



Saúde e
Saúde e Direitos Humanos

Ano 5, n.º 5, 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ



Brasília - DF
2009

©2004 Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz.

A responsabilidade pelo conteúdo dos textos assinados é do autor ou autores e os direitos autorais cedidos ao Núcleo de Estudo em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (NEDH) – Fundação Oswaldo Cruz – Ministério da Saúde. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo destas e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

SAÚDE E DIREITOS HUMANOS

Ano 5, número 5, 2008

Publicação periódica anual editada pelo Núcleo de Estudo em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (NEDH) – Fundação Oswaldo Cruz – Ministério da Saúde, destinada aos profissionais e estudantes de graduação/pós-graduação que atuam e/ou têm interesse na temática de Direitos Humanos e Saúde no Brasil, em Portugal, na América Latina e na África de língua portuguesa.

Tiragem: 1.000 exemplares

Trabalho elaborado em 2008 e impresso em 2009.

Coordenação, distribuição e informações:

Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (NEDH)

Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz/Ministério da Saúde

Av. Leopoldo Bulhões 1480, Térreo

CEP: 21041-210, Rio de Janeiro – RJ

E-mail: nedh@ensp.fiocruz.br

Home Page: <http://www.fiocruz.br>

Editora responsável:

Prof. Dr. Nair Teles

Coeditora:

Prof. Wanda Espirito Santo

Conselho Editorial: Alberto Lopes Najjar, Antenor Amâncio Filho, Antônio Ivo de Carvalho, Lícia Valladares, Madine Vanderplaat, Marcos Besserman Vianna, Maria Josefina Sant'Anna, Patrícia Audi, Paulo Duarte de Carvalho Amarante, Sérgio Tavares de Almeida Rego.

Chefe da coordenação de Comunicação Institucional:

Ana Cristina da Matta Furniel.

Capa, projeto gráfico e editoração eletrônica:

Tatiana Lassance Proença

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe Editorial:

Normalização: Solange Jacinto

Revisão: Fabiana Rodrigues e Khamila Silva

Diagramação: Renato Barbosa

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Saúde e direitos humanos / Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman. – Ano 5, n.5 (2008)- . – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Anual

ISSN 1808-1592

1. Saúde pública 2. Direitos humanos I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman. III. Título.

CDU 614

Catalogação na Fonte – Coordenação – Geral de documentação e informação – Editora MS – OS 2009/0402

SUMÁRIO

Editorial	5
A Nova era das Migrações Moçambicanas Em Joanesburgo <i>Dominique Vidal</i>	7
Le Nouvel age des Migrations Mozambicaines A Johannesburg <i>Dominique Vidal</i>	25
Segurança Alimentar e Direito à Alimentação: Ideologia, Política e Justiça Social <i>Catherine Bélair.....</i>	45
Sécurité Alimentaire et Droit à L'alimentation: Idéologie, Politique et Justice Sociale <i>Catherine Bélair.....</i>	55
Saúde: Um Direito Fundado na Fraternidade <i>Sandra Regina Martini Vial.....</i>	65
Aids em Manguinhos: Limites e Possibilidades de uma Experiência Local <i>Celina Santos Boga Marques Porto; Edith Mesquita; Eliane Cardoso; Eliane Chaves Vianna e Idenlva Silva de Lima</i>	87
Direitos Humanos pra Quem? <i>Ivanir dos Santos e Lélia Gonzalez</i>	101
O Direito à Saúde de Adolescentes Cumprindo Medidas Socioeducativas de Privação de Liberdade <i>Fernando Manuel Bessa Fernandes; Marcelo Rasga Moreira e Mônica de Rezende.....</i>	111
A Participação Leiga nos Rumos da Ciência: De Embriões à Maternidade Assistida <i>Claudia Fonseca</i>	127

**Corpo, Prazer, Constrangimento:
Linguagens Cotidianas**

Vanda Silva..... 143

Controle Social e Democracia

Antenor Amâncio Filho;

José Luiz Telles e

Ana Paula Abreu Borges..... 161

Controle Social no SUS: Aspectos Constitucionais e Legais dos Conselhos de Saúde

Flávia Silva de Oliveira..... 169

Instruções aos Colaboradores..... 189

Assinaturas..... 195

EDITORIAL

O quadro de pobreza e de desigualdade social que marca o Brasil de hoje constitui obstáculo à efetivação do direito universal à saúde, direito que é parte integrante dos direitos humanos fundamentais; direito de todos e dever do Estado. Sabe-se que a pobreza brasileira origina-se da conjunção da escassez, absoluta ou relativa, de recursos, e do enorme grau de desigualdade na distribuição de renda estável. O resultado é um País desigual com uma herança histórica de injustiça social que exclui os pobres, negando-lhes as condições básicas de dignidade e de cidadania, sem as quais o *direito à saúde* não se efetiva. Políticas públicas de crescimento social e, particularmente, políticas redistributivas de enfrentamento da desigualdade social são necessárias para a reversão dessa realidade.

Não se trata, entretanto, de pensar o direito à saúde, em especial, sua concretização, como um quesito apenas econômico. Fatores políticos, sociais, culturais se somam e amplificam a questão da saúde como direito, tornando-a um desafio. A formação de grupos de ajuda e solidariedade no tratamento de doenças como a Aids; as práticas de cooperação no enfrentamento local de problemas; a construção da gestão participativa, na qual a cidadania exerce um papel ativo; a sensibilização dos profissionais de saúde para o problema; a territorialização dos problemas e das políticas na área da saúde na produção de respostas às novas realidades são exemplos de alguns dos caminhos já viabilizados para a concretização do ideal da saúde como bem público.

Mesmo sem esquecer, os inegáveis avanços conquistados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sabe-se que ainda é baixo o nível de resolutividade, de qualidade e de distribuição equitativa dos serviços prestados à população. O encaminhamento de soluções para estes problemas constitui uma provocação à concretização da *Saúde como Direito*.

Esses problemas, impasses e avanços, em todas suas múltiplas interfaces, devem pontuar o debate sobre os direitos humanos e as iniquidades em saúde.

É esta a contribuição da Revista Saúde e Direitos Humanos em seu quinto número, ao apresentar uma ampla reflexão sobre o Direito à Saúde e temáticas afins, por meio de artigos, que em seu conjunto, expõem a complexidade própria à temática, revelam as inúmeras estratégias de enfrentamento em face da precariedade do direito à saúde, trazem ex-



periências empíricas que expressam os seus desafios, empecilhos e progressos que marcam hoje a questão do direito à saúde para todos, ideário que se baseia no cumprimento dos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade em saúde.

Maria Josefina Gabriel Sant'Anna.
Doutora em Arquitetura e Urbanismo / FAUUSP
Professora-Adjunta (Procientista) do Departamento de Ciências Sociais e do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais / PPCIS da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

A NOVA ERA DAS MIGRAÇÕES MOÇAMBICANAS EM JOANESBURGO

Dominique Vidal¹

¹ Sociólogo, Université Paris Diderot / URMIS.

E-mail: dominique.vidal@univ-paris-diderot.fr.

Resumo: Os migrantes moçambicanos constituem o mais antigo e importante grupo de migrantes na região de Joanesburgo¹. As formas da sua presença mudaram consideravelmente desde a época em que trabalhavam essencialmente nas minas da região. Com efeito, durante as duas últimas décadas, o movimento migratório sofreu grandes alterações devido a vários fatores: a independência de Moçambique em 1975; a Guerra Civil moçambicana (1977-1992) e o fluxo de refugiados que dela resultou, assim como a chegada massiva de migrantes estrangeiros e o agravamento da xenofobia contra eles, consequências do fim do *apartheid*. Com base nos dados quantitativos do *African Cities Project 2006*² e dum inquérito de terreno realizado durante sete meses em Joanesburgo e em Maputo, entre 2005 e 2007, este artigo propõe-se a realçar as características das atuais migrações moçambicanas na metrópole sul-africana³. Em primeiro lugar, mostrará a historicidade do imaginário migratório partilhado pelos migrantes de Moçambique. Em seguida, abordará os processos da adaptação na cidade pós-*apartheid* e sobre a procura de invisibilidade que os caracteriza. Finalmente, insistirá em provar como a experiência da xenofobia os leva a traçar uma fronteira étnica para se diferenciarem dos outros africanos.

Palavras-Chave: Migrantes Moçambicanos. Imaginário Migratório. África do Sul.

¹ Joanesburgo é capital da África do Sul.

² O *African Cities Project* é o resultado duma parceria entre o Instituto Francês da África do Sul, o Forced Migration Studies Programme da Universidade do Witwatersrand e a Tufts University (Boston). O projecto consiste num estudo longitudinal e comparativo dos refugiados, dos que pedem asilo, dos migrantes e não nacionais nos bairros centrais (*inner cities*) de Joanesburgo, Lubumbashi (República Democrática do Congo), Maputo (Moçambique) e Nairobi (Quênia). Sobre este inquérito, bem como a sua implementação em Joanesburgo, veja-se o texto de Darshan Vigneswaran, "Lost in space: residential sampling and Johannesburg's forced migrants", disponível no sítio do Forced Migration Studies Programme da Universidade do Witwatersrand (<http://migration.org.za>).

³ Maputo é capital de Moçambique.

1 A transformação das formas de mobilidade

As migrações de homens do Sul de Moçambique à África do Sul começaram nos finais do Século XIX e, até aos meados de 1980, tinham as minas como seu principal destino. Esta parte pretende recordar o panorama que, de forma muito ampla, os estruturou durante quase um século e apresentar as mudanças das formas de mobilidade que se seguiram.

1.1 A mais antiga das migrações de trabalho

Trabalhadores vêm de Moçambique à região de Joanesburgo desde a descoberta, em 1886, de trabalhos lucrativos nas minas de ouro no lugar que veio a chamar-se *city of gold* (KATZENELLENBOGEN, 1982; HARRIES, 1994). A sua mobilidade entre os dois territórios decorre no quadro do que, na África Austral, chamou-se “Sistema do Trabalho Migratório” (*migrant labour system*). Este sistema, que se implementa de forma progressiva após a abertura das primeiras minas de ouro e se estende, em seguida, a todo o sector mineiro e à uma parte da agricultura, organiza a migração temporária de trabalhadores africanos das zonas rurais da África do Sul e dos Países vizinhos por períodos de doze a dezoito meses. (CRUSH; JEEVES; YUDELMAN, 1991; MALOKA, 1997). Neste sistema, os migrantes recebem uma parte das suas remunerações no terreno e só apanham o resto depois de terem regressado ao País, onde se reinstalam na esperança de serem chamados para um novo contrato de trabalho. Esta rotação permanente tem dois objectivos. Pretende, dum lado, interditar a formação duma classe operária, intenção reforçada pela incitação à concorrência entre os vários grupos étnicos nas minas. Doutro, visa proibir a urbanização dos africanos, tidos como irredutivelmente rurais e cuja presença nas zonas industriais não serve senão como resposta às necessidades de mão de obra para os brancos. Instituída no período duma prosperidade industrial, o *apartheid* desenvolve o sistema do trabalho migratório servindo-se dos africanos das regiões limítrofes da África do Sul, como forma de limitar a migração dos sul-africanos das zonas rurais às cidades (POSEL, 1991).

