprofissional e em rede com a cidade.

A contribuição de Maria Cristina Carvalho é imensa no campo da reforma psiquiátrica, na luta por uma sociedade sem manicômios e por um cuidado em liberdade. Atuou fortemente na militância e ocupou e disputou espaços

¹⁶ Élica Tessler é artista e professora do curso de arte da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e assim como Edson Luiz André de Sousa, psicanalista, professor aposentado da mesma universidade, foram companheiros de trajetória da homenageada, na articulação com a arte, a psicanálise. O título da obra *Fundo de rumor mais macio que o silêncio* (2003-2013), retirado da leitura de Marcovaldo ou as estações da cidade de Italo Calvino, constou na exposição individual da artista Gramática Intuitiva, na Fundação Iberê Camargo, Porto Alegre/RS, 2013.

importantes para tornar realidade a bandeira central de luta da saúde mental: cidadania! Mas entre as muitas contribuições deixadas por ela, queremos destacar o trabalho na constituição de um dos serviços pioneiros no campo da reforma gaúcha, referência de formação para muitas gerações de estudantes que por lá passaram, espaço de criação, de invenção de novos modos de cuidar e exemplo de gestão. Um serviço de excelência que sob sua coordenação construiu história: o CAPS CAIS Mental Centro, ou simplesmente o Cais.

Enquanto trabalhadora da saúde pública atuou em diversos serviços, sempre mantendo o exercício clínico de referência psicanalítica, mas no Cais desempenhou um papel magistral enquanto gestora e trabalhadora, de produzir inovações do cuidado, dando corpo a muitas revoluções moleculares que produzia por onde passava. O Cais foi um dos primeiros serviços de referência para o acolhimento e o cuidado na cidade de Porto Alegre. Impossível descrever tudo que acontecia dentro do serviço sob a coordenação de Maria Cristina Carvalho desde 1997 até sua saída cerca de uma década depois. Neste tempo, com funcionamento diurno, como na verdade se mantém até hoje por ser um CAPS do tipo II, o serviço muitas vezes se organizou para funcionar 24h para dar suporte a crise e evitar uma internação desnecessária, quando ninguém ainda discutia acolhimento noturno e nem sequer se pensava em um serviço de acolhimento 24h como uma necessidade para a rede de atenção psicossocial. Na época certamente o destino seria um hospital psiquiátrico, já que a cidade e a Região Metropolitana não contavam com leitos em hospital geral para referência de internação. O serviço funcionava com um espaço para acompanhamento da crise chamado de centro de atenção diária (CAD). Os usuários atendidos no serviço eram avaliados e direcionados a permanecer em CAD ou não, de acordo com a situação em que se encontravam. Os usuários avaliados com necessidade de uma atenção diária permaneciam no serviço, com um profissional de referência junto, acompanhando e avaliando a pertinência de realizar ou não as atividades propostas no plano terapêutico singular (PTS). Muitas vezes a função deste profissional era apenas a de estar junto e dar suporte corporal e de palavra ao atravessamento da crise. Esta disponibilidade de emprestar o corpo, para a travessia da crise produzia, em sua grande maioria, a possibilidade de não recorrer a uma internação, algo inovador ainda hoje na maioria dos serviços.

Mas sustentar com o próprio corpo, dar pele à crise não é tarefa fácil e exige dos profissionais muita energia e suporte técnico, confiança entre si e trabalho de equipe. Maria Cristina conhecedora desta realidade, pois no exercício da coordenação nunca deixou de desenvolver o trabalho clínico, providenciando para equipe muitos espaços de discussão técnica e de amparo às dores da travessia de ofertar atenção psicossocial. A equipe contava com reunião clínica e administrativa semanal, com a presença de todos os profissionais, inclusive o porteiro, pois o entendimento da coordenadora era de que o acolhimento começa lá na porta do serviço, quando a pessoa e sua família chegam. Não por acaso, um dos projetos de êxito do Cais foi um grupo musical chamado *Black Confusion*, que nasce do bate papo do rapaz da portaria com usuários que frequentavam o serviço, todos interessados em música, mas isso já é outra história. O serviço, sempre que possível contava com supervisão clínica e institucional e muitas modalidades de formação em serviço, como a apresentação de pacientes e a discussão clínica oriunda deste momento de encontro fundamentado na inspiração psicanalítica lacaniana.

Um serviço que realmente funcionava como um porto seguro para usuários e familiares, mas também para o exercício da clínica de atenção psicossocial ofertando espaços formativos múltiplos aos seus trabalhadores e trabalhadoras, assim como estagiários e profissionais que tinham a oportunidade de passar pelo serviço e aproveitar seu caráter sempre inovador de produzir cuidado. Muitos de nós tivemos o benefício de ter o Cais em nossa vida como um horizonte de trabalho e de formação para a clínica da atenção psicossocial, ancorada nos princípios e diretrizes do SUS e coerente com os princípios básicos da reforma psiquiátrica de produzir cidadania e ajudar a constituir projetos de vida. Uma clínica verdadeiramente antimanicomial.

O Cais também foi um dos primeiros serviços a contar com a modalidade de acompanhamento terapêutico (AT) como dispositivo de cuidado. Ainda em 1996 iniciaram uma parceria com a Fundação da Assistência Social e Cidadania (FASC) para o acolhimento da população em situação de rua, que por suas características demandaram ao serviço uma nova abertura no processo de acolher e cuidar. Esta implementação deveu-se à constatação da equipe que alguns usuários não se beneficiavam das formas de tratamento instituídas e era preciso diversificar a forma de atenção para atingi-los, visto que não conseguiam permanecer dentro da instituição.

O acompanhamento terapêutico entra enquanto dispositivo da Reforma Psiquiátrica, à medida que interroga a organização sobre a clínica e os seus limites, ou seja, traz o fora (o entorno da cidade) para dentro do serviço, abrindo brechas que o auxiliam a não se tornar totalizante para o usuário, foi uma ferramenta para acompanhar esta população em seu processo de cuidado. Segundo as palavras da própria Maria Cristina¹⁷: “No início não tínhamos bem claro exatamente o que era aquilo que a gente estava fazendo, a gente fez isso com alguns usuários que tinham uma experiência de rua, pois eles tinham dificuldade de ficar dentro, entrar na sala, entrar no serviço. Então a Analice Palombini e a Francilene Rainone¹⁸ começaram a atender essas pessoas”. Esse trecho deixa visível o quanto o serviço se moldava à demanda dos usuários, produzindo e incorporando novas modelagens de cuidado para poder conseguir dar acolhimento e cuidar. Levando a sério e com ética a premissa de que o SUS é usuário-centrado, ou seja, o serviço amplia seu cardápio de ofertas de tecnologias leves, como nos ensina Merhy (2002) para cuidar das pessoas que recebe respeitando suas características, seu percurso anteriormente traçado até chegar no serviço. Pode parecer fácil, mas até hoje é uma luta conseguirmos produzir cuidado a população de acordo com as necessidades da mesma e não a partir do que já está instituído no serviço. Requer da equipe uma postura de abertura para incorporar novas tecnologias, para se indagar, planejar e desenvolver novas modalidades de atenção. O novo ainda assusta muitas equipes que seguem sem conseguir diversificar sua oferta uma vez acionadas pela população, embora hoje se possa contar com a portaria da RAS de 2010 que institui as redes de atenção em saúde e que preconiza a adoção das linhas de cuidado em saúde.

¹⁷ Cf. Cabral, 2003.

¹⁸ À época Analice de Lima Palombini (psicóloga) e Francilene Rainone (terapeuta ocupacional) eram trabalhadoras do Cais além de amigas da homenageada.

Nesta ação de introduzir uma nova modalidade de cuidado para dar conta de ampliar a oferta e acolher os usuários direcionados ao serviço vemos o caráter inovador, mas também a disponibilidade para um trabalho necessariamente intersetorial quando ainda eram poucos a teorizarem sobre o tema, pois Maria Cristina assumiu a coordenação do serviço no ano de 1997. Sempre atenta a demanda dos usuários e suas famílias e aquilo que vem das ruas das cidades, percebeu desde pronto que o trabalho em saúde mental precisava ser construído na coletividade, com a parceria de muitos outros atores e colocou o Cais Mental Centro em abertura e permanente diálogo com a cidade. Fez uma sólida parceria com as universidades, em especial com a UFRGS para receber estagiários, parceria com a educação, em especial com o projeto da escola inclusiva coordenado por Ricardo Burg Ceccim, que depois veio a ser seu orientador e amigo de toda vida, parceria com a cultura, no desenvolvimento de projetos de cinema e arte envolvendo os usuários, com a geração de renda e o trabalho, através de articulação com o Sistema Nacional de Empregos (SINE), via projetos como o Insere, de reabilitação psicossocial, entre outros.

Maria Cristina Carvalho foi uma gestora como poucas, hábil na contratualização e pactuação, realizava o exercício da política com desenvoltura e leveza. Sabia extrair dos pares (mas também dos ímpares) o melhor que cada um possuía. Firme em seu compromisso ético de trabalhar no campo da saúde mental, sempre pautou sua intervenção no respeito a diversidade, na autonomia de pensamento, buscando a horizontalidade das relações, sem deixar de chamar para si a responsabilidade sempre que necessário. No campo da macropolítica foi além de coordenadora, representante pela categoria da psicologia (e da psicanálise) e trabalhadora, representante em muitas arenas de disputa em todo o cenário nacional, contribuindo para a formulação no campo da saúde pública de uma clínica fundamentada na psicanálise.

Em conversa/entrevista com outra colega de trabalho e amiga, Analice Palombini¹⁹, a mesma relata que Cris possuía uma notável capacidade de articular clínica, política e gestão, por sua capacidade de mediação, de negociação. Destaca também como o Cais, sob sua gestão, articula a interface com outras secretarias como forma de ampliar os modos de acolhimento e cuidado em coerência com o SUS e a reforma psiquiátrica. Aliás, Analice comenta que desde que passaram no concurso da prefeitura de Porto Alegre, no final da década de 80, Maria Cristina já despontava como uma liderança e assume posição de destaque junto ao grupo de construção da política de saúde mental no município. Isso se deve em parte ao perfil de Maria Cristina, mas também por conta de sua ativa atuação no movimento estudantil e no diretório acadêmico da universidade onde as duas se conheceram e não deixaram mais de se acompanhar, fosse no trabalho clínico com a psicanálise e a pesquisa sobre as cidades, fosse nos carnavais e momentos festivos da vida de ambas. Destaca ainda a importante contribuição de Maria Cristina para a clínica de base psicanalítica dentro da saúde pública.

¹⁹ Analice de Lima Palombini é psicanalista, professora da Universidade Federal do Rio grande do Sul e quem concebeu, entre tantos outros projetos, o Projeto AT na rede da UFRGS.

Na micropolítica ela também inovava. Capaz de uma escuta singular do inconsciente produziu trabalho analítico da mais alta relevância junto aos usuários que acompanhou clinicamente no serviço.

Seriam muitas as histórias, mas destacamos aqui a de um usuário, encaminhado pelo AT desenvolvido com a população em situação de rua acompanhado por ela. Após um período com dificuldade de acesso ele ingressa no serviço. Sua presença se fazia notar pelo cheiro forte que exalava, uma vez que estava na rua a bastante tempo, sem acesso a banho e sem grande contato com outras pessoas. Esse usuário, bastante isolado em seu andarilhar pelas ruas, chega ao serviço sem muita vontade de falar com qualquer pessoa. Após algumas tentativas não exitosas ele acaba se vinculando com Maria Cristina que inicia uma escuta individualizada com ele e começa a desenhar um projeto singular de acompanhamento, pactuando com ele o desenho de cuidado.

Não só ele tinha dificuldade de permanecer no serviço, mas o mesmo tinha dificuldade em acolhê-lo por conta do forte odor que exalava. Quando ele adentrava ao Cais, todos ficavam sabendo. Ele carregava uma bolsa enorme cheia de potes de vidro com fezes e urina recolhida por ele durante sua estada nas calçadas da vida. Arredio ao contato, silencioso ele não queria muito papo ao chegar. Estava escondido sob a carapaça de um odor animal que repele o outro logo de cara.

Maria Cristina é a primeira a conseguir romper esta barreira. Vê e sente por traz desta recusa, a vontade de contato que inicia a brotar na relação entre a dupla: analista e analisando. Inicia um movimento de conexão dele com outros espaços dentro do serviço, como a oficina de beleza. Vai negociando com ele a possibilidade de descartar o conteúdo dos potes de vidro e diminuir o tamanho da sacola que pesava no ombro e nas relações que ele poderia vir a desenvolver com os outros. Com suavidade e firmeza, gradativamente ele vai se desfazendo da bagagem do andarilho solitário da rua e buscando o olhar do outro. Na oficina de beleza recebe a proposta de pintar o cabelo e com isso vem a possibilidade do banho, para a tinta pegar melhor no cabelo, como lhe explica a técnica de referência do grupo. Sustentado na transferência ele topa. O banho faz emergir um novo sujeito para o Cais, mas também para ele mesmo que, quando se olha no espelho e se depara com sua própria imagem murmura: “há quanto tempo...!”

Histórias como essa, de encontro do sujeito com o seu desejo sustentados na transferência com a homenageada são muitas e poderiam resultar em um livro ou uma coleção deles. Histórias de encontro, de aposta no outro e de produção de vida.

O CAPS Cais Mental Centro foi realmente um celeiro de produção de cuidado, de conhecimento e de experiências inovadoras para o SUS tanto no exercício clínico e escuta sensível produzida por Maria Cristina, quanto na sua especial capacidade de fazer gestão de um serviço, como ela mesmo escreveu certa vez “no olho do furacão”. Um serviço vivo e que se empenhava em produzir vida sempre em constante conexão com o território.

Residências multiprofissionais:

A arena de disputa da formação em saúde alicerçada no território vivo

Proteger e defender a aposta de uma formação em serviço através da residência multiprofissional como maneira de formar trabalhadores e trabalhadoras pautados no SUS, na reforma psiquiátrica, conectadas com o fora e o cuidado em liberdade, buscando garantir a cidadania do louco. Investir na formação em serviço através da modalidade da RIS como espaço de formação de recursos humanos para a rede pública, o SUS, assim como nos processos de educação permanente de trabalhadores(as). Juntos: trabalho sempre pautado no encontro dos saberes, dos diferentes campos, das diferentes formações.

A atuação de nossa homenageada junto a Residência Multiprofissional em Saúde foi fundamental no processo histórico da formação em serviço nesta modalidade e permitiu a abertura, implementação e sustentação de muitas residências em todo o território nacional. Seu papel de articuladora, sua capacidade de negociação, seus conhecimentos técnicos e seu compromisso com a saúde pública foram fundamentais neste cenário de profundas disputas e embates.

Maria Cristina foi representante do Rio Grande do Sul junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e contribuiu enormemente para a constituir a legalização e firmar a residência multiprofissional no cenário da formação em serviço em consonância com o SUS. Sua atuação destaca-se em especial nos momentos de maior embate e desgaste. Sobre o tema Alcindo Ferla²⁰ ressalta que ela foi imprescindível na montagem e na articulação de uma rede de atores nacionais com compromisso com as residências multiprofissionais. Destaca ainda que sem Maria Cristina talvez nem houvesse uma Comissão Nacional. Segundo Ferla, também entrevistado para este texto, “ela captou a ideia da Comissão não como um endereço, como um lugar de chegada, mas como um espaço a ocupar”, a partir de sua noção de estratégia e de sua intensidade, colocando o quadrilátero da saúde em movimento.

Tivemos o privilégio de acompanhar Maria Cristina nas reuniões, representando o Sul e observar seu talento e habilidade de pactuação. Em meio as negociações de regulamentação da RIS recordamos um momento de grande embate quanto da proposta de circunscrever as residências apenas ao espaço da universidade. Alvorço total se estabeleceu entre os participantes de todo o país que se faziam presentes. Os coletivos que produziam esta modalidade de formação como as Escolas de Saúde Pública ou outros espaços não universitários, reivindicavam o caráter orgânico da relação com os serviços e com a rede para manter a essência da formação. As Universidades desfilavam seus professores com titulação e currículos invejáveis e a infraestrutura instalada que os serviços jamais possuíam. O caos estava montado. Os atores que até então vinham construindo uma sinergia de ação em prol da regularização da residência se viram divididos pela proposta feita pelo Ministério de Educação.