Todavia, é em Moçambique onde o sistema do trabalho migratório busca mais homens. Vários acordos entre Portugal e a República do Transvaal, primeiro, e depois com a Soberania Britânica na União Sul-Africana depois de 1910, conduzem a organização duma migração de trabalho entre o sul de Moçambique e a região de Witwatersrand. Em apenas poucos anos, a fisionomia de Lourenço Marques (Maputo, depois da independência) transforma-se. De um modesto porto até 1887, Maputo torna-se a mais rica das cidades coloniais e, em 1898, atinge o estatuto

de Capital, em substituição à Ilha de Moçambique no extremo norte do País. No início do século XX, a Câmara das Minas cria a Wenela (*Witwatersrand Native Labour Association*) que obtém dos portugueses o direito de estabelecer escritórios de recrutamento ao sul do rio Save, que atravessa o território moçambicano ao longo da paralelo 22°. Os homens recrutados vêm trabalhar nas minas ao abrigo do sistema de contratos de doze a dezoito meses, após os quais regressam às suas vilas de origem. Os salários eram pagos de forma diferida, uma vez transposta a fronteira, principal garantia de seu regresso a Moçambique. Em compensação à sua cooperação no âmbito deste fluxo, Portugal vê garantido pela África do Sul um importante trânsito pelo Porto de Lourenço Marques, para além da aquisição de ouro a um preço inferior ao praticado no mercado internacional. Após a independência, os rendimentos dos mineiros constituem a principal fonte da economia moçambicana, a despeito da sua diminuição em termos numéricos e do encerramento da compra do ouro sul-africano (CAHEN, 1987).

O sistema do trabalho migratório modifica profundamente as formas de organização social no sul de Moçambique. Ele constitui, em primeiro lugar, um forte imaginário migratório nestas regiões onde, entre 1902 e 1977, conta com 25% e 30% dos homens com idades para ir às minas (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1998). A ausência destes e o dinheiro que trazem da África do Sul, provocam, em segundo lugar, um fraco desenvolvimento da agricultura, limitada a autossuficiência familiar. São poucos os casos de famílias, ao sul do Save, que não se tenham beneficiado dos rendimentos dos mineiros⁴. Em terceiro lugar, o estatuto social que os mineiros adquirem enfraquece a autoridade tradicional dos chefes e dos idosos visto que, tanto a capacidade de aquisição de gado como os bens trazidos da África do Sul, asseguram um grande prestígio até à base nas zonas rurais (HARRIES, 1994).

Todavia, as migrações de Moçambique à África do Sul mudaram ao longo dos dois últimos decénios devido ao fim da Guerra Civil no primeiro País e a derrocada do *apartheid* no segundo. Desde então, a República Sul-Africana testemunhou uma entrada massiva de migrantes de outros Países do continente, atraídos por sua economia e pela promessa suscitada pela eleição de Nelson Mandela (CRUSH, 1998; CRUSH; MCDONALD, 2002). Hoje em dia, os africanos têm acesso legal às zonas antigamente reservadas para minoria branca na África do Sul. O centro e os bairros adjacentes de Joanesburgo, outrora povoados apenas por

⁴ Com uma taxa de masculinidade inferior a 80 homens para 100 mulheres, e mais acentuada na faixa etária dos 15 a 55 anos, esta região de Moçambique possui actualmente uma característica demográfica que a distingue claramente do resto da população. Ver CAHEN, Michel; WANIEZ, Philippe; BRUSTLEIN, Violette. Pour un atlas social et culturel du Mozambique. *Lusotopie*, n. 1, 2002, p. 365-362.

brancos, abrigam doravante uma população quase exclusivamente africana, constituída por migrantes rurais sul-africanos e estrangeiros africanos (MORRIS, 1999; TOMLINSON, 2003).

A xenofobia dos sul-africanos, porém, desiludiu cruelmente as expectativas dos imigrantes internacionais, acusados de desestabilizar o mercado de emprego ao aceitarem salários baixos, de propagar o Sida e de agravar o índice de criminalidade. Devido, simultaneamente, a estes preconceitos e ao dinheiro que se veem obrigados a guardar em casa por causa das dificuldades inerentes à abertura de contas bancárias, eles são vítimas de agressões sistemáticas e vivem em vigilância permanente num ambiente definitivamente hostil. Além disso, a política migratória restritiva dos governos da África do Sul pós-*apartheid* incentivou o repatriamento (até à fronteira) de um considerável número de imigrantes (WA KABWE-SEGATTI, 2003). Sendo a maioria no País, visto representarem 1.150.000 do 1.500.000 estrangeiros expulsos da África do Sul na década que se seguiu à subida de Mandela ao poder em 1994, os moçambicanos foram os mais afetados por esta medida.

1.2 A diversidade do movimento migratório

Exceto cerca de sessenta mil, os migrantes moçambicanos na África do Sul já não são mineiros, mas sim trabalhadores do sector informal nas cidades. Eles constituem, por conseguinte, uma população muito distinta em Joanesburgo, embora subsista neles um imaginário migratório com origens no trabalho migratório.

1.2.1 Um passado presente e estruturante

O projecto migratório destes migrantes tem uma implantação antiga. A ideia de que ir trabalhar na África do Sul é uma etapa necessária para o estatuto de adulto aparece com frequência nas pesquisas sobre as migrações moçambicanas. O célebre inquérito da equipa de Ruth First sobre os mineiros das zonas rurais de Inhambane reporta, passados trinta anos, um uso habitual de expressões equivalentes à máxima “só um homem que foi às minas é um homem adulto” ou “o menino tem que comer muito para poder trabalhar na África do Sul” (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1998, p. 112). Numa etnografia recente dum grupo de jovens moçambicanos em Joanesburgo, Morten Madsen descreve, por seu turno, a migração clandestina como um rito de passagem, no sentido mais próximo ao que Arnold Van Gennep dá ao termo, emprestando-lhe a ideia de “passagem territorial”, pouco conhecida (MADSEN, 2004). O autor sustenta que a ida à África do Sul representa, para eles, uma fase preliminar após o que poderão sonhar com uma nova posição em Moçambique. Madsen, porém, faz questão de sublinhar que,

ao contrário dos ritos de passagem descritos por Van Gennep e Turner, este período preliminar não tem, neste caso, um término pré-estabelecido e pode não ser atingido nunca, a tal ponto que a ideia de preliminarismo é, talvez, melhor expressa - observa - por "passagem prolongada" (*protracted transience*). Com efeito, tal como os seus predecessores, estes jovens desejam uma estadia na África do Sul como um momento destinado à acumulação do suficiente para aceder à propriedade duma casa e se colocarem numa posição social favorável para o contrato matrimonial. Ir à Joanesburgo ainda representa uma prova de masculinidade, expressa principalmente pelo uso de palavras como "aventura" ou "aventureiro" em referência ao sofrimento inerente a esta migração e à figura de quem a ela se lança.

Doravante, muitos destes migrantes, depois de terem sido assaltados e reconduzidos à fronteira, regressam de Joanesburgo sem dinheiro. E os que voltam com alguns recursos, não os têm suficientes para comprar um terreno, uma casa, mesmo de caniço, e montar um negócio que sustente as suas famílias. Por isso, é necessário ir além duma análise em termos de ritos de passagem para compreender as migrações moçambicanas de Maputo pós-socialista à Joanesburgo pós-*apartheid*. Porque, como mostraram vários estudos, a migração pode se estender por várias décadas e, em certos casos, tornar-se uma condição social permanente (SAYAD, 2004; DAUM, 1997).

1.2.2 Os riscos da migração

Com a excepção dos que ainda trabalham na indústria mineira, o percurso migratório dos moçambicanos já não tem um carácter regulamentado, tal como nos tempos em que os seus pais trabalhavam nas minas a troco duma remuneração pré-definida e por um período sabido por todos. Doravante, a ida à África do Sul situa-se debaixo duma grande incerteza e a sua trajetória sujeita-se a muito dos riscos contra os quais eles pouco podem fazer. Alguns, muito poucos dentre as massas, chegam a poupar o suficiente para, uma vez regressados a Maputo, acederem à propriedade e começarem um negócio, muitas vezes uma mercearia numa zona popular. Concretizam, assim, o objectivo fixado na sua partida e, num discurso de satisfação, mostram-se valentes em relação às adversidades ultrapassadas em Joanesburgo, ao preço dum trabalho encarniçado, de economias feitas moeda à moeda e da renúncia aos prazeres do álcool e das vendedeiras de sexo, nas quais muitos dos seus compatriotas teriam devorado os seus ganhos. A maioria, portanto, só consegue esta fortuna após uma vida de devassidão. Alguns, ganhando muito pouco na África do Sul para pensar numa reinstalação definitiva, oscilam entre Joanesburgo e Maputo. Outros renunciam a vida de migrantes após terem perdido um emprego,

sofrido um acidente, uma agressão ou expulsos até à fronteira. Sem dinheiro e envergonhados, retornam a Moçambique e veem-se forçados a viver debaixo do tecto e da autoridade dos seus pais ou, caso contrário, estabelecerem-se na grande pobreza, em cabanas de caniço na periferia de Maputo, sem senão uns empregos ocasionais e a ajuda alimentar das igrejas ou de vizinhos como meios de subsistência. Umas noções de inglês, um domínio de zulo bem como o conhecimento dos mercados de Joanesburgo e do funcionamento da fronteira, permitem, no entanto, a alguns destes ex-migrantes ganhar qualquer coisa fazendo o comércio transfronteiriço entre a África do Sul e Moçambique, cujo abastecimento é irregular. Os poucos benefícios assim conseguidos não os sustentam mais do que o são os que têm empregos pouco qualificados, mas permitem-lhes uma definição positiva como “fazendo negócios” e de se escaparem à pesada dominação dum empregador. Outros ainda vivem de qualquer maneira em Joanesburgo e nunca regressam a Moçambique onde, tendo rompido as relações com suas famílias, já não têm onde cair. Esta situação, aliás, não afecta somente aos homens individualmente, mas também às famílias desprovidas de recursos financeiros ou relacionais que tornariam viável o seu retorno a Maputo.

2 Desaparecer na Cidade

De acordo com o African Cities Project, mais de 80% de migrantes moçambicanos de Joanesburgo tiveram uma experiência urbana em Moçambique. Todavia, em Joanesburgo devem adaptar-se a outro tipo de cidade. Surge assim o problema de adaptação ao mundo urbano, um tema clássico da Antropologia Social na África do Sul (PHILIPS, 1939; HELLMANN, 1948; MAYER, 1961; BOZZOLI; NKOTSOE, 1991). Este problema, porém, não foi de facto levantado em relação aos migrantes internacionais nas cidades sul-africanas, onde, tal como sublinhou Catherine Coquery-Vidrovitch (2006), a pesquisa urbana após o *apartheid* preocupou-se principalmente da civilidade dos africanos e das formas de existência da cidade africana. Ora, esta interrogação tem relevância a ser feita em relação aos migrantes moçambicanos em Joanesburgo, dado que a sua adaptação nesta cidade revela dimensões particulares destas migrações.

2.1 A procura de invisibilidade

O processo de adaptação dos migrantes moçambicanos em Joanesburgo não parte duma organização comunitária e da afirmação duma identidade cultural, mas sim duma procura de invisibilidade na cidade. Ao contrário dos outros migrantes africanos e sul-africanos rurais, os moçambicanos não se organizam com base na partilha duma identidade étnica, regional ou nacional.

Esta fraca visibilidade dos moçambicanos em Joanesburgo mantém-se muito porque eles não constituem um nicho ou um enclave étnico na cidade, no sentido das noções da sociologia das migrações, independentemente dos debates em torno das suas definições e usos (WILSON; PORTES, 1980; WALDINGER, 1993). Apesar de constituírem a mais antiga e importante migração de trabalho, eles não dominam nenhum sector da economia e nem se concentram num lugar específico na cidade, como é o caso dos nigerianos, dos congolese, dos somalianos, dos etíopes e dos africanos ocidentais⁵. Muitos moçambicanos trabalham como cabeleireiros, vendedores de rua e serventes de pedreiros nas construções, mas não dispõem duma rede, rigorosamente falando, que lhes permita uma posição de peso no acesso a essas actividades que, embora ingratas e mal remuneradas, são sobretudo exercidas por aqueles que têm poucas qualificações e sem relações sólidas que lhes garantam um emprego noutros sectores. De igual modo, a existência de uma dezena de lojas comerciais pertencentes a moçambicanos à volta do imóvel que os abriga, Jeppe Street, de casas do Departamento do Trabalho Migratório do Ministério de Trabalho de Moçambique em Joanesburgo não permite que se fale dum “bairro moçambicano”, como por muitos é referido. Eles representam apenas uma parte fraca da actividade económica local, e nada indica que os moçambicanos são a maioria nesses locais ou, ainda, que são uma representação significativa em relação as outras zonas. Dum modo geral, não há nos moçambicanos de Joanesburgo nada que se compare com a presença dos nigerianos em Hillbrow, com a aglutinação dos somalianos nas proximidades da mesquita de Bertrams ou com os locais de reuniões dos congolese em Yeoville. A *township* de Alexandra a que, nos finais dos anos 90, a imprensa havia dado o nome de “*Little Maputo*” ainda tem muitas cabanas de chapas metálicas habitadas por moçambicanos, mas estes constituem apenas uma minoria entre os sul-africanos recém-chegados do campo para esta zona imunda, de desterro dos pobres entre os pobres.

2.2 Laços sociais frágeis

Outra razão da fraca visibilidade dos migrantes moçambicanos em Joanesburgo é a fragilidade das suas relações entre si, embora o seu ponto de chegada seja geralmente a casa de parentes ou de conhecidos

⁵ Refiro-me às formas legais de actividade, e, devido à falta de dados sobre a matéria, não à economia criminal na qual, segundo a imprensa e os sul-africanos, os moçambicanos ocupam um lugar de destaque. Aliás, que eu saiba, não existe nenhuma fonte fiável sobre este assunto — exceto o número de encarcerados que não indica uma liderança dos moçambicanos em relação aos migrantes doutros Países africanos — e, na verdade, parece que a sua reputação deve-se, antes de mais..., ao ambiente xenófobo que impute aos imigrantes a responsabilidade pela criminalidade. Ver em particular Crush et Vincent Williams (2003).

que lá tenham ido primeiro. Vivendo permanentemente numa brecha, a maioria destes não suporta por muito tempo as despesas provocadas pela chegada de terceiros, falidos. A precariedade das suas condições de vida, contudo, não daria explicações suficientes sobre este assunto. A falta de confiança entre os migrantes moçambicanos fá-los optarem por um desaparecimento dentro da cidade, ao invés de se manifestarem colectivamente. Os moçambicanos de Joanesburgo, portanto, não vivem em lutas constantes, opondo-se uns aos outros – as suas principais relações e, sobretudo, às que eles dão maior importância são entre si –, mas cada um satisfaz-se dentro do princípio implícito de cada um por si, e nada mais. Enquanto que para os congolezes e para os outros migrantes da África Ocidental, por exemplo, a quotização para pagamentos de obséquios ou repatriamento de restos mortais dum compatriota é habitual, em relação aos moçambicanos isso nunca me foi reportado. Raros, também, foram os relatos de casos em que um moçambicano indocumentado tenha sido liberado, depois de os outros moçambicanos terem feito uma colecta para subornar os polícias que o haviam capturado, o que é frequente entre muitos outros grupos de migrantes africanos⁶. Os dados do African Cities Project corroboraram com a minha ideia sobre a grande falta de confiança nas relações sociais dos moçambicanos. Em resposta à uma série de perguntas sobre se se pode dar confiança aos membros dum outro grupo étnico, aos estrangeiros que vivem na África do Sul e aos provenientes do mesmo País, eles respondem pela negativa, em proporções acima das dos congolezes, dos somalianos e dos sul-africanos. Assim, 76,1 % dos moçambicanos acham que não se pode confiar nos estrangeiros, contra 63,1 % dos sul-africanos – para quem mencionou-se a xenofobia – que dão a mesma resposta. Apenas 10% dos moçambicanos dizem “Sim” à pergunta “pode-se, em geral, acreditar nas pessoas do mesmo País na África do Sul?”, contra 52,2%, 51,4 % e 78,7 % dos congolezes, dos somalianos e dos sul-africanos, respectivamente.

Esta falta de confiança não se cinge, portanto, apenas à situação migratória. A precariedade da maioria destes migrantes e a facilidade com que podem regressar a Moçambique não favorecem, com certeza, a constituição dum grupo étnico local estruturado em torno duma identidade nacional partilhada. Ela resulta também da fraqueza – para não dizer ausência – de práticas de auto-organização em Moçambique, onde as associações locais foram desde sempre criadas, na sua essência, por atores políticos

⁶ Entre os moçambicanos de Joanesburgo, pelo contrário, não há vergonha de se identificar como clandestino diante dos seus compatriotas, como foi o caso notado entre os migrantes africanos na França. Ver Timera (1997).

2.3 Construir pontos de apoio num universo hostil

As respostas dadas pelos migrantes moçambicanos a esta adversidade não passam, quer em Joanesburgo, quer em Maputo, pela ação colectiva, mas sim pela procura de soluções individuais e de compreensão ao nível microlocal. Por mais paradoxal que isso possa parecer, atingir este objectivo supõe, ao mesmo tempo, tornar-se invisível em certas situações e fazer-se conhecer favoravelmente noutros contextos.

2.3.1 O *yard* como lugar duma política de boa vizinhança

Nas *townships*, os habitantes passam a maior parte de seu tempo livre nos *yards*, um espaço arranjado no pátio das traseiras ou defronte à uma habitação cujo proprietário aluga umas barracas de zinco edificadas dentro da sua parcela. Os migrantes moçambicanos, tal como o resto dos locatários, vivem nos seus quartos, fazem um pouco de limpeza e conversam com os vizinhos. Deste modo, instaura-se pouco a pouco uma sociabilidade local feita de partilha de cerveja e de cardápios. Durante o dia, ou em período de estadia em Moçambique, o proprietário do lugar vela tanto quanto pode para que as barracas não sejam assaltadas. E embora não aconteça sempre, estes migrantes concordam sobre o factor de segurança que significa o ato de residir na parcela dum sul-africano residente há muito tempo numa *township*. Depois do *apartheid*, o enfraquecimento das *civics* – organizações que agrupavam politicamente as populações das *townships* e se dedicavam à repressão da delinquência – contribuiu, com efeito, para o aumento da criminalidade e criou, mais do que nunca, uma forte dependência dos locatários em relação aos proprietários, que se dedicam à manutenção duma certa ordem coletiva nas casas (BANK, 2005).

Uma vez imersos nas relações que se fazem a partir do *yard* e se prolongam aos espaços públicos próximos, dos quais destacam-se primeiro a mercearia e a taberna, os moçambicanos dizem não enfrentar mais dificuldades, tal como os sul-africanos que residem nas *townships*. Acontece, é claro, que uma vez e outra um bêbado os trate com desprezo, mas raramente o incidente vai além dos locais onde eles são conhecidos. Para se beneficiar duma proteção local é preciso, por vezes, tal como muitos habitantes das *townships* em Joanesburgo, sujeitar-se aos caprichos dos vadios que frequentam os locais dando-lhes um valor monetário, pagando-lhes uma cerveja ou deixando-os comer nas suas tascas. É, explicam-se, o preço a pagar e, mais desagradável torna-se quando o dinheiro é calculado, a ordem das coisas com que se deve conviver.