²⁰ Alcindo Antônio Ferla é médico e professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, além de parceiro de trabalho, pesquisa e projetos e amigo de Maria Cristina Carvalho.

Maria Cristina observa e reflete, a reunião acaba com uma plenária disputando, se acusando, apontando fragilidades de ambos os lados. O governo, representado por membros do Ministério da Saúde e da Educação, que até então estava sendo provocado pelo coletivo de atores unidos, respira aliviado quando a pressão recai sobre a plenária. A saída brusca ao final da reunião de muitos dos atores revela que uma importante fratura se estabeleceu entre o grupo. Isso dá tempo ao governo para arrastar a regulamentação, pois será preciso a força de ambos os lados: atores de serviço e da universidade unidos para reverter esta história. Nossa homenageada começa um trabalho de formiguinha, conversando com um e com outro nos diferentes espaços, promovendo uma delicada costura entre o grupo cindido. Outros se juntam a ela. Maria Cristina sabe que divididos perdemos. Somente a força do coletivo nacional poderá empurrar o governo a regularizar a formação em serviço como residência multiprofissional. Rapidamente mapeia as lideranças que embarcaram na cisão provocada pela proposta do governo e vai tecendo uma rede de negociação. Ela marca encontros: um café, um almoço, um encontro formal, com as figuras nacionais e vai tecendo o argumento. Provocando o pensamento, refazendo o “ponto” comum que movimenta a todos: a regularização.

Sua liderança, sua capacidade de articular, de encontrar pontos de comunhão, de desfazer nós, foi amplamente utilizada e colocada a serviço daquilo que entendíamos como bem maior. Evidentemente cada ator deste cenário tinha suas ideias e divergências de como ofertar tal formação. Mas Maria Cristina trabalha na linha de criar uma coesão entre aquilo que nos unifica e não aquilo que nos diferencia. Recoloca a disputa em outro patamar. Alguns meses depois quando uma nova reunião do grupo nacional aconteceu o governo foi surpreendido por uma plenária novamente coesa e observou que voltava a ocupar a posição inicial de pressão pela regularização das residências multiprofissionais.

Distraídos venceremos

Como forma de concluir, sem a pretensão de fechar, mas abrindo a espiral, precisamos afirmar que Maria Cristina é múltipla, muitas mulheres dentro de uma mulher. Maria Cristina é intensidade. Desde cedo se perguntou em que mundo vivia e que mundo almejava. Buscou justiça social, e trilhou seu caminho na defesa dos direitos humanos, dentre eles dois direitos básicos: educação e saúde, ocupando o lado certo da história. Adulta, adotou o campo da saúde e através da educação investiu, por excelência, no campo da formação em serviço como paradigma ético, estético e político de mudar a assistência ofertada nos serviços. Transformar o mundo para fazer caber aqueles que habitam as bordas, as zonas, os interstícios. Os vulneráveis, os invisíveis. Todes!

Norteadas pelo firme propósito de que se um(a) de nós se levanta, todas as outro(a)s se levantam junto. Compreendendo que se um(a) sobe, todo(a)s subimos! Compreendendo que uma nação forte se constrói na coletividade. Não era dada a uma visão binária do mundo. Era mais, verdadeiramente plural no seu viver e no

seu fazer. Disposta sempre à partilha, seja do conhecimento, seja das alegrias do estar vivo e no mundo, Maria Cristina habitou e segue habitando as zonas, enquanto espaços de produção, de criação e de acontecimento. Sempre trabalhando na borda, sempre mais à frente do seu tempo, mesmo nas mais duras e às vezes impermeáveis situações, mas apostando sempre na alegria do encontro, para produzir possíveis. Apostando na relação com o outro. Seu pensamento e sua trajetória nos ensinam que a vida é para ser vivida, que a potência dos encontros sempre vale a pena, que saúde e educação andam na mesma zona e articuladas podem provocar rupturas que transformem o mundo em um lugar melhor para se viver.

E fazia isso sempre com uma vitalidade indescritível, nos conta Ricardo, fosse na sala de aula, na mesa de bar, no texto escrito, na arena formal de disputa. Maria Cristina agarrou a vida com todo o seu corpo, com toda a potência. Viveu e produziu assim, puro devir, pura vitalidade. Como nos comenta Alcindo, Cris era a educação permanente em ato, pois era impossível distinguir em seu fazer a escuta, a formação, a gestão, a produção de conhecimento, a pesquisa, etc. Tudo era agenciamento, intervenção, exercício de educação permanente. Com cada molécula e em intensa produção. Sua alegria em dar suporte para as coisas belas na vida, nas coisas em que acreditava e apostava eram seu motor na direção do outro, ao encontro, ao inusitado da vida.

A linha do horizonte com Maria Cristina era sempre algo tangível, logo ali. Acho que o impossível era uma palavra que riscou em seu dicionário. Fazer o percurso da vida em companhia dela foi e sempre será mais interessante, intenso e divertido. Contagiu de vida todo aquilo que tocou. Maria Cristina Carvalho da Silva amava a vida. Imprimiu uma marca indelével no cenário brasileiro, como mulher, militante, professora, trabalhadora, gestora e pesquisadora ao mesmo tempo ruidosa, pela força das suas contribuições e macia, pela suavidade de sua forma singular de produzir vida. Parafraseando Tessler (2008), Maria Cristina circunscreveu sem limitar, sem abdicar ao desejo de tocar a borda: “abordagens e ancoragens”, em um “horizonte provável”. Teceu redes, desenhou mandalas, articulou vida.

É que, na verdade, Cris – permitindo-nos aqui essa intimidade até hoje presente – tinha muitos vestidos e amores, para citar o verso da canção de Fito Paez que tanto gostava. Eram e são ainda muitos, pois Cris sempre se vestiu de encontro e de amor como produção de vida, quantos e quantas vezes fossem necessárias. Um vestir-se de encontro e de amor que poderia muito bem se constituir em um novo verbo: mariacristinar.

E se compreendemos com Tessler (2008) que o verbo no infinitivo pode transpor passado, presente, futuro, e assim provar o infinito e experimentar outra dimensão de tempo, provemos então vestir-nos de encontro e de amor. Experimentar outra dimensão de seus tempos, encontrar e amar saboreando o infinito, mariacristinar.

Maria Cristina Carvalho da Silva é presente! Distraídos venceremos querida amiga!

Referências:

ARENDRT, H. **The human condition**. Chicago: University of Chicago Press, 1958.

CABRAL, C. V. **Acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: considerações sobre o setting**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

SILVA, M. C. C. **Educação do lugar: saúde mental e pedagogia da cidade**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.

SILVA, M. C. C.; CECCIM, R. Educação do lugar: saúde mental e pedagogia da cidade. **Saúde em Redes**. v.1, n.3, p.7-19, 2015.

TESSLER, E. Uma linha do horizonte e outros alinhamentos prováveis. **Porto Arte**: Porto Alegre, v.14, nº 24, p.33 – 39, 2008.

TESSLER, E. **Gramática intuitiva** (Catálogo de Exposição). Porto Alegre: Fundação Iberê Camargo, 2013.

IZABEL DOS SANTOS: COMO UMA ALQUIMISTA

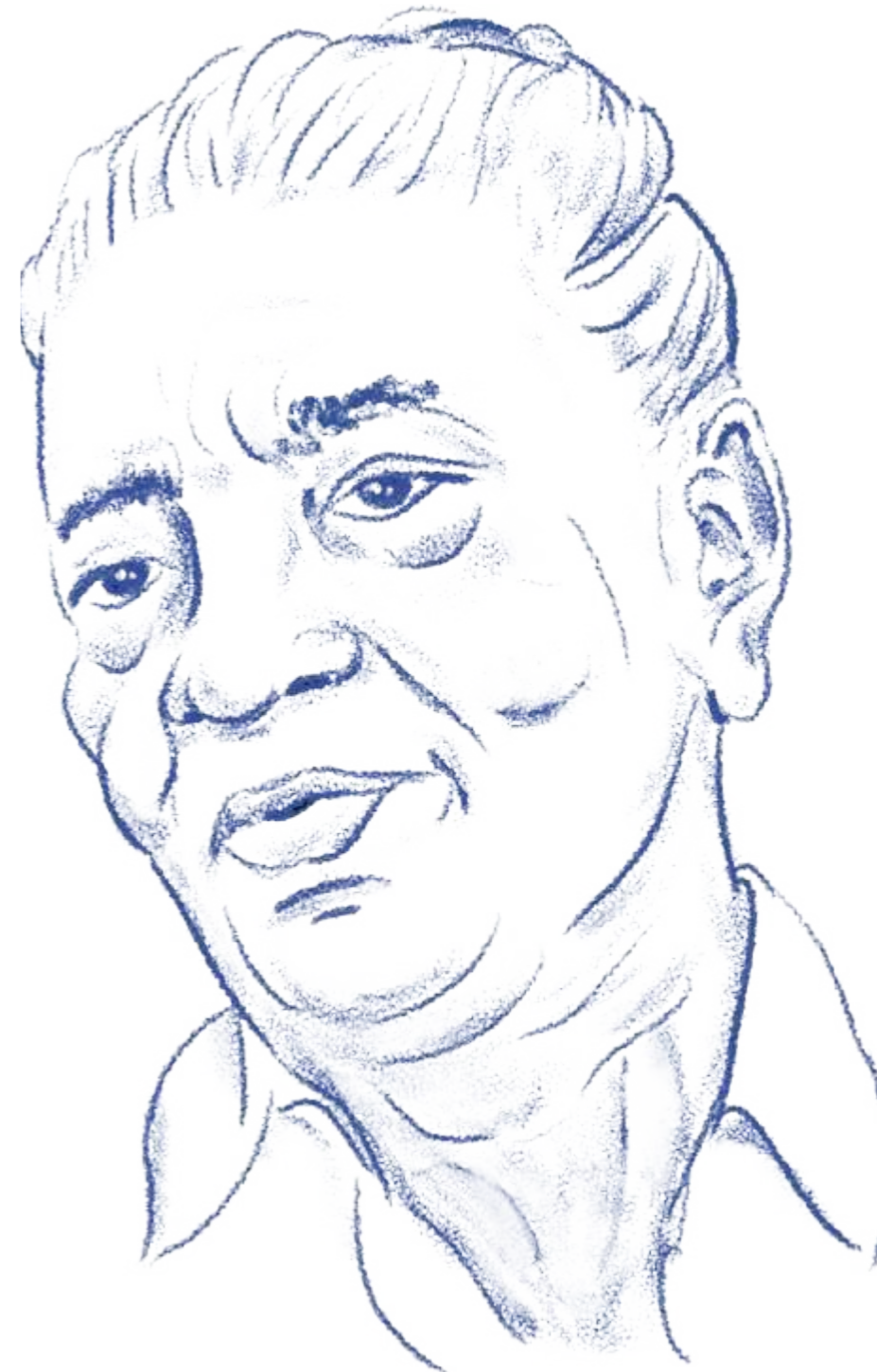
Janete Castro

*Mulheres são alquimistas: transformam topázio em esmeralda.
esmeralda em safira, safira em rubi. rubi em ametista.
ametista em orvalho. orvalho em anêmona. anêmona em girassol.
girassol em cassidônia. cassidônia em ágata.
ágata em nave. nave em águia. águia em águia.*

(Marize Castro)

Introdução

O historiador Eric Hobsbawm (2015) chamou o século XX de a Era dos Extremos. Ruy Castro (2018), no livro “Saudades do Século XX”, diz que esse século não foi muito popular entre seus contemporâneos, afinal, foi o século que produziu duas guerras mundiais, várias ditaduras, violência urbana, AIDS e outras pestes, como ressalta o escritor. Mas, por outro lado, a neurobióloga italiana Rita Levi-Montalcini, ganhadora do Prêmio Nobel de Medicina ou Fisiologia e quarta mulher a receber o prêmio Nobel, lembra que no século XX houve a emergência da mulher, após séculos de repressão. Sem dúvidas, foi um século de mulheres fortes e talentosas. São tantas, que fazer referências a algumas é correr o risco de cometer grande injustiça com as não nominadas. Mas, em nome de todas elas, ousarei citar as geniais mulheres que este livro homenageia: Maria Cecília Ferro Donnangelo, Maria Cecília Puntel, Maria Cristina Carvalho, Roseni Rosângela de Sena, Nise da Silveira, Ivone Lara, Fernanda Bevenutty e Izabel dos Santos.



Izabel exerceu papel central na formulação e implementação das políticas de formação de trabalhadores de saúde, em especial, do pessoal de nível médio e elementar. De acordo com Milta Torrez, em depoimento para o vídeo “Trabalho e Formação em Saúde: a trajetória de Izabel dos Santos” (BRASIL, 2010), Izabel rompeu com a naturalização da desqualificação profissional dos trabalhadores de nível técnico da área da saúde. É sobre essa mulher criativa, generosa, com forte decisão política e ideológica que escrevo este capítulo.

Em 31 de julho de 2002, eu, José Paranguá de Santana, Roberto Nogueira e Marize Castro chegávamos ao hotel Kubistchek Plaza, em Brasília, com uma missão: realizar uma entrevista com Izabel dos Santos sobre o projeto Larga Escala e publicá-la no *site* do Observatório de Recursos Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. O que nós não sabíamos era que sairíamos do hotel, depois de um dia inteiro de trabalho, com material para um livro e fortemente impactados pela história de uma mulher que nos permitiu desnudá-la e revelá-la. Uma mulher que teve a ousadia de transformar sonhos em realidade e teve a coragem de brigar por eles, sempre movida pela energia da paixão” (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002). Uma profissional de grande intuição e imensa capacidade criativa. Influenciadora e provocadora, ela tinha a habilidade de despertar no outro o desejo de aprender, de se envolver com uma ideia e de se transformar. Izabel dos Santos era uma mulher com uma missão.

Um percurso profissional e um sonho: a formação técnica e seus agentes

Nascida em Pirapora, Minas Gerais, no ano de 1927, Izabel faleceu em Brasília no ano de 2010. De Pirapora até chegar à Organização Pan-Americana da Saúde, foi um longo e complexo caminho com muitas pedras – para lembrar o poeta e mineiro Carlos Drummond de Andrade – e de muita aprendizagem para ela e para aqueles que com ela conviveram.

Izabel saiu de Pirapora para Belo Horizonte com o compromisso de estudar enfermagem, se formar e voltar para ajudar a organizar o serviço de saúde na paróquia da cidade. Mas outros planos tinha o destino para aquela garota ávida de conhecimento, curiosa para olhar o mundo e apreender todo o texto, mesmo que os sinais estivessem incompletos, confusos ou embaralhados. Ela decifraria todos. Roberto Nogueira, em um dos prefácios do livro “Izabel dos Santos, a Arte e a Paixão de Aprender Fazendo” diz que “Izabel tinha a habilidade de pegar o que está no ar e de saber tudo a partir do que é meio dito” (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002, p.21).

Izabel se tornou conhecida pelo Projeto Larga Escala, mas, até chegar a este que se tornaria um marco na sua vida e na história da qualificação da força de trabalho em saúde de nível elementar e médio no Brasil, muito foi vivido e muita experiência foi acumulada no trajeto.

Concluído o curso na Escola de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Izabel volta a Pirapora, mas não para trabalhar na paróquia e, sim, na Fundação SESP, todavia, sem deixar de honrar o seu compromisso firmado anos antes com o padre da paróquia. Em Pirapora, ela trabalhou por um bom tempo na organização dos serviços de saúde, tanto da rede hospitalar, como da rede básica. Depois, já promovida a supervisora regional, ela organizou vários outros serviços hospitalares e básicos nos municípios da região. No trabalho com a Fundação SESP, uma das suas responsabilidades era a preparação dos agentes, do pessoal da enfermagem, da lavanderia e da limpeza. A enfermeira Izabel começava a encontrar a Izabel educadora.