2.3.2 A rua como local de trabalho

Os moçambicanos trabalham, numerosos, nas ruas do centro histórico de Joanesburgo. À custa duma dezena de horas por dia no mesmo lugar, seis a sete dias por semana, num frio no inverno e debaixo dum sol abrasador quando chegam os dias de verão, e num barulho e poluição ao longo do ano, estes *hawkers* acabam tecendo relações de cooperação. Neles nada é bem sólido. Exceção feita às cervejas por vezes partilhadas depois do trabalho, a maioria não se vê mais uma vez terminada a jornada. Existe, porém, uma mínima confiança entre eles que lhes permite estabelecer a sua posição. Quando um deles se ausenta, sabe que o seu vizinho cuidará, de vez em quando, da sua banca e venderá parte dos seus produtos caso apareça um cliente. Em aflição, os *hawkers* ajudam-se nos trocos e, embora raramente, dão um pouco ao vizinho para reconstituir o seu *stock* (estoque) nos casos em que deve recomeçar o seu negócio do zero depois de ter sido roubado ou apanhado pela temida polícia sul-africana. Ajudam-se, ainda, em casos em que devem fazer face às tentativas de roubo, às quais dificilmente podem resistir aqueles que se isolam.

A estabilidade da sua posição nestes locais de trabalho exposto que é a rua supõe que, tal como nas suas residências, eles estabeleçam algumas relações com os vizinhos de passeio. Satisfatório é constatar que eles conseguem estabelecer relações de cooperação mínimas que fazem com que, uma vez conquistada a confiança, permaneçam num lugar e não sejam mais acusados de serem estrangeiros pelos sul-africanos com que trabalham, cujas conversas xenófobas aparecem sempre à boca quando falam dos moçambicanos.

3 A experiência da xenofobia e a formação duma fronteira étnica

Embora façam o melhor de si para serem imperceptíveis, os migrantes de Moçambique raramente conseguem esconder a sua origem e, por isso, são frequentemente vítimas de comportamentos xenófobos. A experiência da xenofobia leva-os progressivamente a se definirem como “moçambicanos” e disso resulta a formação duma fronteira étnica.

3.1 Uma nova definição política de pertença

Tornar-se-ia difícil compreender a xenofobia de que são vítimas os moçambicanos em Joanesburgo sem recordar o que outrora foi o *apartheid*, enquanto “processo de desnacionalização da população africana”, nos termos de Aurelia Wa Kabwe-Segatti (2003). De facto, seu objectivo proclamado era de fazer com que os brancos se tornassem a maioria na

África do Sul, de tal forma que, por fim, nenhum africano se aproveite da cidadania sul-africana para reclamar a assistência do Estado. A instauração dum regime democrático na África do Sul, depois de 1994, muda radicalmente os critérios de atribuição da cidadania e o traçado da fronteira que separa o nacional do estrangeiro. Se, durante o *apartheid*, só os brancos possuíam uma cidadania plena, doravante todos os sul-africanos têm os mesmos direitos numa democracia que se proclama não racalista. A “raça” já não apenas estrutura o que separa o cidadão do não cidadão, como também não define todos africanos como estrangeiros. Em compensação, a concepção do nacional que nasce com a democracia delimita uma fronteira entre os africanos de nacionalidade sul-africana e os de outros Países do continente, e a nova forma de pertença disso resultante influi sobre a xenofobia da grande parte dos primeiros em relação aos segundos.

A xenofobia dos negros sul-africanos constitui uma dimensão de vida em Joanesburgo que confunde ainda mais este tipo de comportamento, muito comum na África do Sul e menos frequente em Moçambique. De facto, em Maputo, as relações com os africanos de outros Países (em particular com os de Burundi, da Tanzânia e da República Democrática do Congo) raramente provocam tensões pessoais. Esta xenofobia – ou melhor, este “racismo”, nos termos usados a propósito da atitude dos negros sul-africanos – inscreve-se num universo dominado por uma racialização das relações sociais. Se, numa cidade como Maputo, a fluidez caracteriza as relações interétnicas, na África do Sul é impossível escapar a uma marca de identidade racial e das suas consequências.

Os migrantes moçambicanos suportam um universo racializado tanto quanto contribuem para a sua perpetuação. Apesar de afirmarem que “em Maputo não existe esta coisa de raça” ou que “em Maputo, a raça de uma pessoa não é importante”, em Joanesburgo eles procedem do mesmo modo que o resto dos habitantes da cidade. Pouco a pouco vão compreendendo este novo ambiente com base em novas definições sociais que a sociedade sul-africana fornece (THOMAS, 1984). Os depoimentos sobre este assunto caracterizam-se por uma grande similaridade. Os migrantes moçambicanos dizem que os “brancos” e os “indianos” da África do Sul não são iguais aos que vivem em Maputo, e, portanto, convém desconfiar deles simplesmente porque “não gostam dos africanos”. Muitos destes brancos afirmam, no entanto, “que os africanos daqui são diferentes; eles são racistas com os outros africanos”. Em relação particularmente aos zulus, categorização extremamente heterogénea que, para eles, pode designar tanto os migrantes rurais acabados de chegar da Zululândia quanto qualquer africano

de Joanesburgo falante de zulo, estes mostram muitas reservas.

Os moçambicanos falam do “racismo” dos negros sul-africanos para denunciar condutas que, na verdade, são de xenofobia, e a palavra “raça” é, para eles, sinônimo do que muitas vezes entende-se por pertença étnica. Não seria errado não ver, no uso destes termos, senão um sinal de falta de vocabulário ou uma ausência de diferença entre o comportamento comum dos brancos em relação aos africanos e a hostilidade que os negros sul-africanos testemunham a seu respeito. Estes migrantes distinguem claramente estas duas formas de dominação e discriminação. A primeira não lhes surpreende, e, antes mesmo de chegar à África do Sul, pouco esperam da possibilidade de manter com um branco outra coisa senão, no melhor dos casos, uma posição de subalternos. E, daí, se vivem mal na segunda, não será por ser a mais declarada ou a que mais os surpreende vistos serem oriundos de outros Países. Falar de racismo num lugar onde, de facto, se trata de xenofobia, revela não somente um confucionismo semântico, mas, geralmente, uma prova identitária de quem está condenado a ser diferente devido a sua origem e que sempre deve saber conviver com os outros para não sofrer as consequências da sua diferença.

3.2 Uma fronteira étnica traçada na base de fundamentos morais e nacionais

Sabe-se que, depois das contribuições de Fredrik Barth, os grupos étnicos não existem em si, independentemente das relações que mantêm com os outros grupos, mas sim, e pelo contrário, constroem-se definindo as suas fronteiras nas interações que com estes vão tendo (BARTH, 1969). Visto que a identidade étnica não possui nenhuma estabilidade intrínseca, é inútil, segundo o autor, procurar traços culturais específicos a uma determinada população. O interesse científico das pesquisas sobre os grupos étnicos consiste, sobretudo, na interrogação sobre a criação, a manutenção ou o desaparecimento das fronteiras que separam diferentes grupos. Quaisquer que sejam os limites (MARTINELLO, 1995; JUTEAU, 1999; BASTENIER, 2004), a abordagem de Barth mostra-se incontornável e constitui um bom ponto de partida para prosseguir a interrogação sobre a experiência dos migrantes moçambicanos. De facto, a sua consciência étnica nasce da sua experiência da xenofobia, à qual ela dá uma resposta identitária. Os negros sul-africanos não os categorizam necessariamente como “moçambicanos”, nem mesmo em função da sua origem. Geralmente colocam-nos, nada menos nada mais que nas categorias dos *Makwerekwere*, palavra genérica e pejorativa com que são designados todos africanos não sul-africanos, dos “Shangaans”, quando falam esta língua, que também é de um dos grupos étnicos da África do sul, ou dos “Maputo”, isto é, da cidade

donde é originária a grande maioria. Muitas vezes, sobretudo quando estão em contacto com os primeiros moçambicanos aí estabelecidos, chegam a julgar-se como um grupo étnico particular, marcado por uma mesma origem nacional. Este processo, aliás, não é apenas concernente aos migrantes oriundos de Maputo. Embora o meu inquérito tenha incidido principalmente nestes, tive várias oportunidades de constatar que os moçambicanos das regiões centrais de Moçambique, não tendo senão o português como língua comum com os seus compatriotas de Maputo, mantêm um discurso similar, tanto em relação aos negros sul-africanos quanto a si próprios.

Quando se individualizam, três características reaparecem: uma identidade de trabalhador, a honestidade e a denúncia do tribalismo. As duas primeiras não têm em si nada de muito original; são comuns aos migrantes do mundo inteiro. O terceiro mérito, pelo contrário, é muito interessante ao revelar uma característica cultural de um elemento de discurso político usado pela Frelimo em Moçambique. Permite-lhes, com efeito, considerarem-se mais “avançados” que os sul-africanos que, segundo suas palavras, estariam justamente ainda na era do tribalismo.

A consciência étnica dos migrantes moçambicanos desenvolve-se a partir duma origem nacional comum, sem que, portanto, seja possível afirmar-se que sentem um forte sentimento de pertença nacional. Esta consciência étnica, baseada na nacionalidade, assenta-se acima de tudo nas experiências partilhadas em Joanesburgo⁷. Ela forma-se por meio dum juízo normativo que eles têm em relação ao modo de vida dos sul-africanos, ou pelo menos, ao que com ele relacionam. Ela delimita paulatinamente as fronteiras do grupo étnico dos moçambicanos que emerge num vazio da significação de condição de vida partilhada, primeiro sentida individualmente antes de ser assumida como colectiva. Alguns argumentos culturais entram na sua identificação social, como frequentemente foi provado em processos similares (BANTON, 1983).

Em situação migratória, os moçambicanos descobrem uma origem e valores comuns, sem os quais não há grupo étnico. No entanto, o grupo étnico que surge não possui uma consistência suficiente para levá-los a auto-organizarem-se. A lógica do interesse individual leva uma vantagem sobre a consciência étnica, e o sentimento de pertença a um grupo étnico funciona sobretudo como fonte de construção de identidade pessoal. Com efeito, estes migrantes inspiram-se nos valores culturais e a superioridade moral que atribuem aos moçambicanos fá-los recusar qualquer tipo de inferiorização social em Joanesburgo. Disso

⁷ Sobre o processo de formação duma consciência étnica, ver Bastenier (2004).

não resulta nenhuma ação colectiva, a não ser a que consiste em manter discursivamente uma fronteira étnica do grupo nas conversas que têm tido sobre os sul-africanos. A referência à moralidade, que participa na delimitação desta fronteira étnica, alia-se à ideia de uma humanidade comum de todos os indivíduos dignos de valor. Esta assenta-se na diferença entre os que têm a qualidade de “pessoa” e os que podem ser categorizados como “gente”. Se, para os moçambicanos de Joanesburgo, a pertença étnica e nacional é a mesma coisa, não é, no entanto, possível dizer que uma impõe-se à outra, visto que neles a ideia de humanidade comum dos indivíduos é que parece, definitivamente, prevalecer. Neste caso, pode-se avançar à hipótese de que a grande importância que se atribui à humanidade comum é que explica a fraqueza da etnicidade e do sentimento de identidade nacional dos migrantes moçambicanos. Porque, no fim das contas, o que eles julgam partilhar com os outros seres humanos é mais forte do que eles partilham entre si. É o que lhes permite, quer o estabelecimento de relações variadas – embora frágeis – quer uma inserção paulatina e de qualquer maneira num universo difícil que é Joanesburgo. É o que também os mantém isolados não lhes fornecendo nada que possa sustentar uma ação colectiva baseada na etnicidade.

4 Conclusão

Atualmente, o tema da globalização suscita cada vez mais debates que manifestam a nova interpenetração em todos os contextos, quer sublinhando a sua hibridação, quer intensificando a resistência do “local” em relação aos processos globais. Se, na sua generalidade, este fenómeno não levanta dúvidas, os comentários que suscita não deixam de surpreender pela sua fraca preocupação com a realidade empírica e histórica que os inspira. De facto, da sua leitura deduz-se muitas vezes a ideia de que o mundo contemporâneo está sujeito ao movimento que produz efeitos similares em toda a parte.

O caso dos migrantes moçambicanos em Joanesburgo exige justamente uma prudência na matéria, sem no entanto incitar a uma recusa de consideração das reais transformações do mundo contemporâneo. É, pelo menos por duas razões.

Em primeiro lugar, recorde-se a antiga imbricação de Moçambique e da África do Sul, que recebe trabalhadores migrantes desde o século XIX. Na África Austral, tal como noutras regiões, o transnacionalismo não tem nada que possa extasiar como se de uma novidade sem precedente se tratasse (WALDINGER; FITZGERALD, 2004). Na verdade, o sistema de trabalho migratório que estruturou este fluxo durante perto de um século, atualmente já não organiza os movimentos entre Moçambique e África

do Sul como no período em que canalizava a mão de obra para as minas. Mesmo assim, o seu espírito terá verdadeiramente desaparecido? Esta é a pergunta que se pode colocar tendo em conta as transformações sofridas nas duas últimas décadas. Após o acordo entre Maputo e Pretória em 2005, a facilitação de estadias de curta duração para moçambicanos na África do Sul fluidificou os intercâmbios entre os dois Países, doravante democráticos, dirigidos por africanos e inseridos num contexto político e econômico amplo da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC). Não será nada excessivo antever, em muitos aspectos, uma implementação progressiva do que viria a ser, de facto, um novo sistema de trabalho migratório entre as duas regiões, um sistema melhor adaptado às necessidades da economia pós-fordista da metrópole sul-africana que requer uma mão de obra mais diversificada e flexível, acima de tudo, no sector informal e no comércio transfronteiriço.

Por conseguinte, resulta que, no presente como no passado, a experiência dos migrantes moçambicanos continua em grande parte determinada por factores políticos. Eles não estão/são apenas "aqui" e "lá" ou "daqui" e "de lá", retomando os termos geralmente usados quando se fala de migrantes transnacionais. Eles também são indivíduos, cujas vidas e movimentos são determinados pelos Estados e fronteiras sociopolíticas, que definem as formas de sua pertença. A fraqueza da organização social e a falta duma organização política dos moçambicanos em Joanesburgo também o exprimem a sua maneira. Em trânsito permanente ou potencial, eles representam um dos aspectos da modernidade nas metrópoles das sociedades periféricas dominadas pela democracia. Embora se trate, sem dúvidas, dum processo incerto e eminentemente frágil, vê-se o uso de categorias morais para denunciar o tribalismo e defender a humanidade comum de todos os indivíduos como indicadores do caminho a percorrer em direcção a uma modernidade democrática.

Porque, por mais imperfeita que seja na região, a democracia introduz novas significações num fenómeno antigo desta migração. Consequência da amplitude dos fluxos migratórios na África do Sul com o fim do *apartheid*, a xenofobia dos negros sul-africanos contra os africanos de origem estrangeira é a mais inesperada e preocupante. Lembremos, no entanto, que convém compreendê-la dentro dum contexto de desordem social, onde, outrora, a figura do imigrante estrangeiro não ocupava senão uma posição marginal e onde a evolução política não foi acompanhada por um melhoramento das condições de vida da maioria dos que anteriormente eram discriminados. Para os moçambicanos, a forma de conceber a pertença também mudou sensivelmente com o fim do sistema de *apartheid*. Confrontados por uma redefinição das fronteiras do nacional e do estrangeiro, que acentuou ainda mais a sua conotação estrangeira na África do Sul, eles falam, doravante, e assim por dizer, duma mesma origem nacional. É prematuro dar um sentido a

esta mudança, embora seja provável que, no fim, ela exerça alguma influência sobre as práticas políticas em Moçambique. Tal como foi várias vezes observado noutras situações migratórias, é legítimo pensar que a presença cada vez mais acentuada de mulheres entre os migrantes contribuirá para fazer com que as relações de gênero sejam mais equânimes tanto nas sociedades de origem quanto nas de chegada.

As respostas a estas interrogações exigem, claramente, novas pesquisas sustentadas pela convicção de que o estudo sobre as migrações internacionais só é relevante se for feito por meio duma interrogação sobre a política que permite realçar dimensões relegadas ao segundo plano pelas abordagens que se centraram muito exclusivamente nas dimensões culturais e econômicas dos fenômenos migratórios.

Referências

BANK, Leslie. Rhythms of the Yards: Urbanism, Gender, and Backyard Shack Upgrading in a South African City. In: QUEEN ELIZABETH HOUSE'S ANNIVERSARY CONFERENCE: NEW DEVELOPMENT THREATS AND PROMISES, 50., 2005, [Oxford]. *Anais...* Oxford: Oxford University, 2005.

BANTON, Michael. *Racial and Ethnic Competition*. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.

BARTH, Fredrick. Les groupes ethniques et leurs frontières. In: POUTIGNAT, Philippe; STREIFF-FENART, Jocelyne (Ed.). *Théories de l'ethnicité*. Paris: PUF, 1969. p. 203-249.

BASTENIER, Albert. *Qu'est-ce qu'une société ethnique?: ethnicité et racisme dans les sociétés européennes*. Paris: PUF, 2004.

BOZZOLI, Belinda; NKOTSOE, Mmantho. *Women of Phokeng: consciousness, life strategy, and migrancy in South Africa, 1900-1983*. Portsmouth: NH/Heinemann, 1991.

CAHEN, Michel. *Mozambique: la révolution implosée: études sur douze ans d'indépendance (1975-1987)*. Paris: L'Harmattan, 1987.

COQUERY-VIDROVITCH, Catherine. De la ville en Afrique noire. *Annales HSS*, Paris, n. 5, p. 1087-1119, sept./oct. 2006.

CRUSH, Jonathan; JEEVES, Alan; YUDELMAN, David. *South Africa's labor empire: a history of black migrancy to the gold mines*. Cape Town: David Philip, 1991.

CRUSH, Jonathan (Ed.). *Beyond control: immigration and human rights in a Democratic South Africa*. Cape Town: Southern African Migration Project, 1998.

CRUSH, Jonathan; MCDONALD, David A. (Ed.). *Transnationalism and new African Immigration to South Africa*. Cape Town: SAMP/CAAS, 2002.

DAUM, Christophe. La coopération, alibi de l'exclusion des immigrés?: l'exemple malien. In: FASSIN, Didier; MORICE, Alain; QUIMINAL, Catherine (Ed.). *Les lois de l'hospitalité: les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*. Paris: La Découverte, 1997. p. 197-216.

DE VLETTER, Fion. *Sons of Mozambique: mozambican miners and post-apartheid South Africa*. [S.I.]: Southern African Migration Project, 1998.

EPSTEIN, Arnold Leonard. *Politics in an urban african community*. Manchester: Manchester University Press, 1958.

HARRIES, Patrick. *Work, culture, and identity: migrant laborers in Mozambique and South Africa, c. 1860-1910*. Johannesburg: WUP, 1994.

HELLMANN, Ellen. *Rooiyard, a sociological survey of an Urban Native Slum Yard*. Cape Town: Oxford University Press, 1948.

JUTEAU, Danielle. *L'ethnicité et ses frontières*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 1999.

KATZENELLENBOGEN, Simon E. *South Africa and Southern Mozambique: labour, railways and trade in the making of a relationship*. Manchester: Manchester University Press, 1982.

LAMONT, Michèle. *The dignity of working men: morality and the boundaries of race, class, and immigration*. Harvard: Harvard University Press, 2000.

MADSEN, Morten. *A walk through thick bushes: an ethnographic account of undocumented Mozambicans in Johannesburg*. 2004. Thesis (Master's)-University of Copenhagen, Copenhagen, 2004.

MALOKA, Tshidiso. Mines and Labour Migrants in Southern Africa. *Journal of Historical Sociology*, [S.I.], v. 2, n. 10, 1997. p. 213-224.

MARTINIELLO, Marco. *L'ethnicité dans les sciences sociales contemporaines*. Paris: PUF, 1995.

MAYER, Philip. *Townsmen or tribesmen: conservatism and the process of urbanization in a South African City*. Cape Town: Oxford University Press, 1961.

MCNAMARA, J. K. Brothers and work mates: home friend networks in the social life of Black migrants in a gold mine hostel. In: MAYER, Philip (Ed.).

Black villagers in an industrial society: anthropological perspectives on labour migration in South Africa. Cape Town: Oxford University Press, 1980. p. 305-339.

MORRIS, Allan. *Bleakness & light: inner-city transition in Hillbrow, Johannesburg.* Johannesburg: Witwatersrand University Press, 1999.

PHILIPS, Ray E. *The Bantu in the city: a study of cultural adjustment on the Witwatersrand.* Lovedale: The Lovedale Press, 1939.

POSEL, Deborah. *The making of Apartheid, 1848-1961: conflict and compromise.* Oxford: Clarendon Press, 1991.

SAYAD, Abdelmalek. *The suffering of the immigrant.* Cambridge: Polity Press, 2004.

THOMAS, William Isaac. Définir la situation. In: GRAFMEYER, Yves; JOSEPH, Isaac (Ed.). *L'école de Chicago: naissance de l'écologie urbaine.* Paris: Aubier, 1984. p. 79-82.