De Minas Gerais, Izabel dos Santos foi transferida para Mato Grosso, depois para o Rio de Janeiro e em seguida para Pernambuco. Na cidade do Recife ela iria atuar em um espaço diferente. Naquela época (nos anos 1960), a Escola de Enfermagem de Recife era mantida pela Fundação SESP e estava solicitando uma enfermeira. Para lá ela foi designada. Nessa experiência, a relação de Izabel enfermeira e Izabel educadora se estreita. Na Escola de Enfermagem, ela passou a ministrar a disciplina de Saúde Pública, mas, ressalta-se, levando os alunos para dentro do Centro de Saúde, conforme revelam suas próprias palavras: “A ideia era, no decorrer do curso, organizar o serviço de Enfermagem. Então passei a cada ano ministrar a disciplina em um centro de saúde diferente”; são palavras de Izabel dos Santos a Castro, Santana, Nogueira (2002, p.46). Nessa experiência, ela iria constatar que os alunos, vivendo uma situação real, aprendiam com mais segurança. Também constataria a fonte geradora de energia, de entusiasmo e de afeto que é um processo de ensino. Como já dizia Paulo Freire (2011), ensinar exige alegria e esperança e querer bem aos educandos.

No período passado em Recife, a Izabel militante irá se pronunciar fortemente, como revelam suas palavras: “em Pernambuco, eu não assumi militância junto ao Partido Comunista, mas ajudei muito aos meus amigos e vizinhos que vi serem presos, todos militantes. Ajudei a organizar a comunidade para gritar na praça, dar sinais que sabíamos que eles haviam sido raptados”. “Porque o negócio era o seguinte: se a pessoa fosse presa e não houvesse nenhum movimento para libertá-la, *eles* matavam” (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002, p.43).

A trajetória profissional de Izabel dos Santos foi plural, e não podia ser diferente, Izabel era uma mulher plural. Roberto Nogueira diz que Izabel não se deixava prender por nenhuma função predeterminada, nenhum comportamento socialmente moldado, portanto, não recomenda que, “a pretexto de lhe fazer justiça, alguém lhe dê um papel fixo e preciso: de professora, de consultora, de palestrante, de homenageada, do que quer que seja”. E ressalta que ela “é antes de tudo uma artista, uma improvisadora, alguém que ajuda a planejar, mas não se faz planejável. Deixem-na livre de todo e qualquer papel, de todo e qualquer rótulo, e poderão desfrutar do melhor que ela tem a oferecer: sua espontaneidade, sua intuição, sua sabedoria prática. Contudo, continua Roberto, “não pensem que isto é um ato de humildade. Izabel tem o orgulho e a vaidade do bom uso que sabe fazer de sua arte única” (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2020, p.20).

De Recife, Izabel foi para Brasília, a convite de João Yunes, na época Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde, para integrar a equipe que iria desenvolver um ambicioso projeto viabilizado mediante Acordo de Cooperação Técnica firmado entre o governo brasileiro e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Este acordo deu origem ao Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), que veio a ser o primeiro programa interministerial de recursos humanos em saúde no Brasil e que, por sua vez, deu origem ao Programa de Cooperação Técnica em Desenvolvimento de Recursos Humanos da Representação da OPAS no País.

Na OPAS/Brasil, Izabel se integrou ao grupo técnico assessor do PPREPS. Sobre a sua participação neste grupo, formado hegemonicamente por homens médicos, José Roberto Ferreira comentou: “eu tenho a impressão de que, além de Carlyle, Izabel foi a grande líder do programa. Até hoje, todo mundo que passou por aquela atividade, a respeita e tece louvores ao seu trabalho, o próprio Carlyle, já diretor da OPAS, em Washington, telefonava para pedir conselho a ela. Impressionante a força da Izabel” (CASTRO, 2008, p. 136).

Sua presença na equipe teve forte impacto na linha de ação relacionada à capacitação de pessoal de nível médio e elementar. Sobre este aspecto, José Paranaguá de Santana, que por décadas foi seu companheiro de trabalho na OPAS, se pronuncia: “quando Izabel foi para a equipe da OPAS levou consigo uma sensibilidade, uma compreensão bastante forte do que se chamava na época, da problemática do pessoal de nível médio e auxiliar” (CASTRO, 2008, p. 136).

No decorrer desse programa, Izabel começaria a conceber aquela que se tornou a sua obra mais preciosa, ou começou a construir seu sonho, que consistia em tornar os profissionais de nível médio sujeitos sociais capazes de trabalhar com dignidade e competência. E assim começou o Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços de Saúde, ou apenas, Projeto Larga Escala, como se tornou conhecido em todo o Brasil.

O Larga Escala teve início na primeira metade dos anos 1980. Sua metodologia, orientada pela concepção pedagógica de problematização com formação em serviço, tem o estudante como o centro da aprendizagem. A metodologia de ensino adotada pelo Larga Escala parte de onde o aluno está no processo de conhecimento do seu ambiente de trabalho. Nogueira diz que este método constitui um exercício de paciência diante das limitações de cada pessoa que se dispõe a aprender fazendo e a aprender a saber o que faz (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002). Afinal, como bem dizia Paulo Freire, “ensinar exige disponibilidade para o diálogo” e a compreensão de que “a educação é uma forma de intervenção no mundo”.

Mas adverte-se, será um engano achar que o Larga Escala era somente uma pedagogia. Ele foi muito mais. Ele representou um grito em defesa dos trabalhadores sem rosto e sem identidade profissional,

uma força de trabalho em saúde sem qualificação específica, mas que desenvolvia grande parte das atividades que envolviam o cuidado com a saúde. Entre esses trabalhadores, a expressiva maioria era de atendentes de enfermagem.

O baixo nível de qualificação dos atendentes de enfermagem constituía uma enorme fragilidade na prestação dos serviços de saúde, se considerado que eles representavam cerca de 30% da força de trabalho de nível médio e elementar. Em uma das suas publicações (SOUZA *et al.*, 1991), a OPAS justificava a necessidade de investir na qualificação desses trabalhadores, dizendo que, se era evidente que eles acrescentavam quantidade à produtividade do setor, também era evidente que a desqualificação do trabalho poderia acarretar riscos imediatos para os usuários. Dessa forma, pode-se afirmar que o Larga Escala também era um grito em defesa dos direitos da população usuária a ter um serviço de qualidade prestado por trabalhadores com a devida qualificação.

Quando Izabel dos Santos começou a trabalhar na elaboração da proposta do Larga Escala, ela percebeu que o desafio seria muito maior do que o inicialmente pensado. Em primeiro lugar, o trabalhador que seria aluno do processo educativo havia há muito se afastado da escola formal, excluído por diversas razões, entre elas, a necessidade de ter um emprego. Em segundo lugar, esse aluno, por trabalhar, não podia se afastar do trabalho por um longo período. Desse modo, ela intuiu que a escola formal, regular, pouco seria útil para conduzir uma proposta educacional que teria um currículo diferente e que teria como princípio primordial a inclusão do aluno/trabalhador da saúde. Conforme suas palavras, “Dessa forma, passei a perceber que essa escola deveria ter regimentos diferentes, currículos diferentes, ofertar cursos descentralizados, pensar na qualidade da assistência de saúde prestada e formar instrutores e supervisores de ensino em processos técnicos e pedagógicos diferentes” (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002, p. 58).

A base da ideia do Larga Escala era a articulação estreita de quatro pilares, de modo que a inexistência de um deles inviabilizaria o Projeto. São eles:

O primeiro, uma opção pedagógica com base na problematização que partia da compreensão de que o aluno tem voz e constrói ativamente o seu conhecimento. Nesta perspectiva, se procurava ressaltar o aprendizado pela descoberta, onde se busca compreender os fenômenos e sua totalidade concreta para, assim, possibilitar aos trabalhadores de saúde a reflexão crítica indispensável para a reformulação de sua prática profissional.

Em segundo, um currículo integrado que articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade, rompendo com a visão tradicional que compreende o currículo como uma simples organização de conteúdos a serem trabalhados pedagógica e didaticamente.

Terceiro, uma escola comprometida com o pensar, com o fazer e com a inclusão. Isso significa, segundo Castro (2008), que a escola deveria ofertar alternativas que incluíssem o aluno/trabalhador no processo de formação e o mantivessem até a sua conclusão do curso. Essa foi uma das várias dificuldades encontradas por Izabel dos Santos e pela equipe por ela formada. Mas a resposta veio por meio de duas palavras que se constituíram em verdadeiras bússolas para a concepção da escola: flexibilidade e descentralização. De acordo com Izabel, a escola deveria ser compreendida como uma escola função. Ou seja, ao invés de o aluno ir diariamente à escola em horários fixos, a escola é que deveria ir ao aluno no seu ambiente de trabalho. Em suas palavras, “essa escola função ia utilizar enfermeiros do serviço com função docente para atuar e uma metodologia que partisse da realidade em que as pessoas estavam” (FONSECA; EGRY, 2007, p. 1).

E, finalmente, o quarto pilar do Projeto Larga Escala, um processo formativo para seus docentes. A formação do professor para os cursos do Larga Escala foi uma preocupação constante em Izabel dos Santos. Não sem razão, ela intuía que essa escola necessitava um novo professor. Afinal, era uma escola diferente, com regimento diferente, sua clientela seria o aluno já inserido nos serviços de saúde e sua proposta pedagógica deveria considerar a interação entre o sujeito e o objeto no ambiente de trabalho e partir da premissa de que o educando tem voz e constrói ativamente o seu conhecimento.

Sobre o professor da Escola do Larga Escala, Izabel dos Santos dizia que as enfermeiras – futuras instrutoras e supervisoras – que iam trabalhar na atenção básica eram enfermeiras de hospital, sua formação era basicamente hospitalar, portanto, se elas iam ser instrutoras do Larga Escala, seria preciso fazer um trabalho com elas. E não adiantava só a capacitação técnica, seria necessário colocar em pauta a preocupação sobre como aquele potencial aluno da escola aprenderia. O esforço foi no sentido de inverter a ordem costumeira e “em vez de ficar preocupado como se ensina tínhamos que fazer a seguintes perguntas: como essas pessoas que foram excluídas dos bancos escolares aprendem?” (CASTRO, 2008, p. 173). A proposta era garantir um processo de formação de formadores que ousasse desconstruir e construir os conteúdos cristalizados e preconcebidos das chamadas licenciaturas e construir um processo formativo de reconhecido significado para alunos que eram, por princípio, trabalhadores com déficits em sua formação por falta de oportunidades e pelas condições de vida.

O Larga Escala foi, durante as décadas de 80 e 90, a política de formação dos trabalhadores de nível elementar e médio nos serviços de saúde adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil. No contexto da OPAS/Brasil, a sua metodologia seria utilizada em vários processos educativos que a Organização desenvolveu e que contaram com a consultoria de Izabel dos Santos.

Entretanto, a implantação do Larga Escala não foi fácil. Negociações difíceis com os gestores das Secretarias Estaduais e com os Conselhos Estaduais de Educação deram o tom da implantação das primeiras escolas, mas a paixão pelo projeto era o motor, o motivo para persistir. “A paixão pelo

Larga Escala me deu gana para continuar persistindo por mais de vinte anos” (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002, p.76). Esta era uma das características mais marcantes de Izabel dos Santos, a persistência, a capacidade de reconstruir e fazer uma ideia sobreviver, a despeito das conjunturas e dificuldades.

Izabel orientou sua capacidade criativa e sua força de trabalho para um projeto que assumia como responsabilidade social a luta para garantir o acesso dos trabalhadores de nível médio e elementar aos processos educacionais. Seu trabalho garantiu o direito à profissionalização de milhares de trabalhadores. Dizia que a paixão era a chave para a sua persistência em buscar os poros institucionais para prosseguir. A sua principal fonte de energia era a paixão pelo outro, pelo belo e pela crença de que mudar é possível.

Em 1999, como consultora do Ministério da Saúde na Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, Izabel começa a assessorar a construção do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento, pelo Tesouro Nacional e pelo Fundo de Amparo ao Trabalhador. O PROFAE foi, talvez, o maior programa de educação nos serviços de saúde. Todavia, não há dúvida de que o PROFAE só existiu porque existiu o Larga Escala, reconhece Izabel no vídeo “Trabalho e Formação em Saúde: a trajetória de Izabel dos Santos” (BRASIL, 2010). Como também não há dúvidas de que os projetos Larga Escala e PROFAE permitiram a construção da dignidade técnica e científica dos trabalhadores de nível médio da área da saúde, em estreita relação com as políticas de saúde e educação na proposição de um novo modelo de atenção à saúde.

Em dezembro de 2010, aos 83 anos de idade, Izabel dos Santos foi para uma outra dimensão, deixando um imenso legado cristalizado nas escolas técnicas do Sistema Único de Saúde. Caberá a todos aqueles que acreditam nos pilares que sustentaram o Larga Escala continuarem a sua luta e dizerem: Vida longa às escolas de educação profissional em saúde!

Foi um privilégio escrever, mais uma vez, sobre esta mulher extraordinária, questionadora, intransigente com a qualidade das coisas, intolerante com a mediocridade, de imenso compromisso social e com uma incrível capacidade de escutar o outro e trabalhar com as diferenças. Izabel foi uma dessas pessoas que fez um pacto com a humanidade. Como uma artista que era, pensou grande e fez grandes coisas. Mas gostava de lembrar: “Para eu ser concreta, eu fiz um esforço muito grande, porque no fundo eu gosto de voar e de sonhar”.

A alquimia como legado

Parece-me muito oportuna a homenagem à Izabel dos Santos nesta publicação para o Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência. Izabel tornou visíveis os trabalhadores e as trabalhadoras de formação técnica e elementar, que compõem a maior parcela dos vínculos no sistema de saúde brasileiro, colocando-os na agenda da formação e dos investimentos na qualificação do cuidado em saúde. E o fez com iniciativas de grande relevância e abrangência, a partir de propostas pedagógicas problematizadoras e integradoras da aprendizagem com o trabalho, com articulação entre teoria e prática. Também inovou com a atualização na formação em saúde dos princípios da participação ativa e inclusão dos trabalhadores no processo de formação, mobilizando também a formação para a docência.

A dupla inserção na docência e no trabalho mereceu o olhar da enfermeira que pretendia qualificar o cuidado com a formação em larga escala e, portanto, incluía aprender os fazeres dos novos cenários de inserção profissional e as formas de aprender dos estudantes-trabalhadores. Um exercício alquímico de persistência, determinação e paixão, amalgamado pela paixão pelas pessoas e pela crença de que a mudança era possível.

Contribuição muito relevante e atual do trabalho em saúde, particularmente entre as trabalhadoras e os trabalhadores com vínculos em ocupações de formação técnica e elementar, quantitativamente significativos nas equipes e qualitativamente importantes no desfecho do cuidado e as ações de proteção e qualificação, estrategicamente necessárias. O contexto da pandemia fez perceber retrocessos a condições muito próximas daquelas que mobilizaram Izabel. A homenagem é também um alerta ao compromisso que seu legado nos deixa.

Finalizo utilizando mais uma vez as suas palavras: “Eu acho que você tem um compromisso de vida quando nasce, não é? Se não, por que é que você nasce? Não é todo mundo assim? Eu pelo menos sou assim”.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Trabalho e Formação em Saúde**: a trajetória de Izabel dos Santos. Ministério da Saúde. 2010.

CASTRO R. **Saudades do século XX**. São Paulo. Companhia das Letras. 2. ed. 2018.

CASTRO J. L. **Protagonismo Silencioso**: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil. Natal-RN. Observatório RH-NESC UFRN; Ministério da Saúde; OPAS/OMS/ 2008.

CASTRO J. L.; SANTANA J. P. N.; NOGUEIRA R. P. **Izabel dos Santos**: a arte e a paixão de aprender fazendo. Natal-RN: Observatório RH NESC/UFRN. 2002.

CASTRO M. **Poço, festim, mosaico**. Natal. EDUFRN, 1996.

FREIRE P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011. Formato ePub.

FONSECA R. M. G. S, EGRY E. Y. Isabel dos Santos: fazendo história na história da enfermagem brasileira. **Rev Esc Enfem USP**, 2007.

HOBBSAWN E. **Era dos Extremos**: o Breve século XX (1914-1991). São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

FERNANDA BENVENUTTY: DIVERSIDADE, TRANSFORMAÇÃO E CUIDADO NA SAÚDE

Andrey Roosevelt Chagas Lemos

Introdução

O dia 02 de fevereiro de 2020 não foi igual aos outros anos, principalmente em João Pessoa na Paraíba, e para todo o conjunto de movimentos sociais que, no Brasil, lutam pela saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). Morria Fernanda Benvenutty, travesti, paraibana, trabalhadora da enfermagem, parteira, ativista trans na luta por direitos civis, ex-conselheira nacional de saúde, integrante do Comitê Técnico Assessor do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, protagonista da campanha pelo respeito à identidade de gênero no SUS e figura extremamente relevante para o debate sobre o acesso e o direito à saúde para a população LGBT no Brasil, principalmente travestis e transexuais.

O respeito, para Fernanda, significava reconhecer as diversidades que são constitutivas de todas as pessoas e, portanto, também das pessoas trans:

[...] as pessoas ainda insistem em colocar as travestis no patamar de marginais, de coitadinhas, de vítimas e, quando uma travesti tem uma atitude, querem colocar nos nossos olhos e na nossa boca uma tarja escura, para não enxergarmos as travestis que são artistas, as travestis que são engenheiras, as travestis que são empregadas domésticas, as travestis que são advogadas [...], porque as travestis, nesse país e no mundo, elas não estão única e exclusivamente na prostituição; elas estão em todos os lugares (BENVENUTTY, 2008, p. sn).



Neste artigo, buscamos lhe fazer uma homenagem, registrando sua trajetória profissional, tomando como fonte o livro *Fernanda Benvenutty, uma política travesti*. São Paulo: Editora Patuá, escrito por ela em parceria com Silvana Nascimento e L. F. Lima (no prelo) e a atuação militante a qual teve a oportunidade de acompanhar, destacando suas contribuições para o trabalho em saúde, sobretudo no cuidado e na participação, que foram os aspectos em que atuou mais fortemente.

Fernanda foi uma dessas mulheres imprescindíveis, que têm a exata medida da diversidade e capacidade de transformação. Representa uma parcela significativa da força de trabalho em saúde, que é composta por mulheres. Mas não apenas, também esteve inserida no duplo, triplo, quádruplo trabalho, que é ser mulher, travesti e mãe, no turno complementar ao trabalho. Ainda mais atuando no interior dos serviços de saúde, que é um ambiente por diversos aspectos, mais complexos que outros. Mas, no caso da Fernanda, o trabalho e a transformação compunham sua identidade: militante em tempo integral. O trabalho em saúde como produção de cidadania e transformação da vida é o que se destaca do seu percurso, que ilustra e demonstra a relevância de homenageá-la nas atividades do Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência.

A vida como *percurso*: transformações em lutas cidadãs

Fernanda Benvenutty nasceu no município de Remígio, interior da Paraíba. Ainda muito jovem, deixou sua cidade devido as violências que a maioria das pessoas travestis e transexuais sofrem ao se descobrirem com uma identidade que não corresponde ao seu sexo designado ao nascer. Logo sentiu o desejo e a necessidade de transitar, pois, se olhar no espelho e não se enxergar de forma plena como mulher era um desconforto gigante. Ela sentia que faltava algo para se tornar plena e ainda cedo se percebeu como mulher, resolvendo então assumir sua travestilidade.

Atuou como artista de circo e, depois migrou de sua cidade natal para a capital da Paraíba, João Pessoa, trabalhando em casas de família como doméstica. Não sendo o bastante para se afirmar e não contente em sair apenas do analfabetismo, sempre solidária, ela se aproxima da área da Saúde, atuando como parteira. Os conhecimentos do senso comum eram insuficientes para ela, e tempos depois, ingressou em um curso de formação na área da Saúde, estudando para ser auxiliar de enfermagem e em seguida técnica em enfermagem, tendo atuado na área até os últimos dias de sua vida.

Em meio a tudo isso, Fernanda Benvenutty descobre que não é fácil ser aceita e reconhecida como mulher, igual a todas as outras. Muito lhe foi negado e retirado pelo fato de buscar ser quem era. Mesmo diante de todos os percalços, nada a impediu de se afirmar como mulher travesti e atuar de forma ampla e reconhecida na Saúde, lutando pelo acesso de toda a população LGBT aos equipamentos públicos de saúde em toda a Paraíba. Sua construção na carreira profissional, aliada a uma militância árdua e voltada à garantia dos direitos relacionados à identidade de gênero e à orientação sexual, levam-na as principais discussões de políticas públicas nos níveis municipal, estadual e nacional.

Fernanda emprestou seu rosto e sua identidade para a luta pelo reconhecimento legítimo do nome social no SUS. Teve seu rosto espalhado em cartazes e outras peças publicitárias por todo o país. Dessa forma teve sua luta reconhecida no cenário nacional, sendo o primeiro rosto TRANS a encampar a campanha nacional de afirmação do uso do nome social como obrigatoriedade no SUS e em toda a rede de serviços públicos federais no Brasil. A técnica em enfermagem sempre se indignou com as injustiças e com o preconceito, por isso sempre lutou para mudar e fazer com que outras mulheres travestis e transexuais não sofressem tanto com o que ela já havia sentido na pele. A militante das causas LGBT percorreu o país e o mundo lutando pelas políticas de inclusão para essa população. Ela se colocava na sociedade, contrariando todos os seus estigmas em relação à população de travestis, transexuais e LGBTQIA+. Fernanda, que se afirmava mulher travesti - ainda no intuito de construir novos valores sociais - também foi mãe: adotou seus filhos e os cuidou com maestria e dedicação materna, que só o carinho e afeto verdadeiros podem oferecer a outro ser humano.

Sendo também pioneira como travesti no Conselho Nacional de Saúde (CNS), representando o segmento LGBT, colaborou na condição de integrante de diversos colegiados, como Comitê Nacional de Saúde LGBT, Grupo de Trabalho para Revisão da Portaria do Processo Transexualizador, Comissão Intersetorial LGBT do CNS, Grupo de Trabalho para Elaboração do Material do I Curso LGBT do CNS e Grupo para elaboração do Curso EaD da Política de Saúde LGBT, do UNASUS em parceria com UERJ. Além disso, teve uma importante trajetória na batalha contra a desinformação em relação à AIDS, lutando pelo fortalecimento dessa política e contra os estereótipos sociais.

A ex-diretora do Departamento de Apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (Dagep\SGEP\MS) Kátia Souto, relata que:

Fernanda Benvenutty encarnava, ao mesmo tempo, a firmeza da luta e a capacidade de articulação mediadora para representar a população LGBT junto à gestão. Não abria mão de suas convicções e sua caminhada de luta pelos direitos LGBT se misturava com sua trajetória de vida por existir, resistir e reafirmar-se como mulher travesti. Trazia ainda a alegria de quem sabe que a “vida é bonita e é bonita”, e é para ser vivida em sua plenitude. Contou-me fatos de sua infância no interior rural da Paraíba, dos dias de colheita em que podia usar lenço na cabeça para se proteger do sol, e era um momento ‘feminino’ seu, depois sobre seu sonho de maternidade. Estava com ela numa reunião do Comitê Nacional de Saúde LGBT quando recebeu o telefonema para audiência da adoção dos filhos, era só emoção. Trocamos ideias e sentimentos sobre o desafio da maternidade, seus encantos e responsabilidades, muito maiores para ela por ser mãe travesti nesse mundo de tantos preconceitos e discriminações. São essas lembranças da militante e da mulher travesti que me levam a afirmar que foi uma honra e um grande aprendizado conviver com Fernanda nesse período, e é por isso, e tanto mais, que digo, Fernanda não morreu, Fernanda se encantou em nossas vidas e no legado que deixou de sua luta (KÁTIA SOUTO, comunicação pessoal, 28 ago. 2021).

Em 23 de novembro de 2011, por ocasião do seminário “Escola sem Homofobia” na Câmara dos Deputados, Fernanda Benvenutty proferiu em discurso:

O primeiro preconceito que sofremos, de fato, não estou dizendo que é cem por cento, mas na maioria dos casos do LGBTs, é dentro de casa, na família. Quando chegam em casa não encontram esse respaldo. É muito doloroso a escola te afastar do que você quer, meus sonhos ficaram pelo caminho. Meu pai idealizou um menino médico, e eu me idealizei uma doutora. Só cheguei a ser técnica de enfermagem e já agradeço muito, com tanta homofobia que houve na escola. Precisamos entender essas coisas para que as pessoas que estão aqui não pensem em combater a homofobia de cima para baixo. Para chegar à universidade, passamos por outros níveis e é neles em que a homofobia é mais latente. Na universidade existem pessoas pensadoras, que supostamente entendem que a universidade é o lugar da libertação, é o campo onde você vai poder assumir sua identidade de gênero, sua orientação sexual sem sofrer homofobia. (...) Na universidade você já é adulto, já pode se defender e reagir a um ato de homofobia, chamando os movimentos sociais para debater e para fazer “beijaço”, “panelaço”, “gritaço” nas portas daquelas universidades e reivindicar que ela não tenha mais homofobia. (...) O nome social de travesti não se refere apenas ao nome de mulher pelo qual queremos ser chamadas. Nós queremos ser respeitadas na nossa identidade de gênero (...). Temos de entender que a escola é o lugar da transformação social. Se nós não conseguimos transformar através da escola, vamos transformar por onde? (PARLAMENTO, 2020).

Assim nasceu Fernanda Benvenutty, travesti e militante por direitos desse público tão marginalizado. A militante encampou várias lutas e discussões. Fundadora da antiga Associação de Travestis e Transexuais da Paraíba (ASTRAPA), a qual presidiu por muitos anos, tendo conquistado importantes políticas públicas para o Estado da Paraíba, desenvolveu também projetos em nível nacional, tornando-se conselheira nacional de saúde. Ativista na causa das mulheres travestis e pessoas transexuais, contribuiu para implementar o ambulatório estadual para pessoas travestis e transexuais da Paraíba, bem como colaborou para a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2011), a fim de reduzir o preconceito na saúde no Brasil. Além de atuar na causa política, também era ativista cultural e há anos se dedicava à escola de samba Unidos do Roger, em João Pessoa, pela qual foi homenageada com um tema do samba-enredo. Assim se construiu a história de uma mulher que deixa um legado respaldado na luta para todas as futuras gerações.

Fernanda, como ativista, possuía uma enorme capacidade de construir convergências, defendendo afetosamente seus ideais, sensibilizando e liderando organizações da sociedade civil e gestores. Tornou-se conselheira nacional de saúde, representando o movimento social de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, com mandato de 2012 a 2015, chegando a integrar a coordenação da comissão intersetorial de saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – CISPLGBT, dando enorme contribuição aos debates para o aprimoramento da equidade, integralidade do cuidado e do controle social no SUS.

Em territórios e culturas de tanta desigualdade e adversidade desproporcionalmente distribuídas, a trajetória da militância de Fernanda nos aponta que a vida não é colheita; é percurso forjado com o corpo, com os sonhos,

com o compromisso ético e com as vidas de cada pessoa e de todas as pessoas. Nesse contexto, a produção de saúde, como trabalho, também se destaca.

Movimentos no trabalho em saúde: nascimentos e produção de percursos

Trabalhadora da saúde, Fernanda não soube precisar exatamente quando começou a sonhar em ser parteira. O desejo de ajudar uma criança a vir ao mundo a inspirava a lutar contra todos os obstáculos. Sua trajetória dentro da Maternidade Cândida Vargas começou em 1992, em João Pessoa. A atividade laboral na maternidade mostrou que muitos seriam os desafios que teria para cuidar das pessoas e concluir seu estágio. Nos primeiros partos ainda se encontrava com muitas dúvidas e se dedicou ao máximo para acompanhar o maior número de procedimentos, sempre se esforçando para aprender com os médicos e outros profissionais. Adquiriu muito conhecimento com a realidade prática dos corredores daquela unidade hospitalar e de seus pacientes.

Derrubou barreiras em ser a primeira travesti atuando por anos na área da saúde e, mesmo sofrendo preconceito no exercício da profissão, nunca desistiu. De acordo com seu próprio relato,

Quando eu entrei na Cândida Vargas não tinha nem como disfarçar. Eu já era travesti. Então foi uma época em que sofri muito preconceito. As pessoas diziam: “ah, tá vendo aquele viado?”, ou “não é possível que o diretor vá contratar esse travesti pra trabalhar aqui”. Me chamavam de “viado afeminado”, pelo nome de registro, escreviam o nome masculino nas escalas do plantão... e tudo isso eu escutava calada. Escutava calada, mas aos poucos eu profissionalmente me destaquei e as pessoas começaram a gostar de mim (BENVENUTTY, F., NASCIMENTO, S. & LIMA, L. F; no prelo, p.37).

Mesmo assim, se mantinha expressando sua identidade de gênero. Com a labuta diária na maternidade e seu empenho pessoal, foi se aperfeiçoando e ganhando a confiança de seus parceiros no trabalho. Fernanda relata o caso de um colega que sempre lhe pedia para tirar plantão para ele e, ao ficar sabendo que ela desejava ser contratada, disse para ela que o diretor nunca contrataria “um viado, um travesti”. Diante da decepção, naquele momento ela não reagiu. Enfrentar o preconceito onde ele incide sobre o corpo, com coragem, é o que nos diz a própria Fernanda:

Saí andando e me tranquei dentro de uma enfermaria. Não tinha ninguém. Chorei umas duas ou três horas. Sem parar. Porque... era como se eu fosse, como se o que ele tivesse dizendo fosse verdade e eu não tivesse a mínima chance. Aí chorei, chorei, chorei. Mas depois eu disse: “sabe de uma coisa? Eu vou dar a volta por cima. Eu vou mostrar que eu sou capaz. Eu vou falar com o diretor (Ibid, p.37).

Ainda em seu relato, conta que tomou coragem, foi até o diretor e fez o pedido, que respondeu, marcando a conversa para o outro dia. A parteira logo cedo compareceu no horário marcado à sala do diretor para sua entrevista tão esperada. Durante a entrevista foi questionada pela demora em procurá-lo, relatando que acompanhou de

perto os seus avanços como profissional e o desenvolvimento de suas competências. Depois de ser acolhida pelo diretor, começaram as dificuldades na secretaria para efetivar dignamente sua contratação com o salário devido. A secretaria recusava-se a contratá-la no cargo de melhor salário. Mesmo assim Fernanda não relutou e, uma vez aberto o concurso, passou na seleção e foi efetivada na maternidade.

Com o reconhecimento profissional, foi perdendo o medo de falar e se posicionar diante dos preconceitos e constrangimentos. Passou cada vez mais a manifestar suas opiniões e a retrucar quando ouvia comentários grosseiros ou debochados, como conta Liziê (colega de trabalho na maternidade), em entrevista concedida em maio de 2017 para o livro já citado.

Ela foi aquela pessoa que sempre tá nessa busca de direitos, de acessibilidade a direitos. Sempre apoiou as ações que a gente resolveu implementar. Eu acho que por conta dessa luta dela pelos direitos das pessoas trans, ela sempre se mostrou aberta a lutar pelos menos favorecidos. Sempre vi nela uma parceira nas ações, ela é uma trabalhadora que sempre buscou o melhor para a assistência das pessoas. Muitas vezes ela foi incompreendida – mas por colegas, nunca por pacientes. Quanto a pacientes, nunca tive oportunidade de ver eles reclamando de Fernanda. Ela é aquela pessoa que fazia o paciente sempre se sentir bem assistido quando passava pelos cuidados dela (Ibid, p.38).