TIMERA, Mahamet. Sans-papiers africains face aux «communautés» d'origine. In: FASSIN, Didier; MORICE, Alain; QUIMINAL, Catherine (Ed.). *Les lois de l'hospitalité: les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers.* Paris: La Découverte, 1997. p. 95-106.

TOMLINSON, Richard et al (Ed.). *Emerging Johannesburg: perspectives on the postapartheid city.* London: Routledge, 2003.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Centro de Estudos Africanos. *O mineiro moçambicano: um estudo sobre a exportação de mão de obra em Inhambane.* Maputo: Universidade Eduardo Mondlane, 1998.

WA KABWE-SEGATTI, Aurelia. *La place de l'étranger dans la "nouvelle" Afrique du Sud: la réforme d'une politique de l'immigration (1986-2002).* 2003. Thèse (Doctorat)-Université de la Réunion, Saint-Denis, 2003.

WALDINGER, Roger. The ethnic enclave debate revisited. *International Journal of Urban and Regional Research*, [San Francisco], n. 17, p. 444-452. 1993.

WALDINGER, Roger; FITZGERALD, David. Transnationalism in question. *American Journal of Sociology*, v. 109, n. 5, p. 1177-1195, 2004.

WILSON, Kenneth; PORTES, Alejandro. Immigrant enclaves: an analysis of the labor market experiences of cubans in Miami. *American Journal of Sociology*, Chicago, p. 295-319, 1980.

LE NOUVEL AGE DES MIGRATIONS MOZAMBICAINES A JOHANNESBURG

Dominique Vidal¹

¹ Sociologue, Université Paris Diderot / URMIS.
E-mail : dominique.vidal@univ-paris-diderot.fr.

Résumé: Les migrants mozambicains constituent le plus ancien et le plus important groupe de migrants dans la région de Johannesburg. Les formes de leur présence ont pourtant considérablement changé depuis l'époque où ils travaillaient principalement dans les mines de la région. Au cours des trois dernières décennies, de nombreux facteurs ont en effet produit des changements majeurs sur ce courant migratoire: l'indépendance du Mozambique en 1975, la guerre civile mozambicaine (1977-1992) et l'afflux de réfugiés que ce conflit a entraîné, ainsi que, depuis la fin de l'apartheid, l'arrivée massive de migrants étrangers et l'accroissement de la xénophobie à leur encontre. A partir des données quantitatives de l'African Cities Project de 2006¹ et d'une enquête de terrain de sept mois à Johannesburg et à Maputo entre 2005 et 2007, cet article se propose de mettre en évidence plusieurs caractéristiques que revêtent aujourd'hui les migrations mozambicaines dans la métropole sud-africaine. On montrera dans un premier temps l'historicité de l'imaginaire de la migration que partagent les migrants du Mozambique. On abordera ensuite leur processus d'adaptation à la ville post-apartheid, en insistant sur leur recherche de l'invisibilité qui les caractérise. On insistera enfin sur la façon dont l'expérience de la xénophobie les amène à tracer une frontière ethnique pour se différencier des autres Africains.

Mots clés: **Migrants mozambicains. Imaginaire de la migration. L'Afrique du Sud.**

¹ L'*African Cities Project* est le résultat d'un partenariat entre l'Institut français d'Afrique du Sud, le Forced Migration Studies Programme de l'université du Witwatersrand et la Tufts University (Boston). Il consiste en une étude longitudinale et comparative des réfugiés, des demandeurs d'asile, des migrants et des non-nationaux dans les quartiers centraux (*inner cities*) de Johannesburg, Lubumbashi (République démocratique du Congo), Maputo (Mozambique) et Nairobi (Kenya). Sur cette enquête et sa mise en œuvre à Johannesburg, voir le texte de Darshan Vigneswaran, « Lost in space: residential sampling and Johannesburg's forced migrants », disponible sur le site du Forced Migration Studies Programme de l'université du Witwatersrand (<http://migration.org.za>).

1 La transformation des formes de mobilité

Les migrations d'hommes du sud du Mozambique vers l'Afrique du Sud ont commencé à la fin du 19^{ème} siècle et, jusque vers le milieu des années 1980, ont eu les mines pour principale destination. Cette partie se propose de rappeler le cadre qui les a largement structurées pendant près d'un siècle et de présenter les changements des formes de mobilité intervenus depuis.

1.1 La plus vieille des migrations de travail

Des travailleurs viennent du Mozambique dans la région de Johannesburg depuis, en 1886, la découverte de filons d'or sur le site de ce qui devient la *city of gold* (KATZENELLENBOGEN, 1982; HARRIES, 1994). Leur mobilité entre les deux territoires se déroule dans le cadre qui a reçu le nom, en Afrique australe, de « système du travail migrant » (*migrant labour system*). Ce système, qui se met progressivement en place après l'ouverture des premières mines d'or et s'étend par la suite à tout le secteur minier et une partie de l'agriculture, organise la migration temporaire, pour des périodes de douze à dix-huit mois, de travailleurs africains des zones rurales de l'Afrique du Sud et des pays avoisinants (CRUSH; JEEVES; YUDELMAN, 1991; MALOKA, 1997). Les migrants ne perçoivent dans ce système qu'une partie de leurs rémunérations sur place et touchent le reste seulement de retour au pays, où ils se réinstallent dans leurs villages dans l'espoir d'être appelés pour un nouveau contrat de travail. Cette rotation permanente a un double objectif. Elle entend interdire, d'une part, la formation d'une classe ouvrière, un objectif que renforce par la mise en concurrence des différents groupes ethniques dans les mines. Elle vise à empêcher, d'autre part, l'urbanisation des Africains, tenus comme irréductiblement ruraux et n'ayant pour seule raison de se trouver dans les zones industrielles que la satisfaction des besoins en main-d'œuvre des Blancs. Institué dans une période de forte industrialisation, l'apartheid développe le système du travail migrant, en s'appuyant très largement sur les Africains des régions limitrophes de l'Afrique du Sud, afin de ne pas accentuer la migration des campagnes vers les villes sur son propre sol (POSEL, 1991).

C'est toutefois au Mozambique que le système du travail migrant puise le plus d'hommes. Une série d'accords entre le Portugal et la République du Transvaal d'abord, puis avec le dominion britannique de l'Union sud-africaine après 1910, conduit à l'organisation d'une migration de travail entre le sud du Mozambique et la région du Witwatersrand. La physionomie de Lourenço Marques (Maputo depuis l'indépendance) se transforme en quelques années seulement. Modeste port jusqu'en 1887, elle devient la ville la plus riche de la colonie et accède, en 1898, au statut de

capitale à la place de l'île de Mozambique, à l'extrême nord du pays. Au début du vingtième siècle, la Chambre des Mines crée la WENELA (*Witwatersrand Native Labour Association*) qui obtient des Portugais le droit d'installer des bureaux de recrutement au sud du fleuve Save, qui coupe le Mozambique le long du vingt-deuxième parallèle. Les hommes recrutés viennent travailler dans les mines dans le cadre de contrats de douze à dix-huit mois au terme desquels ils regagnent leurs villages, l'essentiel de leurs salaires ne leur étant payés de façon différée qu'une fois franchie la frontière, ce qui représente un gage de leur retour au pays. En contrepartie de sa coopération à l'encadrement de ce flux, le Portugal se voit garantir par l'Afrique du Sud un transit important par le port de Lourenço Marques et l'acquisition d'or à un prix inférieur à celui du marché international. Après l'indépendance, les revenus des mineurs restent des ressources essentielles pour l'économie mozambicaine, en dépit de la réduction de leur nombre et de la fin de l'achat de l'or sud-africain à un tarif préférentiel (CAHEN, 1987).

Le système du travail migrant modifie en profondeur les formes d'organisation sociale au sud du Mozambique. Il produit en premier lieu un puissant imaginaire de la migration dans ces régions où, entre 1902 et 1977, il concerne entre 25% et 30% des hommes en âge de partir vers les mines (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1998). L'absence et l'argent de ces derniers entraînent, en deuxième lieu, un faible développement de l'agriculture qui se limite essentiellement à l'autosuffisance des familles. Rares sont en effet les unités familiales du sud du fleuve Save qui n'ont pas bénéficié des gains des mineurs². Le statut social que ces derniers acquiert affaiblit, en troisième lieu, l'autorité traditionnelle des chefs et des aînés, tant la capacité d'acquérir du bétail et des biens venus d'Afrique du Sud assure du prestige jusqu'au plus profond des zones rurales (HARRIES, 1994).

Les migrations du Mozambique vers l'Afrique du Sud ont toutefois changé au cours des deux dernières décennies avec la fin de la guerre civile dans le premier pays et l'effondrement de l'apartheid dans le second. La République sud-africaine a vu également arriver depuis de nombreux migrants d'autres pays du continent, attirés par son économie et par la promesse suscitée par l'élection de Nelson Mandela (CRUSH, 1998; CRUSH; MCDONALD, 2002). Les Africains ont maintenant légalement accès aux zones autrefois réservées à la minorité blanche en Afrique du Sud, et le centre de Johannesburg et ses quartiers adjacents,

² Avec un taux de masculinité inférieur à 80 hommes pour 100 femmes, accentué en particulier dans la tranche entre 15 et 55 ans, cette région du Mozambique possède aujourd'hui une caractéristique démographique qui la différencie nettement du reste de la population. Voir Michel Cahen, Philippe Waniez, Violette Brustlein, « Pour un atlas social et culturel du Mozambique », *Lusotopie*, n°1, 2002, pp. 365-362.

anciennement uniquement peuplés par des Blancs, abritent désormais une population quasi exclusivement africaine, pour beaucoup composée de migrants ruraux sud-africains et d'étrangers africains (MORRIS, 1999; TOMLINSON, 2003).

La xénophobie des Sud-Africains a toutefois cruellement déçu les attentes des migrants internationaux, accusés de casser le marché de l'emploi en acceptant des bas salaires, de propager le sida et d'accroître la criminalité. A la fois en raison de ces préjugés et de l'argent que la difficulté d'ouvrir un compte bancaire les oblige à conserver avec eux, ils sont l'objet de nombreuses agressions et doivent sans cesse se tenir sur leurs gardes dans un environnement résolument hostile. La politique migratoire restrictive des gouvernements de l'Afrique du Sud post-apartheid a de surcroît entraîné la reconduite à la frontière d'un très grand nombre d'entre eux (WA KABWE-SEGATTI, 2003). Les plus nombreux dans le pays, les ressortissants mozambicains ont aussi été les plus concernés en la matière, puisqu'ils représentent 1.150.000 des 1.500.000 étrangers expulsés de la République sud-africaine dans la décennie qui suit l'arrivée de Mandela au pouvoir en 1994.