Fernanda não perdia a oportunidade de fala e manifestação, sempre lutando pela melhoria da assistência e serviços na maternidade, seu comportamento foi aumentando a ira de colegas de profissão que chegaram a adverti-la, recomendando que fosse “mais recatada”. Uma companheira de plantão, Maria do Carmo, certa vez pediu a ela para falar mais baixo, como contou em entrevista concedida em maio de 2017 para o livro:

O que eu achei engraçado foi que eu disse para ela, preocupada: “olhe, o problema é que você fala muito alto e aí dá a impressão de uma briga, de algo mais grave do que é”. Sabe o que ela me respondeu? Ela disse assim: “tá aí uma coisa que você não vai conseguir: baixar meu volume. Que eu já tenho 47 anos e o volume vai ser o mesmo”. E ela tem razão, eu não posso mudar a maneira dela de ser. Então a partir daí eu comecei a entender mais (Ibid, p.39).

Nos anos de 1990 viveu algumas dificuldades, como a procura de um emprego estável em hospitais da sua região, até ser aprovada em concurso para o Hospital Regional Belarmino Correia, em Goiana – Pernambuco, bem próximo da divisa com a Paraíba. Nesse hospital ela atuou na clínica geral e na urgência, mas logo surgiu uma vaga na maternidade e mais uma vez Fernanda foi exercer suas habilidades e competências como parteira.

Na maternidade Cândida Vargas, Fernanda foi vítima de todo tipo de discriminação. Por ser travesti, foi alvo de muitos julgamentos. Devido à ausência da compreensão sobre sua identidade de gênero, não havia entendimento entre os profissionais da saúde sobre a travestilidade. Os meses e o trabalho foram parceiros na desconstrução dos estigmas e estereótipos, e muitos se tornaram parceiros e amigos.

Seus descansos na ala feminina inicialmente causaram reclamações das companheiras de trabalho ao chefe, dizendo ser inaceitável, pois haveria o risco de serem molestadas pela travesti na ala feminina. Fernanda foi surpreendida pela defesa do diretor, quando este se manifestou explicando que o problema não estava nela, mas sim no preconceito. Ele teria dito: “se você não quer repousar do lado dela, procure um lugar para você”. A postura do superior afastava qualquer contra-argumento: ela tem identidade feminina, apresenta-se de modo feminino e quer ser tratada no feminino? Então assim será. Fernanda seguiu derrubando as barreiras do preconceito, conquistando espaço e reconhecimento profissional e diante das demandas, começava a assumir procedimentos, chegando em diversos casos a fazer o parto normal de algumas pacientes.

Somando os procedimentos da Belarmino Corrêa e da Cândida Vargas, foram muitas crianças que vieram ao mundo pelas mãos dessa profissional que amava o que fazia. Houve períodos em que ajudou a trazer 10 a 12 crianças ao mundo por dia e ficou conhecida nos hospitais por ter uma “mão santa”.

A parteira tinha um profundo respeito com as mulheres usuárias dos serviços, tentando explicar por intermédio de uma linguagem simples o que precisava ser feito, pois acreditava que no serviço público toda pessoa tem assegurado o direito ao tratamento da melhor qualidade, como destacou Eduardo Sérgio Soares Sousa, em entrevista concedida em maio de 2017.

Essas mulheres gostavam muito do cuidado. Essas pacientes, na sua grande maioria, não se mostravam preconceituosas com Fernanda. Muito pelo contrário. Essas pessoas ficavam bastante satisfeitas com o cuidado que Fernanda fazia. Ela agia com tanta competência, técnica e cuidado – a diferença entre assistência e cuidado é que você agrega outros valores. Não há só protocolos, mas outros valores. E isso fazia dela alguém querida pelas pacientes. O profissionalismo dela fez com que conseguisse superar as dificuldades que foram colocadas por essa questão de ser travesti. O bom trabalho que ela executava fez com que a própria gestão se rendesse a isso. O trabalho era tão bom, que o tempo e a determinação dela superaram o preconceito (Ibid, p.42).

Fernanda conquistou bastante reconhecimento e gratidão por parte de muitas usuárias do serviço, que buscavam ser atendidas por ela, solicitando a sua presença em seus partos. As mães traziam, com orgulho, fotos de crianças já adultas que nasceram pelas suas mãos e Fernanda se sentia bastante recompensada.

Uma moça que chegou em trabalho de parto acompanhada da mãe, num certo momento, sentiu o olhar insistente da futura avó. Já estava pronta para confrontá-la, imaginando ser uma situação de transfobia, quando a senhora comentou: “eu tô [sic] lembrando de você! Foi você que fez o meu parto dessa minha filha que hoje vem parir!”. A moça de 23 anos, em trabalho de parto, ficou tão surpresa quanto Fernanda.

Até hoje, é comum que mulheres atendidas na maternidade Cândida Vargas lembrem de Fernanda com carinho. Algumas mantiveram contato e se tornaram amigas.

Um fato interessante foi do parto da Josy que, internada havia dias na maternidade por complicações na gestação, teve seu parto com ajuda da Fernanda. Josy lembra de duvidar o que ela era, de seu olhar tranquilizador, de ouvi-la dizer “não se preocupe. A gente vai lhe ajudar, vai fazer seu parto. Seu bebê vai ficar bem”. Após a realização da cesariana, Josy perguntou aflita, se sua filha estava viva; o médico respondeu que sim: “nasceu, e nasceu muito bem!”. A parteira levou a criança até a mãe, que chorou de emoção. O tempo foi passando e esse momento nunca foi esquecido. Dez anos depois, quando participava do ensaio de uma escola de samba, Josy reconheceu Fernanda e de longe a mostrou ao marido lembrando do parto da filha. E então abordando a parteira, lembrou:

Eu cheguei perto dela e perguntei “você lembra de mim?” Mas ela disse “não”. Aí eu falei pra ela, assim: “você é mãe da minha filha!” Fernanda ficou meio sem reação, aí eu disse que ela tinha feito o parto da minha menina. Fernanda se desculpou, disse que tinha colocado tantas crianças no mundo e não conseguia lembrar. Então eu contei a história pra ela, como ela salvou a gente. Fernanda se desculpou de novo, disse que não lembrava mesmo. Aí eu disse a ela: “pois eu nunca esqueci de você... foi você, foram as suas mãos que colocaram ela no mundo. No dia que ela casar na igreja, quero que você entre também junto comigo, como mãe dela (Ibid, p.43-44).

Com esse emocionante reencontro as duas se tornaram amigas. Josy fez parte da escola de samba juntamente com Fernanda, a Unidos do Roger, e passaram a desfilar juntas no carnaval.

Ao iniciar suas atividades profissionais no Cândida Vargas chegou a atender a esposa de um funcionário de alto escalão do executivo estadual, aproveitando a oportunidade para solicitar ajuda no sentido de conseguir um novo posto de trabalho na saúde estadual. Sem muitas esperanças, aguardou e aproximadamente duas semanas depois, o referido funcionário entrou em contato oferecendo-lhe uma vaga no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira. Fernanda aceitou o novo desafio, sem sequer imaginar o que encontraria nesta unidade de saúde. Porém, já estava mais confiante, madura e preparada para enfrentar os possíveis obstáculos como o preconceito.

Nesse novo posto de trabalho, foi recebida pela chefe do setor de enfermagem, sua superior direta, com bastante respeito, apresentando-a de setor em setor e garantiu que se alguém fizesse piadas ou brincadeiras de mau gosto que a causasse constrangimento, seria punido. Com certeza esse começo agradou a Fernanda, mas isso não se materializou na ausência de momentos difíceis, pois a cultura sexista seguia presente na sociedade e em alguma medida se manifestava nas relações profissionais, institucionais e até interpessoais, ainda que de forma sutil.

Era a tal da convivência. Eles não conviviam com travestis, e principalmente, nunca tinham visto uma travesti trabalhando na área da saúde. Nesses três hospitais, eu estava pavimentando um caminho novo, entrando em terreno desconhecido – para mim e para eles. Não me aceitavam, mas eu me fiz aceitar, me fiz entender. Eu sofri, tentei passar por cima das hostilidades pensando que se as pessoas tivessem a chance de me conhecer no futuro seria possível conviver bem com todo mundo. E foi o que aconteceu: fiz amigos muito queridos. Hoje a gente discute, mas por divergir de condutas de trabalho etc. Não tem mais agressão por conta de desconhecimento, por conta de quem eu sou (Ibidem, p.45).

Durante o período que atuou no Complexo Psiquiátrico, presenciou algumas situações desagradáveis e desumanas, com as quais não concordava e, aos poucos, foi se posicionando, tentando transformar algumas práticas de cuidado, no sentido de ampliar a promoção da saúde e garantir uma maior integralidade de cuidado.

Fernanda observava indignada a realidade daqueles usuários, muitos com problemas de autoestima, falta de perspectivas de vida, oportunidades ausentes e também, a chegada de pessoas LGBTQIA+ na instituição, vítimas da discriminação e ausência de acolhimento e/ou aceitação das suas famílias. Muitas dessas famílias se baseavam em suas religiões e rejeitavam a orientação sexual ou identidade de gênero de seus filhos e filhas, e com base nessa religiosidade identificavam a internação como forma de proteger a família da desonra.

Fernanda identificou que o conjunto de profissionais e trabalhadores da unidade tinham dificuldades de lidar com as questões da sexualidade, tentavam negar ou evitar as relações sexuais entre os internos, mas elas eram uma realidade, então Fernanda buscou construir um processo de educação em saúde com disponibilização de insumos de prevenção e, entre eles, os preservativos, afim de reduzir as doenças sexualmente transmissíveis entre os usuários do serviço.

A administração da unidade hesitava, acreditavam que principalmente em relação aos adolescentes, suas famílias poderiam causar problemas, que muitos não “conheciam esse lado do filho” (referindo-se, por exemplo, a um rapaz tendo relações sexuais com outro).

A técnica em enfermagem seguiu buscando mostrar a gestão do complexo aos profissionais de saúde, e que essas ações estavam no escopo da promoção da saúde, portanto uma responsabilidade institucional, até o momento em que precisou se afastar do seu trabalho em 2016, para se candidatar a uma vaga na Câmara Municipal de João Pessoa. Nessa experiência, mesmo com tantas situações de sofrimento e abandono dos pacientes, Fernanda buscou deixar como legado a importância da solidariedade, do cuidado e do respeito às diferenças, transformando o hospital também num espaço de afeto e acolhimento, onde atuou por muitos anos e fez muitos amigos.

Ivoneide Lucena, gerente operacional de condições crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, revelou em depoimento:

Fui convidada por Andrey para falar um pouco sobre minha experiência, minha vivência, minhas lembranças de Fernanda Benvenutty. Fernanda sempre foi uma grande liderança aqui no estado da Paraíba, uma pessoa muito respeitada por líderes políticos, por vereadores, por prefeitos, uma pessoa que era muito escutada, onde ela chegava tinha seu espaço de escuta, seu espaço de reivindicação. É claro que através de movimentos muitas vezes as reivindicações não eram atendidas, mas eram ouvidas e em parte atendidas. Conheci Fernanda através do movimento social, das reuniões de reivindicações, ela não só era respeitada pelos políticos no estado da Paraíba, mas respeitada também no movimento, onde o muitas vezes acaba ocorrendo uma dificuldade entre líderes, uma competição, mas isso aqui na Paraíba não existia. Fernanda era peça-chave para reivindicações voltadas à população LGBT, era um ser

humano muito inteligente, perspicaz e articuladora. Aqui na Paraíba política LGBT não tem outra, falar da política LGBT da Paraíba é falar de Fernanda Benvenutty. Ela que reivindicou, ela que potencializou esse olhar nos gestores, sejam municipais ou estaduais, para colocar em prática a política de saúde integral LGBT. Enquanto gestora, eu estava à frente de um comitê de saúde da população LGBT e estou à frente há 9 anos desse comitê, e ela como minha parceira do movimento social. Então, a partir dela [pautou-se] a necessidade de implantação do ambulatório TT aqui na Paraíba. Esse ambulatório, com 6 meses de comitê, foi o primeiro ato concreto do conselho de saúde integral LGBT da Paraíba... foi a inauguração do laboratório TT! Ela conseguiu sensibilizar os gestores, ela conseguiu apresentar na política enquanto um grau de importância para ser implementada aqui na Paraíba, ela conseguiu ampliar esse olhar dos gestores, ela conseguiu sensibilizar pela liderança, pelo conhecimento, pela segurança no conhecimento que ela nos passava.

Eu lembro que a diretora na época, Adriana Teixeira, diretora do Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga – foi lá que implantamos o ambulatório TT – ela passou a comprar livros e estudar sobre a população LGBT. Uma mulher cis gestora. Fernanda trouxe essa curiosidade para os gestores, especificamente para Adriana Teixeira, ela comprou livros e foi estudar sobre a população LGBT, isso para mim foi um marco enquanto uma pessoa, enquanto movimento social, levar essa curiosidade, essa necessidade de se estudar sobre a temática como uma gestora. Então o ambulatório foi inaugurado. O ambulatório hoje tem o nome dela: ambulatório travestis e transexuais da Paraíba Fernanda Benvenutty. Não poderia ser outro nome, ela que motivou, ela que potencializou, ela que nos fez implantar, inaugurar este ambulatório. Inicialmente o grupo era pequeno: 18 pessoas trans que estavam sendo atendidas por esse ambulatório. Hoje nós temos mais de 600 pessoas em tratamento – em acompanhamento, na realidade – de hormonioterapia e do processo transexualizador. Falar, então, de Fernanda, é falar de saúde integral, é falar dessa pessoa linda, de uma energia contagiante e que fez de sua vida uma luta e conseguiu colher muitos frutos. E ela permanece entre nós, gestores, entre nós, militantes. A presença dela é muito *presente*, a presença dela é muito forte, vamos dizer assim. Ela continua entre nós, ela deixou esse marco, essa vontade de cada vez mais, nos espaços de poder que nós estamos, de implementar cada vez mais essa política de saúde integral para a população LGBTQIA+. Então falar de Fernanda é falar de saúde, é falar de felicidade, é falar de alegria, porque onde ela estivesse, ela estava com uma proposta, com um propósito, ela sairia... ela vinha com um objetivo e sairia, com certeza, com alguma, algum encaminhamento para melhorar o dia. O dia seria diferente cada vez que Fernanda estivesse numa reunião, com certeza aquela reunião seria bem mais potencializada em resultados. E encaminhamentos potentes saíam daquela reunião. Então Fernanda é potência, é saúde, é cuidado, é um olhar ampliado (IVONETE LUCENA, comunicação pessoal, 20 ago. 2021).

O percurso profissional de Fernanda, mulher trans, é a demonstração do trabalho em saúde como um dispositivo de transformar a vida das pessoas, inclusive dos próprios trabalhadores. Temos tão presente atualmente o conceito da educação permanente em saúde, que é a aprendizagem significativa que fazemos no cotidiano do trabalho e pelo trabalho, para as travessias necessárias, uma vez que os fazeres da saúde precisam de conexões com o melhor da ciência e, também, com as pessoas que utilizam os serviços ou que compartilham o trabalho. Essas evidências e conexões também precisam ser contingenciadas com o compromisso ético e político com a vida de cada uma delas. O legado mais forte da Fernanda, trabalhadora de saúde, parece ser justamente esse: que o cuidado em saúde atenua sintomas, procura dar acesso ao que é direito das pessoas, o que inclui apoiar sua vida e expressar suas escolhas. O trabalho em saúde jamais será apenas prescrição protocolar de formas de fazer. Sempre haverá o transbordamento da vida que pulsa nos corpos ou não será um cuidado integral. Aprendizagem forte para esses tempos que vivemos, onde o extermínio parece ser o desfecho natural de todas as diversidades, tornadas adversidades para aqueles que precisam de cuidado.