1.2 La diversité d'un courant migratoire

Hormis environ soixante mille d'entre eux, les migrants mozambicains en Afrique du Sud ne sont plus des mineurs, mais des travailleurs du secteur informel des villes. Ils constituent de ce fait une population très différenciée à Johannesburg, même si subsiste chez eux un imaginaire migratoire qui trouve son origine dans le système du travail migrant.

1.2.1 Un passé présent et structurant

Le projet migratoire de ces migrants a un ancrage ancien. L'idée qu'aller travailler en Afrique du Sud est une étape nécessaire à l'installation dans un statut adulte revient ainsi fréquemment dans les recherches sur les migrations mozambicaines. La célèbre enquête de l'équipe de Ruth First sur les mineurs des zones rurales d'Inhambane rapporte ainsi, voici déjà trente ans, l'usage courant d'expressions à valeur de maxime comme « seul l'homme qui a été aux mines est un homme adulte » (*Só um homem que foi às minas é um homem adulto*) ou « le garçon doit bien manger pour pouvoir aller travailler en Afrique du Sud » (*o menino tem que comer muito para poder trabalhar na África do Sul*) (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1998, p. 112). Dans une ethnographie récente d'un groupe de jeunes Mozambicains à Johannesburg, Morten Madsen décrit, de son côté, la migration clandestine comme un rite de passage, dans un sens proche à celui qu'Arnold van Gennep donne à ce terme et en lui empruntant, notamment, son idée moins connue de

« passage territorial » (MADSEN, 2004). Il soutient que partir pour l’Afrique du Sud représente pour eux une phase liminaire au terme de laquelle ils peuvent espérer une nouvelle position au Mozambique. Madsen prend soin toutefois de souligner que, à la différence des rites de passage décrits par van Gennep et Turner, cette période liminaire n’a pas dans leur cas de terme prédéfini et peut ne jamais s’achever, au point que l’idée de liminarité est peut-être mieux rendue, note-t-il, par celle de « transit prolongé » (*protracted transience*). Comme pour leurs aînés en effet, le séjour en Afrique du Sud est envisagé par ces jeunes mozambicains comme un moment destiné à accumuler suffisamment pour accéder à la propriété d’une maison et se trouver en position favorable sur le marché matrimonial. Partir pour Johannesburg représente toujours une preuve de masculinité exprimée, notamment, dans l’utilisation des termes « aventure » (*aventura*) ou « aventurier » (*aventureiro*) pour désigne les épreuves inhérentes à cette migration et la figure de celui qui s’y lance.

Beaucoup de ces migrants reviennent désormais sans argent de Johannesburg, après avoir été volés ou reconduits à la frontière. Et ceux qui reviennent avec des ressources n’en ont pas toujours assez pour acheter un terrain une maison, même en roseaux, et monter une affaire qui fasse vivre leur famille. C’est pourquoi il est nécessaire d’aller au-delà d’une analyse en termes de rite de passage pour comprendre les migrations mozambicaines du Maputo post-socialiste au Johannesburg post-apartheid. Car comme de nombreuses études l’ont montré, la migration peut s’étendre sur des décennies et, dans certains cas, devenir une condition sociale permanente (SAYAD, 2004; DAUM, 1997).

1.2.2 Les aléas de la migration

Sauf ceux toujours employés par l’industrie minière, le parcours migratoire des Mozambicains n’a donc plus le caractère réglé qu’il possédait du temps où leurs aînés travaillaient dans les mines contre une rémunération déterminée à l’avance et pour un temps connu de tous. Partir en Afrique du Sud est désormais placé sous le signe d’une plus grande incertitude, et leur trajectoire dépend largement d’aléas sur lesquels ils n’ont guère de prise. Quelques-uns, peu nombreux sur la masse, parviennent bien à épargner suffisamment pour, de retour à Maputo, accéder à la propriété et ouvrir une affaire, souvent une épicerie dans un quartier populaire. Ils réalisent alors l’objectif qu’ils s’étaient fixés à leur départ et, dans un discours satisfait, se montrent intarissables sur l’adversité qu’ils ont su vaincre à Johannesburg, au prix d’un travail acharné, d’économies sou à sou et du renoncement aux plaisirs de l’alcool et des femmes vénales dans lesquels beaucoup de leurs compatriotes auraient englouti leurs gains. La plupart ne connaissent pourtant pas cette fortune

sans nécessairement avoir mené une vie de débauche. Certains oscillent entre Johannesburg et Maputo, gagnant trop peu en Afrique du Sud pour acquérir de quoi envisager une réinstallation définitive. D'autres renoncent à la vie de migrant après la perte d'un emploi, un accident, une agression ou une reconduite à la frontière. Fauchés et penauds, ils reviennent au Mozambique contraints de vivre sous le toit et l'autorité de leur père ou, sinon, de s'établir dans la grande pauvreté dans des cabanes de roseaux à la périphérie de Maputo, n'ayant pour moyens de subsistance que des emplois occasionnels et l'aide alimentaire d'églises ou de voisins. Des rudiments d'anglais, une maîtrise du zoulou, ainsi que la connaissance des marchés de Johannesburg et du fonctionnement de la frontière, permet toutefois à certains de ces anciens migrants de gagner quatre sous en faisant du commerce transfrontalier entre l'Afrique du Sud et le Mozambique, dont l'approvisionnement est irrégulier. Les petits profits ainsi dégagés ne leur assurent pas plus qu'à ceux qui ont des emplois peu qualifiés, mais ils leur permettent de se définir positivement comme « faisant des affaires » et d'échapper à la domination pesante d'un employeur. D'autres encore vivent tant bien que mal à Johannesburg et ne reviennent jamais au Mozambique, où, ayant rompu les amarres avec leur famille, ils ne disposent plus de point de chute. Cette situation ne concerne d'ailleurs pas que des hommes seuls, mais aussi de familles dépourvues des ressources financières ou relationnelles qui rendraient viable leur retour à Maputo.

2 Se fondre dans la ville

L'African Cities Project de 2006, plus de 80% de migrants mozambicains de Johannesburg ont eu une expérience urbaine au Mozambique. Il leur faut toutefois s'adapter à Johannesburg à un tout autre type de ville. On retrouve ici la question du processus d'adaptation au monde urbain, un thème classique de l'anthropologie sociale en Afrique du Sud (PHILIPS, 1939; HELLMANN, 1948; MAYER, 1961; BOZZOLI; NKOTSOE, 1991). Cette question n'a toutefois pas été véritablement posée à propos des migrants internationaux dans les villes sud-africaines, où comme l'a justement relevé Catherine Coquery-Vidrovitch (2006), la recherche urbaine s'est principalement centrée, depuis la fin de l'apartheid, sur la citoyenneté des Africains et le mode d'existence de la ville africaine. Or cette interrogation gagne à être reformulée à propos des migrants du Mozambique à Johannesburg, dans la mesure où la façon dont ils s'adaptent progressivement à cette ville révèle des dimensions essentielles de cette migration.

2.1 La recherche de l'invisibilité

Le processus d'adaptation des migrants mozambicains à Johannes-

burg ne passe pas par l'organisation communautaire et l'affirmation d'une identité culturelle, mais par la recherche de l'invisibilité dans la ville. A la différence notable des autres migrants africains et des migrants ruraux sud-africains, ils ne cherchent pas à s'organiser sur la base du partage d'une identité ethnique, régionale ou nationale.

Cette faible visibilité des Mozambicains à Johannesburg tient pour beaucoup à ce qu'ils ne forment pas une niche ou une enclave ethnique dans la ville, au sens de ces notions dans la sociologie des migrations, indépendamment des débats autour de leur définition et de leur usage (WILSON; PORTES, 1980; WALDINGER, 1993). Ils ont beau constituer la migration de travail la plus importante et la plus ancienne, ils ne dominent aucun secteur de l'économie, pas plus qu'ils ne se concentrent dans un espace particulier de la ville, comme c'est le cas des Nigériens, des Congolais, des Somaliens, des Éthiopiens et des Africains de l'Ouest³. Beaucoup de Mozambicains travaillent ainsi comme coiffeurs, vendeurs de rue et manœuvres dans le bâtiment, mais ils ne disposent pas de réseaux à proprement parler qui leur permettent de peser sur l'accès à ces activités qui, ingrates et mal rémunérées, sont surtout exercées par ceux qui ont peu de qualifications et ne disposent pas de liens solides pour trouver un emploi dans d'autres secteurs. De même, l'existence d'une dizaine de commerces tenus par des Mozambicains autour de l'immeuble qui abrite, Jeppe Street, les locaux à Johannesburg du département du travail migrant du ministère du travail de l'État mozambicain, ne permet pas de parler de « quartier mozambicain », comme cela est parfois vite dit. Ils ne représentent qu'une faible part de l'activité économique locale, et rien ne permet d'affirmer que les Mozambicains résident dans cet espace de façon majoritaire ou, même, significativement plus importante qu'ailleurs. De manière plus générale, il n'y a du reste chez les Mozambicains de Johannesburg rien de comparable à la présence publique des Nigériens à Hillbrow, à l'agglutination des Somaliens à proximité de la mosquée de Bertrams ou aux points de réunions des Congolais à Yeoville. La partie du township d'Alexandra qui, à la fin des années 1990, avait été surnommée « Little Maputo » par les médias compte bien beaucoup de cabanes de tôle habitées par des Mozambicains, mais ces derniers restent une minorité au milieu des Sud-africains récemment arrivés des campagnes dans cette sordide zone de relégation des plus pauvres parmi les pauvres.

³ Je me réfère ici aux formes légales d'activité, et non, faute de données en la matière, à l'économie criminelle dans laquelle les médias et les Sud-africains affirment que les Mozambicains occupent une place importante. Aucune source fiable – hormis le chiffre des incarcérations qui n'indique pas une surreprésentation des Mozambicains par rapport aux ressortissants d'autres pays africains – n'est d'ailleurs disponible à ma connaissance à ce sujet, et leur réputation semble en réalité d'abord tenir à la xénophobie ambiante qui impute l'importance de la criminalité aux migrants. Voir notamment Crush et Vincent Williams (2003).