O trabalho em saúde como diversidade e transformação

A homenagem que pretendi fazer aqui à Fernanda Benvenutty, teve dupla formulação: a produção de cidadania e o cuidado como expressões do trabalho em saúde. Essa dobra é o que parece transbordar mais fortemente do percurso da mulher trans, da militante da saúde e do Sistema Único de Saúde, da ativista dos direitos humanos. Também da colega e da cidadã. O percurso da Fernanda, fecunda o trabalho em saúde com dimensões que transcendem a absorção das técnicas disciplinares e corporativas, atribuindo à saúde uma dimensão de concretude diária e encarnada em cada pessoa que compartilha o espaço do trabalho. Essa contribuição não é pequena, sobretudo no tempo que vivemos, cuja relevância se expressa no próprio Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência, da OMS/OPAS, que tem o Conselho Nacional de Saúde como parceiro no Brasil. O trabalho em saúde é essencial à vida e necessita ser expresso com coragem, nos ensina Fernanda.

Olhar ampliado e transformador em toda a sua potência. Assim Fernanda Benvenutty marcou a Paraíba, o Brasil, o movimento LGBT e o movimento de saúde, além de ter impactado de forma direta, sensibilizado e embelezado tantas vidas. Ao finalizar este relato que se encarna como manifesto e testemunho a um só tempo, aproveito para agradecer a inestimável contribuição de outras duas grandes mulheres trans, companheiras de Fernanda na luta, com informações e colaborações fundamentais para o nosso trabalho: Ana Beatriz Duarte e Andreinna Villarim, a quem reverencio. Elas dão continuidade à luta de Fernanda na Associação de Travestis e Transexuais da Paraíba e na Escola de Samba Unidos do Roger. Porque a saúde só se produz com transformações na cultura e nas relações, que a diversidade é ontológica do humano. E o trabalho em saúde pode muito, como nos demonstra a trajetória de Fernanda Benvenutty.

Referências:

BENVENUTTY, Fernanda (2008). **Painel 3 - Poder Legislativo - Contextualização e Perspectivas:** Sra. Fernanda Benvenutty. In Brasil. *Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT*, p. 74-77. Presidência da República, Secretaria de Direitos Humanos, Brasília, 5 a 8 de junho de 2008. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acao-a-informacao/participacao-social/old/cncd-lgbt/conferencias/anais-1a-conferencia-nacional-lgbt-2>. Acesso em: 20 ago. 2021.

BENVENUTTY, F.; NASCIMENTO, S.;LIMA, L. F (no prelo). **Fernanda Benvenutty, uma política travesti.** São Paulo: Editora Patuá.

BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. Brasília: Ministério da Saúde. 2011

LAVOR, A. (2013). **Respeito abre portas para o acolhimento.** *Revista Radis*, n. 128, p. 12-18.

PARLAMENTO. **Morre em João Pessoa, aos 57 anos, a militante transexual Fernanda Benvenutty.** Paraíba, 22 de fev. 2020. Disponível em: <https://parlamentopb.com.br/morre-em-joao-pessoa-aos-57-anos-a-militante-transexual-fernanda-benvenutty>. Acesso em: 22 ago. 2021.

POSFÁCIO

A INTERFACE ENTRE AS MULHERES E A SAÚDE É MOVIMENTO: ATUALIZANDO A AGENDA DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE COM PRODUÇÕES FEMININAS

Lisiane Bôer Possa
Cristiane Gosch
Alcindo Antônio Ferla

Introdução

A tarefa do cuidado atribuída predominantemente às mulheres e, portanto, a feminilização do trabalho em saúde, não é um fenômeno novo; a formalização e remuneração deste trabalho, ou seja, o seu reconhecimento social, político e econômico, como feminização, sim. O processo de medicalização, como intervenção médica sobre a sociedade, identificado por Foucault a partir do nascimento da medicina social, desloca o cuidado em saúde, até então tarefa das mulheres no espaço privado, para o espaço público. Os objetos da medicina passam a ser o estado, as cidades e força de trabalho. A emergência do esquema político-médico é acompanhado pela masculinização, hierarquização e reconhecimento social, econômico e político do cuidado em saúde que ao mesmo tempo que se coletiviza se reduz. A estatização da medicina, a medicalização dos hospitais como instituição voltada para a cura e o surgimento da clínica, reduz o cuidado ao corpo biológico, consolida o poder-saber médico e expande o controle autoritário sobre os corpos e as condutas. Apesar deste controle ser um fenômeno que tem a mulher como objeto desde o surgimento das sociedades patriarcais, é identificado e nomeado como biopoder por Foucault apenas a partir do século XVIII, momento em que é estendido aos pobres e trabalhadores, e portanto, aos corpos e condutas dos homens (Foucault, 1979). Nos ocupamos, neste livro, de apresentar algumas considerações pragmáticas a esses fenômenos.

A medicina como objeto da ciência moderna seria inviável sem a contribuição das mulheres e do seu trabalho, que não é reconhecido como relevante para a produção das condições de existência e reprodução da vida ao longo dos últimos séculos. Esta condição de subalternização do trabalho feminino se desdobra nos processos de hierarquização do trabalho em saúde e da assistência e, portanto, na inferioridade atribuída às atividades desenvolvidas por mulheres, que se expressa nas desigualdades simbólicas, políticas e econômicas das profissões e ocupações. Mas esse é apenas um artefato do desenvolvimento científico e tecnológico na saúde, como nos mostram as diferentes inserções deste livro.

A emergência dos movimentos feminista no século XX e, com eles, as lutas das mulheres que denunciam e buscam transformar as condições de subordinação, a invisibilidade do trabalho feminino, a exclusão dos espaços públicos e das profissões valorizadas pela sociedade. As mulheres homenageadas neste livro foram parte deste processo de lutas e transformações e, aqui neste livro, também a demonstração que a construção social sobre o papel das mulheres não foi sem tensões relevantes, inclusive com os fatos. Em que pese não tivessem suas produções inscritas predominantemente no que se denomina estudos de gênero, os seus corpos, sua militância, suas produções e suas vidas põem em questão as relações de poder que são constitutivas da produção dos saberes, como afirma Michel Foucault, e que são evidenciados pela crítica feminista. As trajetórias demonstram uma contribuição muito forte das mulheres para a agenda da educação e do trabalho em saúde, que, em alguns momentos, demonstrou força epistêmica suficiente para mudar paradigmas. Por isso escolhemos homenageá-las, já que suas trajetórias ilustram contribuições femininas à saúde coletiva e, ao mesmo tempo, compuseram e ainda compõem o pensamento e a agenda brasileira na gestão do trabalho e da educação na saúde.

Nossas homenageadas entraram no “espaço público e nos espaços do saber, transformando inevitavelmente estes campos, recolocando as questões, questionando, colocando novas questões, transformando radicalmente” (RAGO, 1998, p.10). Desta forma, ao nos depararmos com as produções destas mulheres, diversas em suas experiências e plurais nas suas existências, nos pareceu possível tecer um fio que evidenciasse a conexão com as epistemologias feministas e a contribuição feminina para a ciência e o desenvolvimento do pensamento nas análises do trabalho e da educação na saúde. Tomaremos emprestado para essa costura a produção de Margareth Rago: *Epistemologia Feminista, Gênero e História* (RAGO, 1998).

Produções implicadas: o conhecimento libertário e emancipador

O feminismo formula uma ampla crítica cultural, teórica, epistemológica. Trata-se de denunciar o caráter particularista, ideológico, racista e sexista da ciência que “opera no interior da lógica da identidade, valendo-se de categorias reflexivas, incapazes de pensar a diferença”. Essa crítica tanto evidencia a lógica excludente dos conceitos identitários que tem como modelo de referência um “homem universal, branco-heterossexual-civilizado-do-Primeiro-Mundo”, quanto explicita a desvalorização das práticas femininas, que seriam aquelas limitadas ao mundo privado e de menor importância em comparação as masculinas operadas na esfera pública (REGO, 1998, p.4).

As Marias Cecílias, homenageadas neste livro, inauguram no Brasil a inscrição do trabalho em saúde como prática social e, portanto, sujeito às relações de poder e saber que lhe são intrínsecos. Essas mulheres, em consonância com a perspectiva feminista da produção da ciência, contribuíram para pôr questão as concepções absolutistas e totalizadoras das profissões da saúde e evidenciar o caráter autoritário, impositivo e hierarquizante do trabalho nesta área. A totalização, nesse caso, incluiu o apagamento das diferenças de gênero na produção científica e tecnológica, que o percurso das mulheres homenageadas constituiu resistência.

Como epistemologia, o feminismo põe em questão “o processo artificial de construção das unidades conceituais, temáticas supostamente “naturais”: a desconstrução das sínteses, das unidades e das identidades ditas naturais, ao contrário da busca de totalização das multiplicidades.” Também propuseram que “não apenas que o sujeito deixasse de ser tomado como ponto de partida, mas que fosse considerado dinamicamente como efeito das determinações culturais, inserido em um campo de complexas relações sociais, sexuais e étnicas”. (REGO, 1998, p.5 e 6).

Maria Cecília Ferro Donnangelo, conforme nos apresenta Cintia Magali Fortuna e Solange L'Abbate, funda a saúde coletiva brasileira no campo reflexivo que situa as práticas profissionais da saúde como práticas históricas e sociais, que não estão inscritas apenas nos indivíduos e nas corporações e sim nas relações construídas a partir do modo de produção capitalista. E a partir da sua produção que o trabalho médico é reconhecido no Brasil como produto das relações em que está inscrito e não apenas associado a uma suposta linearidade de acumulação cognitiva e produtiva.

Desnaturalizar e nomear a teia de relações que configuram o trabalho em saúde e instigar a produção de outras análises sobre o mesmo é uma contribuição que Maria Cecília Donnangelo deixou como legado, que foi fundante para toda a produção brasileira que toma o trabalho médico e das demais profissões como objeto de crítica e inspiração para propostas transformadoras que orientaram os movimentos pela reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. Ao explicitar o papel do estado, das relações de subordinação, opressão e desigualdade da sociedade brasileira como pressuposto para a compreensão do processo saúde-doença, do trabalho em saúde em geral e médico em particular, a homenageada constituiu um novo platô para as formulações reformadoras.

Está também localizada nesse platô epistêmico uma entre tantas contribuições que Marina Peduzzi nos apresenta sobre o trabalho da Maria Cecília Puntel de Almeida. Cecília Puntel colocou em questão a concepção vocacional do trabalho da enfermagem, que expressa de modo exemplar a divisão sexual do trabalho e sustenta a subordinação das trabalhadoras da enfermagem às “normatividades médicas e as autoridades institucionais”, como destaca Peduzzi.

Izabel dos Santos, conforme nos apresenta Janete Castro, subverteu a ordem da hierarquização técnica das profissões, também associada às desigualdades de gênero, técnicas e sociais em relação ao trabalho. Izabel assenta seu percurso na ideia de que a aprendizagem profissional é produzida em todo e qualquer lugar de trabalho, o que conecta a formação com o contexto de existência dos trabalhadores de saúde e dá visibilidade a um conjunto de trabalhadoras e trabalhadores que são numericamente predominantes na saúde. Os projetos que coordenou foram uma aposta radical na flexibilização e descentralização da formação em saúde, que possibilitou a profissionalização de milhares de trabalhadoras de nível médio e, com isso, criou condições para um novo patamar de reconhecimento destas trabalhadoras. Com isso, também colocou luz sobre o papel social, técnico e científico do trabalho invisibilizado de cuidar operado pelas mulheres.

Ricardo Burg Ceccim e Aline da Rosa Deorristt nos contaram a história-movimento que Nise da Silveira e Ivone Lara produziram no cuidado em saúde mental e no lugar que esse cuidado tinha no sistema de saúde e na sociedade. A arte que amplia a linguagem para a expressão de vida e potência, a resignificação da loucura, a criação de nova interpretação sobre a psiquiatria, os corpos e o cuidado em saúde mental, experiências “como um material de composição de novos corpos, inclusive de si mesma, mas que move as pessoas em comum em seus deslimites, anteriormente subjugadas em limitadas perspectivas de vida na identidade da doença”, como nos dizem Ceccim & Deorristt no texto.

Maria Cristina Carvalho forja a ideia/conceito da *pedagogia da cidade* que traz “(o entorno da cidade) para dentro do serviço, abrindo brechas que o auxiliam a não se tornar totalizante para o usuário (...) uma ferramenta para acompanhar as populações em seu processo de cuidado”, como ressaltam Cabral & Bellocc no seu texto. Com essa inspiração, contribui muito para a produção de pontes entre as profissões, ao contribuir substantivamente para a implementação da institucionalidade das residências multiprofissionais em saúde, estratégia de formação considerada o “padrão ouro” da formação médica.

Pontes para o ensino e o trabalho interprofissional também foi uma contribuição central na produção e na história de vida de Roseni Sena, como nos apresentam Kênia Silva e Rita Marques. A trajetória de Roseni constituiu pontes também entre o ensino da saúde e os territórios, desde as iniciativas de integração docente-assistencial até a formulação da política de educação e desenvolvimento do trabalho em saúde, a educação permanente em saúde. Ao atuar nesse movimento, Roseni contribuiu para abrir o pensamento para uma contribuição do trabalho em saúde ao ensino das profissões, por oferecer à formação, cenários mais complexos para a aprendizagem de capacidades profissionais, menos dependentes das identidades corporativas e mais conectadas com as necessidades sociais e sanitárias.

Fernanda Benvenuti, no ensaio de Andrey Lemos, rompe a noção da identidade natural, genotípica, do feminino e demonstra que a transformação das condições de saúde é maior e mais forte do que os estereótipos que marcam um tempo e um lugar no espaço. Mais do que isso, que os estereótipos devem ser substituídos por imagens que tenham capacidade de produzir mais cuidado na saúde, seja no trabalho de atenção, de gestão ou de participação. A atuação das mulheres nos espaços de participação social são perspectiva analítica ainda pouco frequente nas ciências da saúde e, mesmo, da saúde coletiva.

A perspectiva feminista que se atualiza nas contribuições das autoras homenageadas no livro, reconstrói a relação entre a teoria e prática, a partir do reconhecimento de que a sensibilidade é fundamental para a construção do conhecimento. “Delineia-se um novo agente epistêmico, não isolado do mundo, mas inserido no coração dele, não isento e imparcial, mas subjetivo e afirmando sua particularidade”. Este novo agente de produção do conhecimento põe em questão a neutralidade, o menosprezo pela subjetividade e constitui-se a partir da implicação com o objeto a ser conhecido e, portanto, com o “envolvimento do sujeito com seu objeto”. Recoloca-se o processo de conhecimento que sai dos gabinetes, reconhece as emoções e é “construído por indivíduos em

interação, em diálogo crítico, contrastando seus diferentes pontos de vista, alterando suas observações, teorias e hipóteses, sem um método pronto” (REGO, 1998, p.11). Este conhecimento é:

- a) crítica ao saber que se inscreve a partir do movimento da redução do cuidado aos procedimentos técnicos e, portanto, a medicina científica cujo centro é a intervenção sobre as doenças e os corpos biológicos como denuncia Maria Cecília Puntel de Almeida. Ao inscrever o trabalho da enfermagem como prática social suas pesquisas explicitaram as lógicas de dominação, subordinação e fragmentação em relação ao trabalho médico, mas, também, no interior da própria enfermagem. Esse processo que apequena o cuidado e nega o que ele tem de “feminino” e arte, ou seja, os afetos, as implicações, as simetrias e as invenções do encontro.
- b) produção de conhecimento a partir da experimentação, da ocupação dos espaços públicos, de “penetrar em ambientes tão duros”, “entrar, contaminar e capilarizar”, ou seja, deslocar as fronteiras de pertencimento do trabalho em saúde, construir pontes entre a teoria e prática possíveis a partir da integração entre o ensinar, cuidar e viver e, portanto da intensa relação ensino-serviços-comunidade que marcam a trajetória da Roseni Rosângela de Sena, apresentada por Kénia Lara Silva e Rita de Cássia Marques.
- c) um fazer e saber, marcador da trajetória e do que nos ensina Maria Cristina Carvalho, que se constitui nas relações e, portanto, nos “encontros: um café, um almoço, um encontro formal (...) trabalho de formiguinha, conversando com um e com outro nos diferentes espaços, promovendo uma delicada costura entre o grupo cindido (...) tecendo o argumento. Provocando o pensamento, refazendo o “ponto” comum que movimenta a todos” (CABRAL & BELOCC).
- d) implicação radical, com os direitos relacionados à identidade de gênero, à orientação sexual e a justiça social que Fernanda Benvenutty “(...) se indignou com as injustiças e com o preconceito, por isso sempre lutou para mudar e fazer com que outras mulheres travestis e transexuais não sofressem tanto com o que ela já havia sentido na pele” (MELO). Fernanda traz o feminismo em que “a categoria do gênero encontrou (...) um terreno absolutamente favorável para ser abrigada, (...) desnaturaliza as identidades sexuais e postula a dimensão relacional do movimento constitutivo das diferenças sexuais.” (REGO, 1998, p.6).

É na escuta sensível e na implicação radical com o cotidiano, com as relações, com o que acontece na vida, no trabalho e no cuidado que as mulheres aqui homenageadas inventaram possibilidades e superaram limites do pensar e do fazer em saúde. Maria Cecília Puntel de Almeida com suas pesquisas possibilita “repensar de forma crítica a atuação da enfermagem na Atenção Primária a Saúde” (PEDUZZI). Roseni Rosângela Senna implanta o currículo integrado uma proposta “desafiadora e corajosa”, e um exemplo para “militantes dos movimentos de

mudança nas instituições educativas» (SILVA & MARQUES). Nise da Silveira e Ivone Lara nos apresentam “a improvisação pelo olhar das artes, que desfaz o conceito comum reativo e de irresponsabilidade do “não saber-prever-apreender o que se faz” (CECCIM & ALINE). Maria Cecília Ferro Donnangelo participa da experiência de vanguarda do curso experimental de medicina que” considerava a saúde e doença articulada ao contexto de vida, a classe social, o trabalho, a moradia (FORTUNA & L'ABBATE). Maria Cristina Carvalho refunda o cuidar com a “disponibilidade de emprestar o corpo, para a travessia da crise” (CABRAL & BELOCC). Fernanda Benvenutty “emprestou seu rosto e sua identidade para a luta pelo reconhecimento legítimo do nome social no SUS” (LEMOS). Isabel dos Santos constrói o projeto Larga Escala que “representou um grito em defesa dos trabalhadores sem rosto e sem identidade profissional” (CASTRO).

As contribuições sistematizadas no livro têm muita atualidade. É necessário pensar sobre os saberes e fazeres do trabalho e da formação na saúde com o melhor das evidências acumuladas na história contemporânea, mas sem negligenciar a capacidade de produzir evidências oportunas e relevantes das epistemologias que emergem no cotidiano, neste livro representadas pelas contribuições de oito mulheres relevantes à agenda brasileira da educação e do trabalho, que também se esparramaram pela latino-américa. O fortalecimento da capacidade de produzir saúde e qualidade nas vidas dos sistemas universais de saúde não se realiza plenamente se o trabalho e a educação na saúde não estiverem comprometidos com a expressão dessas epistemologias, que também mostram mais saúdes e mais fazeres necessários a que se expressem. O feminino na saúde pode mais do que representar parte significativa e uma tendência na composição do mundo do trabalho na saúde. Pode ensinar novas relações entre a educação e o trabalho, como fizeram nossas homenageadas. Esse é um dos propósitos da campanha que o livro representa.

Ano internacional dos trabalhadores e trabalhadoras: a construção de uma agenda de igualdade e equidade de gênero

Reconhecer e tematizar a feminilização do trabalho em saúde é explicitar a desigualdade estrutural, característica da cultura machista, misógina e patriarcal em que vivemos. Requer iniciativas que destaquem as categorias de gênero e interseccionalidade como centrais para a compreensão e transformação, tanto da condição das mulheres no mundo do trabalho em saúde e assistência, quanto das condições cotidianas de trabalho para as mulheres nestas áreas. A primeira categoria de análise está relacionada às políticas de igualdade no mundo do trabalho, no estado e na sociedade, e portanto, diz respeito tanto ao reconhecimento simbólico, social, político, econômico e cultural dos trabalhos desenvolvidos tradicionalmente por mulheres quanto à sua participação nas profissões, atribuições, espaços e processos de decisão majoritariamente ocupados por homens e que demandam políticas de gestão do trabalho em saúde que superem as desigualdades. A segunda diz respeito à equidade, que reconhece as diferenças históricas e estruturais das condições de vida das mulheres e, portanto, demanda a superação das práticas cotidianas que produzem a subordinação das mulheres e seus corpos, as violências físicas,

simbólicas, psicológicas, morais, sexuais e econômicas as quais estão submetidas nos espaços familiares, sociais, políticos e no cotidiano do trabalho, e que demandam tematizar as questões de gênero e as interseccionalidades na micropolítica do trabalho. Reconhecer a contribuição das mulheres, comumente invisibilizada por uma cultura que produz imagens onde essa contribuição é diluída, é um dos objetivos do livro.

Essa iniciativa está explicitada na agenda do Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e da Assistência da OPAS/OMS e com os objetivos do desenvolvimento sustentável, que estabelecem metas para a construção do trabalho decente (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015). Trabalho em que sejam asseguradas a liberdade, equidade e segurança, e garantido o direito ao trabalho como fator de desenvolvimento para todos, com proteção social constituída por redes de suporte em situações de vulnerabilidade, ofertado em condições justas e dignas, com remuneração apropriada e superação de todas as formas de discriminação, ancorado no diálogo e na participação e, promotor de saúde, de vida digna e de felicidade (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2021).

Neste momento é central enfrentar os movimentos políticos, econômicos, sociais e culturais que reduzem o debate à ideologia de gênero, naturalizado a desigualdade, a subordinação e o controle dos corpos e condutas das mulheres. É imprescindível problematizar o que o estado faz ou deixa de fazer nas políticas públicas para as mulheres, o trabalho, a educação, a assistência e a saúde. No caso da gestão do trabalho e da educação em saúde se expressa na produção de políticas públicas afirmativas que promovam:

- 1) a garantia de financiamento do Sistema Único de Saúde, para que este seja efetivamente universal, integral e equânime, e para que assegure a proteção do trabalho e o emprego decente aos seus trabalhadores e trabalhadoras;
- 2) a igualdade de remuneração, em especial remover as diferenças de remuneração entre profissionais médicos e não-médicos por tipo de especialidade e entre os níveis de atenção, em especial preterindo a atenção básica;
- 3) estratégias para ampliar a participação de mulheres nos espaços de gestão e decisão políticas e, portanto, em toda e qualquer instância de gestão e representatividade do Sistema Único de Saúde, pois não é admissível que as mulheres sejam as mais implicadas com o cuidado e, também, a grande maioria dos trabalhadores de saúde e estejam sub-representadas nos espaços decisórios;
- 4) a superação da divisão sexual, da precarização e das múltiplas jornadas do trabalho que afetam mais as trabalhadoras através da construção e implementação de planos de cargos, carreiras e salários que produzam igualdade e reconheçam as diferenças de gênero no trabalho em saúde;
- 5) o reconhecimento das contribuições das mulheres para a ciência e para o trabalho no setor saúde, com políticas de divulgação do conhecimento produzido e estímulo a política editoriais que

incorporem epistemologias alternativas que questionam a ciência normativa, totalizante, autoritária e objetificadora do trabalho, das relações e da vida;

- 6) o acesso à formação, reconhecimento profissional e no setor saúde das ocupações de cuidadoras, acompanhantes terapêuticas, parteiras, doulas, das artes, da estética e outras, que são majoritariamente desenvolvidas por mulheres e que ampliam os saberes e as práticas do cuidado;
- 7) ampliação da formação e provimento da força de trabalho para enfrentar as iniquidades na disponibilidade, na distribuição e na qualidade dos profissionais da saúde que implicam em dificuldade de acesso à saúde nas zonas remotas e desassistidas e sobrecarregam as trabalhadoras uma vez que são maioria nas profissões técnicas e de enfermagem mais presente em todos os territórios e, também as mulheres em geral que se responsabilizam pelos cuidados nas famílias.

Na dimensão micropolítica do trabalho, trata-se também de produzir transformações nas práticas, nos processos e na organização do trabalho que visibilizem o trabalho da mulher, superem as violências as quais são submetidas e garantam a sua participação na gestão e nas decisão através da:

- 8) institucionalização de espaços de gestão participativa e colegiada nos serviços de saúde de tal forma que as usuárias e as trabalhadoras de todas as categorias, em especial as de nível fundamental e técnico tradicionalmente excluídas, façam parte dos processos decisórios;
- 9) educação permanente, incorporada nos tempos do trabalho, que problematize as práticas de cuidado, garantam aos trabalhadores e trabalhadoras ferramentas para a sua atuação e oportunizem reflexões sobre as determinações dos processos de saúde e doença e a interseccionalidade que sobrepõe opressões e desigualdades no trabalho e na existência das mulheres;
- 10) criação de espaços de denúncia dos assédios morais, psicológicos e sexuais e, organização de mecanismos que garantam a responsabilização dos assediadores e enfrentamento institucional das violências contra as mulheres. É necessário nomear para reconhecer e denunciar as atitudes machistas cotidianas que calam, estigmatizam, desconsideram e diminuem as mulheres nos espaços de trabalho;
- 11) garantia de condições de trabalho e sobretudo do cuidado da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras para que lhes sejam garantidas a proteção, a promoção, a prevenção e a assistência;
- 12) reconfiguração da composição, das competências e das habilidades da força de trabalho em saúde para que sejam compatíveis ao modelo de atenção centrado nas pessoas e no cuidado libertário e emancipador, ou seja, no cuidar como uma produção afetiva, sensível, ética, estética e política o que significa reconhecer as contribuições das mulheres para os paradigmas que orientam estas modelagens.

Todos esses são problemas e objetivos concretos da gestão do trabalho e da educação na saúde, que demandam produção de conhecimentos, de tecnologias, de inovações e de intervenções que responsam para a qualificação da área.

E das mulheres... Elisa Lucinda nos fala

Aviso da Lua que Menstrua

Moço, cuidado com ela!

Há que se ter cautela com esta gente que menstrua...

Imagine uma cachoeira às avessas:

cada ato que faz, o corpo confessa.

Cuidado, moço

às vezes parece erva, parece hera

cuidado com essa gente que gera

essa gente que se metamorfoseia

metade legível, metade sereia

Barriga cresce, explode humanidades

e ainda volta pro lugar que é o mesmo lugar

mas é outro lugar, aí é que está:

cada palavra dita, antes de dizer, homem, reflita...

Sua boca maldita não sabe que cada palavra é ingrediente

que vai cair no mesmo planeta panela.

Cuidado com cada letra que manda pra ela!

Tá acostumada a viver por dentro,

transforma fato em elemento

a tudo refoga, ferve, frita

ainda sangra tudo no próximo mês.

Cuidado moço, quando cê pensa que escapou

é que chegou a sua vez!

Porque sou muito sua amiga

é que tô falando na «vera»

conheço cada uma, além de ser uma delas.

Você que saiu da fresta dela

delicada força quando voltar a ela.

Não vá sem ser convidado

ou sem os devidos cortejos...

Às vezes pela ponte de um beijo

já se alcança a “cidade secreta”

a Atlântida perdida.

Outras vezes várias metidas e mais se afasta dela.

Cuidado, moço, por você ter uma cobra entre as pernas

cai na condição de ser displicente

diante da própria serpente.

Ela é uma cobra de avental.

Não despreze a meditação doméstica.

*É da poeira do cotidiano que a mulher extrai filosofia
cozinhando, costurando
e você chega com a mão no bolso
julgando a arte do almoço: Eca!...*

Você que não sabe onde está sua cueca?

*Ah, meu cão desejado
tão preocupado em rosnar, ladrar e latir
então esquece de morder devagar
esquece de saber curtir, dividir.*

*E aí quando quer agredir
chama de vaca e galinha.*

São duas dignas vizinhas do mundo daqui!

O que você tem pra falar de vaca?

O que você tem eu vou dizer e não se queixe:

VACA é sua mãe. De leite.

Vaca e galinha...

*ora, não ofende. Enaltece, elogia:
comparando rainha com rainha
óvulo, ovo e leite
pensando que está agredindo
que tá falando palavrão imundo.*

Tá, não, homem.

Tá citando o princípio do mundo!

Suavidade, radicalidade e reconhecimento de novas perspectivas para a produção da saúde e o desenvolvimento do trabalho nos sistemas e serviços de saúde como contribuição das mulheres, na sua diversidade. É disso que este livro procurou falar.

Referências:

ELISA LUCINDA (Elisa Lucinda dos Campos Gomes). (s/d). Aviso da Lua Que Menstrua. Disponível em <https://youtu.be/0dMQ0ac8cVE>.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

RAGO, M. Epistemologia feminista, gênero e história. In: PEDRO, Joana Maria e GROSSI, Miriam Pillar. (orgs.) *Masculino, feminino, plural: gênero na interdisciplinaridade*. Florianópolis, Ed. Mulheres, 1998, p.24.

ÍNDICE REMISSIVO

A

acesso universal à saúde 23, 27
Agenda Brasil 10, 15, 21, 22, 166
agenda brasileira 14, 15, 155, 159
Agenda Brasileira 24, 25, 26
agenda das políticas públicas 23
agente comunitário de saúde 53
agentes do trabalho 22
Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência
8, 10, 11, 15, 21, 23, 24, 25, 26, 33, 37, 41, 104, 138, 142,
151
arranjos institucionais 23
atuação das mulheres 157
atuação dessas mulheres 14

C

campanha mundial “Proteger. Investir. Juntos” 9
campo das políticas 23
campos do trabalho, da educação 14
carreiras profissionais 31
CES 18
CNS 9, 18, 24, 33, 35, 37, 108, 143, 171
Comissão Intergestores Tripartite 9, 24
CONASS 9, 37
condição feminina 10, 34, 61
condições de trabalho 9, 14, 22, 29, 31, 47, 58, 68, 74, 75, 110,
161
configuração técnica 10
conquistas das brasileiras 17
Conselho Nacional de Saúde 9, 15, 16, 18, 24, 33, 37, 143,
151, 168

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde 9, 43
Conselho Nacional de Secretários de Saúde 9
Conselhos Estaduais de Saúde 18
conteúdo das políticas 23
contribuição das mulheres 42, 154, 160, 165
contribuição de mulheres 24, 25
controle social 18, 33, 119, 144
corpo encantado 88
corpo intelectual 84
corpo marginal 80
corpo negro feminino 45
corponormatização 48
corpos negros 80, 86
corpos políticos 78
covid-19 38, 61, 62, 76, 77
Covid-19 37, 43, 45, 47, 55, 56, 58, 61, 63, 66, 68, 74, 109
crise sanitária 9, 23, 45, 66
cuidado aos trabalhadores 33
cuidado de familiares 33
cuidado dos trabalhadores 21
cuidadoras informais 8
cuidados domésticos 34

D

desenvolvimento científico, tecnológico e social 10
Desenvolvimento de Recursos Humanos 9, 27, 134, 137, 169
desigualdade 38, 46, 47, 49, 54, 56, 59, 66, 68, 74, 109, 110,
144, 156, 159, 160
desigualdade de gênero 56
desigualdades 12, 13, 14, 22, 31, 42, 44, 45, 47, 52, 55, 59, 74,
106, 108, 154, 156, 159, 161, 170
desigualdades estruturais 13, 14

desigualdades estruturais de gênero 13
determinantes e condicionantes da saúde 23
determinantes sociais da saúde 23, 27
Dia Internacional das Mulheres 20
Dia Internacional do Trabalhador 20
dimensões das desigualdades 13
direito à saúde 16, 140
direitos civis 20, 140
direitos sexuais e reprodutivos 16
divisão sexual do trabalho 13, 42, 156

E

educação em saúde 8, 14, 15, 26, 34, 54, 58, 100, 149, 160, 171
educação interprofissional 29
educação na saúde 5, 11, 18, 22, 24, 26, 33, 34, 35, 65, 68, 155,
159, 162
educação permanente 33, 74, 75, 101, 126, 128, 151, 157, 161,
168
enfermagem 32, 35, 43, 47, 53, 54, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74,
75, 76, 77, 81, 88, 101, 102, 106, 109, 132, 133, 135, 139,
140, 142, 143, 144, 148, 149, 156, 158, 161
epistemologias feministas 155
equidade 14, 32, 35, 41, 58, 73, 144, 159, 160
equidade de gênero 14, 35, 41, 159
equitativa 33
equitativo 28
espaços-corpos 82

F

feminilização 15, 34, 42, 43, 154, 159
feminina 8, 9, 10, 15, 16, 18, 34, 42, 43, 47, 49, 61, 147, 155
feminino 10, 16, 17, 20, 35, 41, 42, 43, 44, 45, 53, 143, 147,
154, 155, 157, 158, 159, 165
feminismo 155, 156, 158
feminização 43, 62, 154
fixação de profissionais 108
força de trabalho em saúde 21, 23, 28, 29, 30, 38, 47, 132, 135,
142, 161
formação 9, 10, 22, 24, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 47, 55, 57,
62, 68, 69, 71, 73, 74, 82, 89, 96, 98, 99, 100, 101, 102,
104, 106, 107, 108, 109, 110, 113, 114, 118, 119, 120,
121, 122, 123, 126, 127, 128, 132, 134, 136, 138, 142,

156, 157, 159, 161, 170
formação-aprendizagem 10
formação de trabalhadores 32, 36, 109, 132
formação dos trabalhadores 29, 136
formação em saúde 68, 107, 126, 138, 156
formação na saúde 10, 36, 159
formação profissional 10, 24, 36, 54, 62, 69, 74, 114
formação técnica 32, 132, 138

G

gênero 10, 12, 13, 14, 17, 18, 21, 35, 36, 41, 42, 43, 44, 45, 46,
47, 49, 53, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 74, 110, 140, 142,
144, 145, 146, 149, 155, 156, 158, 159, 160, 165
Gênero 43, 59, 60, 61, 63, 64, 155
gêneros 43
gestão do trabalho 10, 22, 24, 26, 28, 32, 33, 36, 58, 100, 155,
159, 160, 162
gestão do trabalho na saúde 10
grupos vulneráveis 23

H

hierarquia das ocupações 33

I

identidade 36, 45, 83, 134, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147,
149, 155, 157, 158, 159
identidade de gênero 36, 140, 142, 144, 145, 146, 149, 158
identidade negra 45
ideologia de gênero 160
igualdade de gênero 21, 63
iniquidade 31, 33, 34
iniquidades 12, 31, 58, 161
inserção das mulheres 9, 18, 33, 41
inserção feminina 8, 9, 15, 16, 34
interseccionalidade 45, 46, 48, 159
invisibilidade do trabalho 74, 155
invisibilidade do trabalho feminino 155

J

jornadas de trabalho 74

L

linhas de cuidado 17, 33, 123
Linhas de cuidado 38
Livro Azul 18, 21, 23, 24, 25, 26, 34
lutas das mulheres 155
lutas de resistência 16

M

machismo 12, 56, 118
machista 13, 17, 94, 159
médico 35, 69, 70, 72, 73, 106, 107, 110, 111, 114, 126, 144, 148, 154, 156, 158
mercado de trabalho 12, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 63, 70, 98, 110, 111, 114
misógino 17
modelo flexneriano 106
movimento feminista 169
movimentos sociais 9, 10, 36, 100, 119, 140, 144
mulheres indígenas 18
multiplicidade de formas de ser mulher 10

O

ONU 12, 34
OPAS 8, 9, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 69, 70, 134, 135, 136, 138, 151, 160, 169, 170
opressões patriarcais 45
organismos internacionais 26
Organização das Nações Unidas 12
Organização Pan-Americana da Saúde 9, 20, 34, 38, 69, 132, 170

P

pandemia 8, 9, 11, 13, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 44, 45, 47, 48, 49, 55, 56, 58, 59, 62, 66, 68, 74, 75, 76, 109, 113, 138
Pandemia 17, 60
Pandemia da COVID-19 17
paridade de gênero 18
participação das mulheres 21, 35, 41, 42, 43, 45, 48, 50, 57, 61

participação das mulheres negras 45, 61
participação feminina 42
participação social 18, 36, 48, 73, 157
patriarcado 16, 63
patriarcal 13, 47, 56, 159
Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais 144
Política Nacional de Saúde Integral de LGBT 140, 152
produção da vida 10
profissões historicamente masculinas 43
promoção da saúde 23, 72, 101, 149
proteção dos trabalhadores 9, 22, 30
proteção física 10, 30, 31, 33
proteção física e psicossocial 30, 31, 33
proteção física, psicossocial 10
proteção psicossocial 9
provimento 24, 25, 57, 161

R

Recursos Humanos 9, 27, 62, 132, 134, 137, 169, 170
rede colaborativa 23, 100
relação muito singular das mulheres com a saúde 9
relações de gênero 12, 41, 42
remuneração 29, 31, 34, 44, 46, 49, 53, 54, 58, 154, 160
representação 8, 12, 13, 32, 58
representatividade 18, 160

S

salarial 44, 55
salários 9, 42, 50, 58, 74, 160
saúde universal 22, 23, 33
singularidades 41, 83, 120
sistemas de saúde 9, 13, 20, 21, 22, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 100
sistemas e serviços 21, 22, 23, 26, 27, 31, 34, 165
sistemas universais de saúde 159
sistema único de saúde 114
Sistema Único de Saúde 4, 8, 9, 16, 17, 22, 32, 33, 62, 66, 69, 71, 83, 98, 99, 102, 108, 109, 114, 119, 137, 140, 151, 160, 168
sociedade civil 9, 34, 144, 169

sub-representação 12, 13
SUS 8, 9, 16, 17, 24, 26, 32, 37, 38, 54, 55, 59, 60, 62, 64, 66, 69, 71, 73, 74, 75, 101, 102, 108, 109, 114, 115, 119, 123, 124, 125, 126, 137, 140, 143, 144, 159, 169

T

técnica de enfermagem 144
técnicas de enfermagem 72, 73
técnico de enfermagem 32
técnicos de enfermagem 68, 72, 73
trabalhadora da saúde 49, 122
trabalhadoras da saúde 52, 55, 61
trabalhador da saúde 135
trabalhadores da saúde 9, 21, 23, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 110
trabalho da enfermagem 72, 77, 156, 158
trabalho decente 21, 30, 160
trabalho doméstico 12, 42
trabalho em saúde 5, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 41, 42, 43, 45, 47, 48, 50, 52, 53, 58, 69, 71, 72, 74, 76, 104, 107, 109, 113, 124, 132, 135, 138, 142, 145, 150, 151, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 168
trabalho essencial 23
trabalho formal 20
trabalho informal 20
trabalho médico 35, 69, 70, 72, 111, 156, 158
trabalho na saúde 8, 10, 11, 22, 24, 107, 148, 159
trabalho produtivo 42
trabalho social 42

V

vulnerabilidade 14, 26, 47, 160
vulnerabilidade social 14

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

Organização:

- **Mônica Padilla:** Coordenadora da Unidade Técnica de Capacidades Humanas para a Saúde / OPAS/OMS Brasil
- **Cristiane Gosch:** Psicóloga. Doutora em Psicologia. Pesquisadora e Preceptora no Projeto de Qualificação e Fortalecimento da Gestão do Trabalho no Tocantins - OPAS/Rede Unida. E-mail: crisgosch@gmail.com
- **Lisiane Bôer Possa:** Sanitarista, doutora em sociologia. Professora adjunta da Universidade Federal de Santa Maria. Coordenadora do Projeto de Qualificação e Fortalecimento da Gestão do Trabalho, Rede Unida/OPAS. E-mail: lisianepossa@gmail.com.
- **Alcindo Antônio Ferla:** Médico, doutor em educação. Professor permanente dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Psicologia (UFPA) Saúde da Família (UFSM). Membro titular da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). E-mail: ferlaalcindo@gmail.com.

Demais autoras e autores:

- **Aline da Rosa Deorristt:** Doutoranda em Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: dakhadessin@gmail.com [Como artista, assina Aline Daka]
- **Andrey Roosewelt Chagas Lemos:** Mestre em Políticas Públicas em Saúde, tecnólogo em Gestão de Políticas Públicas em Saúde no Sistema Único de Saúde e presidente da União Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (UNALGBT). Brasília, DF, Brasil. E-mail: andrey.lemos@hotmail.com.
- **Carolina Aguilar da Costa Nascimento:** fonoaudióloga, mestre em Saúde Pública pela ENSP, servidora da Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Experiência na área clínica em atendimento à pessoa com deficiência, bolsista do projeto “O conhecimento da APS sobre a deficiência”, apoiado pela rede PMA. E-mail: carolinacost@gmail.com

- **Cinira Magali Fortuna:** Professora, livre docente no Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, endereço eletrônico: fortuna@eerp.usp.br. Estuda temas como o trabalho em saúde, o trabalho em equipe, a educação permanente em saúde e o acompanhamento de equipes.
- **Cristiani Vieira Machado:** Vice-presidente de Educação, Informação e Comunicação da Fundação Oswaldo Cruz, Brasil. E-mail: cristiani.machado@fiocruz.br
- **Fernando Zasso Pigatto:** Presidente do Conselho Nacional de Saúde.
- **Isabela Soares Santos:** graduada em Ciências Sociais, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, está na Coordenação Geral do Programa de Políticas Públicas, Modelos de Gestão e de Serviços de Saúde Pública da Vice-Presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas da Fiocruz (PMA/VPPCB/FIOCRUZ). É mãe e cuidadora responsável por dois filhos. Participa do grupo organizado de movimento feminista do Rio de Janeiro, 8MRJ. E-mail: isabela.saint@gmail.com
- **Janete Castro:** Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Especialista em Saúde Pública e em Desenvolvimento de Recursos Humanos, mestre em Administração pela UFRN, doutora em Educação pela UFRN. Coordenadora do Programa de Pós-graduação Gestão, Trabalho, Educação e Saúde/UFRN. Natal/RN. Brasil. Autora do livro Isabel dos Santos: a arte a paixão de aprender fazendo. E-mail: janetecastro.ufrn@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0003-1823-9012>
- **Károl Veiga Cabral:** Psicóloga; Doutora em Antropologia pela Universitat Rovira i Virgili (URV), validado nacionalmente como Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. Especialista em Teoria Psicanalítica. Experiência em gestão, atenção e participação no âmbito da saúde mental no Sistema Único de Saúde. Professora e pesquisadora em saúde mental, saúde coletiva, acompanhamento terapêutico, psicanálise, reforma psiquiátrica, experiência urbana. Pós-doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA). Militante da luta Antimanicomial pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Atualmente é professora adjunta do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará.
- **Kênia Lara da Silva:** Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (2003), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (2005) e Doutorado pela Universidade Federal de Minas Gerais (2009). Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de

Enfermagem (NUPEPE). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Coletiva e Ensino de Enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: ensino, currículo, organização de serviços com ênfase na atenção domiciliar, saúde coletiva e promoção da saúde.

- **Laís Silveira Costa:** pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ docente do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, professora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Pública e da Pós-Graduação de Saúde Coletiva – UFRJ, como também do Curso de Especialização em Direitos Humanos, acessibilidade e Inclusão – DIHS-ENSP, é mãe de duas filhas, integrante do Comitê Fiocruz pela acessibilidade e inclusão da pessoa com deficiência; é fundadora e gestora de grupo da sociedade civil militante dos direitos das pessoas com deficiência. E-mail: lais.costa@ensp.fiocruz.br.
- **Marcia Teixeira:** socióloga, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, está na Chefia do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde DAPS/ENSP/FIOCRUZ. É mãe de dois filhos, participa do grupo feminista de mulheres da Fiocruz. E-mail: txmarcia47@gmail.com.
- **Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini:** psicóloga, pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), integrante do Observatório dos Técnicos da Saúde (MS/OPAS), coordenadora do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde, desenvolve estudos sobre Trabalho em Saúde, Atenção Primária à Saúde (APS), Formação em Saúde e Precarização do Trabalho. Docente permanente do programa de mestrado em Educação Profissional em Saúde da EPSJV/FIOCRUZ, é mãe de dois filhos e militante em favor do SUS e da Saúde Pública. E-mail: marcia.morosini@fiocruz.br.
- **Márcio Mariath Belloc:** Psicólogo e psicanalista, Doutor em Antropologia (Universitat Rovira i Virgili), validado nacionalmente como Doutor em Saúde Coletiva (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Mestre em Artes Visuais (Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Experiência em gestão, atenção e participação popular em saúde no âmbito do SUS. Professor e investigador em psicanálise, saúde coletiva, antropologia médica arte e experiência urbana. Supervisor clínico-institucional do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, da Unidade de Acolhimento Adulto, do Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência e dos Agentes de Bem Estar Social junto à Secretaria Municipal de Saúde de Belém/PA. Professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, linha de pesquisa Psicanálise: Teoria e Clínica. Professor do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade da Amazônia. Professor colaborador do curso de graduação em educação social da Universitat Oberta de Catalunya. Professor convidado do Mestrado em Saúde Mental da Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Professor convidado do Doctorado en Ciencias de la Salud, do Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, da Escuela de Salud Pública, da Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Professor e pesquisador convidado do Medical Anthropology Research Center (MARC) da Universitat Rovira i Virgili, Espanha.

- **Marina Peduzzi:** Graduada em Enfermagem (Universidade de São Paulo, 1978), mestre em Enfermagem Psiquiátrica (Universidade de São Paulo, 1987), doutora em Saúde Coletiva (Universidade Estadual de Campinas, 1999) e pós-doutora em Prática e Educação Interprofissional (Kings College London, London University, 2010-2011). Professora Associada Sênior do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, orientadora do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem e Coordenadora da Estação de Trabalho da Escola de Enfermagem da USP da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde, Brasil.
- **Nísia Trindade Lima:** Presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Brasil. E-mail: nisia.lima@fiocruz.br
- **Ricardo Burg Ceccim:** Professor Titular de Educação em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: burgceccim@gmail.com.
- **Rita de Cássia Marques:** Possui graduação em História pela Universidade Federal de Minas Gerais (1986), mestrado em História pela Universidade Federal de Minas Gerais (1995) e doutorado em História pela Universidade Federal Fluminense (2003). Professora Titular da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em História da UFMG. Coordenadora do Centro de Memória da Escola de Enfermagem (CEMENFUFMG), coordenou a Rede de Museus da UFMG (2013-2017), integra o Conselho Deliberativo da Sociedade Brasileira de História da Ciência (2016-2020). Coordenadora do SCIENTIA-Grupo de Teoria e História da Ciência (CNPQ) e do Grupo de Trabalho História da Saúde e das Doenças (ANPUH).
- **Roberta Gondim de Oliveira:** psicóloga, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, docente do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, professora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Pública, é mãe de uma filha. Dedicar-se ao tema das desigualdades e populações vulnerabilizadas, com foco no racismo em saúde. É uma das idealizadoras e participante da Coletiva de estudos, pesquisas e vivências de mulheres negras “Nossos Passos Vem de Longe”. E-mail: robertagomdim@ensp.fiocruz.br.
- **Roseane Maria Corrêa:** enfermeira, mestranda na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP/FIOCRUZ, participa do Coletivo Negro Fiocruz. Uma das idealizadoras e participante da Coletiva de estudos, pesquisas e vivências de mulheres negras “Nossos Passos Vem de Longe”. Coordenadora de Articulação Política da Associação de Pós-Graduandos (APG) da Fiocruz. E-mail: rosesalva@gmail.com.

LIVRO AZUL

PROTEGER. INVESTIR. JUNTOS.

O "Livro Azul" é composto por um conjunto de livros sobre temáticas relevantes para a agenda brasileira do Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência, produzidos pela OPAS Brasil e em parceria com as entidades que assinam a campanha.

"Mulheres e saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde", primeiro tomo do Livro Azul, apresenta um capítulo sobre a feminilização do trabalho em saúde e sete outros compostos por homenagens a mulheres que tiveram aporte relevante para a agenda brasileira do trabalho e da educação em saúde, com destaque às suas importantes contribuições.

ISBN 978-85-54329-42-6



9 788554 329426 >



OPAS