2.2 Des liens sociaux fragiles

Une autre raison de la faible visibilité des migrants mozambicains à Johannesburg réside dans la fragilité des liens qu'ils ont entre eux, même si leur premier point de chute est généralement le domicile de parents ou de connaissances arrivés avant eux. La plupart vivant sur la brèche en permanence, ils n'entendent pas supporter durablement les frais entraînés par l'arrivée de tiers désargentés. La précarité de leurs conditions de vie ne saurait toutefois suffire d'explication à ce sujet. Le manque de confiance entre les migrants mozambicains les pousse aussi à chercher à se fondre dans le paysage plutôt que d'afficher une présence collective. Les Mozambicains de Johannesburg ne vivent pourtant pas dans une lutte permanente les opposant uns contre les autres – leurs principales relations et, surtout, celles auxquelles ils attachent le plus d'importance, se faisant entre eux -, mais chacun se satisfait de fait d'un principe implicite du chacun pour soi bien compris. Alors qu'il est courant par exemple, chez les Congolais et les migrants d'Afrique de l'Ouest, de se cotiser pour payer les obsèques ou le rapatriement du corps d'un compatriote, cela ne m'a par exemple jamais été rapporté chez les migrants mozambicains. Je n'ai non plus que rarement entendu évoquer le cas d'un Mozambicain sans-papiers libéré après que d'autres Mozambicains eurent fait une collecte pour soudoyer les policiers qui l'avaient arrêté, alors que cette pratique est fréquente chez beaucoup d'autres groupes de migrants africains⁴. Les données de l'African Cities Project ont corroboré mon idée du fort manque de confiance dans les relations sociales des Mozambicains. En réponse à une série de questions sur la confiance que l'on peut accorder aux membres d'un autre groupe ethnique, aux étrangers vivant en Afrique du Sud et aux ressortissants de son pays d'origine, ils répondent par la négative dans des proportions supérieures à celles des Congolais, des Somaliens et des Sud-africains. Les Mozambicains estiment ainsi à 76,1% que l'on ne peut généralement pas faire confiance aux étrangers, alors que les Sud-africains – dont on a pourtant mentionné la xénophobie – ne le font qu'à 63,1%. Seuls 10,9% d'entre eux répondent de même « D'accord » à la question « Peut-on généralement croire les gens de son pays en Afrique du Sud ? », alors que les Congolais, les Somaliens et les Sud-africains le font respectivement à 52,2%, 51,4% et 78,7%.

Ce manque de confiance ne renvoie pourtant pas seulement à la situation migratoire. La précarité de la plupart de ces migrants et la facilité avec laquelle ils peuvent regagner au besoin le Mozambique ne favorisent assurément pas la constitution d'un groupe ethnique local structuré autour

⁴ Il n'y a pas en revanche chez les Mozambicains de Johannesburg de honte à se dévoiler comme clandestins auprès de ses compatriotes, comme cela a été observé en France parmi les migrants africains. Voir Timera (1997).

d'une identité nationale partagée. Elle provient aussi de la faiblesse – pour ne pas dire de l'absence – des pratiques d'auto-organisation au Mozambique, où les associations locales ont pour l'essentiel été créées depuis le haut par des acteurs politiques.

2.3 Construire des points d'appui dans un univers hostile

Les réponses que les migrants mozambicains donnent à l'adversité ne passent pas plus à Johannesburg qu'à Maputo par l'action collective, mais par la recherche de solutions individuelles et d'ententes au niveau micro-local. Aussi paradoxal cela peut-il paraître, atteindre cet objectif suppose en même temps de se rendre invisible dans certaines situations et de se faire favorablement connaître dans d'autres contextes.

2.3.1 Le **yard** comme lieu d'une politique de bon voisinage

Dans les townships, les habitants passent l'essentiel de leur temps hors travail dans le *yard*, l'espace formé par l'arrière-cour ou le devant immédiat d'une habitation, dont le propriétaire loue des baraques de zinc édifiées sur sa parcelle. Les migrants mozambicains, comme du reste les autres locataires, s'y reposent dans leur chambre, font un peu de lessive et discutent avec les voisins. Une sociabilité locale faite de bières partagées et de menus services s'instaure peu à peu de la sorte. Durant la journée ou pendant un séjour au Mozambique, le propriétaire du lieu veille autant que faire se peut à ce que les baraques ne soient pas cambriolées en leur absence. Et bien qu'il n'y parvienne pas toujours, ces migrants s'accordent sur le facteur de sécurité que représente le fait de résider sur la parcelle d'un Sud-africain installé de longue date dans un township. Après l'apartheid, l'affaiblissement des *civics* – les organisations qui encadraient politiquement la population des townships et s'employaient à endiguer la délinquance – a en effet contribué à l'accroissement de la criminalité et rendu les locataires plus dépendants qu'auparavant de leurs propriétaires, qui s'emploient à maintenir un certain ordre collectif dans les lieux (BANK, 2005).

Une fois inscrits dans les échanges qui s'organisent à partir du *yard* et se prolongent dans les espaces publics avoisinants, au premier rang desquels se trouvent l'épicerie et la taverne, les Mozambicains disent ne pas rencontrer plus de difficultés que les Sud-africains qui résident dans les townships. Il arrive bien sûr de temps à autre qu'un homme pris de boisson les traite avec mépris, mais l'incident va rarement au-delà dans les endroits où ils sont favorablement connus. Pour bénéficier d'une protection locale, il leur faut parfois, comme beaucoup d'habitants des townships de

Johannesburg, accepter de se plier aux desiderata des voyous qui fréquentent les lieux, en leur donnant un billet, en leur payant une bière ou en les laissant se servir dans leur étal. C'est, explique-t-on, le prix à payer, et, aussi désagréable cela soit-il quand l'argent est compté, l'ordre des choses avec lequel on doit composer.

2.3.2 La rue comme lieu de travail

Les Mozambicains travaillent en nombre dans les rues du centre historique de Johannesburg. À force d'une dizaine d'heures par jour au même endroit, six à sept jours par semaine, dans le froid en hiver, sous un soleil de plomb dès que les beaux jours viennent, et dans le vacarme et la pollution à longueur d'année, ces *hawkers* finissent par tisser des liens de coopération. Ceux-ci n'ont rien de bien solide. À l'exception de bières prises parfois ensemble après le travail, ils ne se voient pour la plupart jamais la journée terminée. Mais une confiance minimale existe entre eux et leur permet de stabiliser leur position. Quand l'un s'absente, il sait que son voisin jettera un coup d'œil sur son stand et vendra un de ses produits si un client se présente. Les *hawkers* se dépannent aussi en se faisant de la monnaie et, bien que plus rarement, en avançant à un voisin les quatre sous pour reconstituer son stock quand il lui faut repartir à zéro après avoir été volé ou saisi par la redoutée police métropolitaine. Ils se prêtent encore main forte pour s'opposer aux tentatives de vol, auxquelles peuvent difficilement résister ceux qui restent isolés.

La stabilité de leur position sur ce lieu de travail exposé qu'est la rue suppose en effet que, comme sur leur lieu de résidence, ils parviennent à établir de bonnes relations avec leurs voisins de trottoir. Force est de constater qu'ils réussissent à entretenir des relations de coopération minimale qui font que, une fois que la confiance s'est installée, ils se fondent dans l'endroit et ne se voient pas reprochés d'être des étrangers par les Sud-africains qui travaillent à leur côté et ont pourtant le propos xénophobe à la bouche dès qu'ils parlent en généralité des Mozambicains.

3 L'expérience de la xénophobie et la formation d'une frontière ethnique

Bien qu'ils fassent de leur mieux pour se rendre invisibles, les migrants du Mozambique parviennent rarement à toujours pouvoir cacher leur origine et sont de ce fait régulièrement l'objet de comportements xénophobes. L'expérience de la xénophobie les amène progressivement à se définir comme des « Mozambicains », et il en résulte la formation d'une frontière ethnique.

3.1 Une nouvelle définition politique de l'appartenance

On ne saurait comprendre la xénophobie dont sont l'objet les Mozambicains à Johannesburg, sans revenir au préalable ce que fut l'apartheid en tant que « processus de dénationalisation de la population africaine », selon les termes de Aurelia Wa Kabwe-Segatti (2003). Son objectif proclamé était en effet de rendre les Blancs majoritaires en Afrique du Sud et de faire en sorte que, à terme, aucun Africain ne puisse se prévaloir de la citoyenneté sud-africaine pour revendiquer l'assistance de l'État. Après 1994, l'instauration d'un régime démocratique en Afrique du Sud change de manière radicale les critères d'attribution de la citoyenneté et le tracé de la frontière qui sépare le national de l'étranger. Alors que seuls les Blancs possédaient une citoyenneté pleine sous l'apartheid, tous les Sud-africains sont désormais égaux en droits dans une démocratie qui se proclame non-racialiste. La « race » ne structure plus non seulement ce qui sépare le citoyen du non-citoyen, mais elle ne définit plus aussi tous les Africains comme des étrangers. La conception du national qui naît avec la démocratie délimite en revanche une frontière entre les Africains de nationalité sud-africaine et ceux originaires d'autres pays du continent, et la nouvelle forme d'appartenance qui en résulte influe sur la xénophobie de la grande majorité des premiers à l'endroit des seconds.

La xénophobie des Noirs sud-africains constitue une dimension de la vie à Johannesburg qui déconcerte d'autant plus que ce type de comportement, si répandu en Afrique du Sud, est peu fréquent au Mozambique. Les relations avec les Africains d'autres pays (principalement originaires du Burundi, de la Tanzanie et de la République démocratique du Congo) ne donnent en effet que rarement lieu à des tensions particulières à Maputo. Cette xénophobie – ou, plutôt, ce « racisme », si on utilise le terme qu'ils emploient à propos de l'attitude des Noirs sud-africains – s'inscrit dans un univers dominé par la racialisation des rapports sociaux. Alors que la fluidité domine les relations interethniques et entre Blancs et Noirs dans une ville comme Maputo, il est impossible d'échapper à l'assignation d'une identité raciale et à ses conséquences en Afrique du Sud.

Les migrants mozambicains subissent cet univers racialisé autant qu'ils contribuent à sa perpétuation. Ils ont beau affirmer que « au Mozambique, il n'y a pas cette chose des races » ou que « à Maputo, la race d'une personne n'est pas importante », ils ne procèdent pas autrement à Johannesburg que les autres habitants de la ville. Peu à peu, ils se mettent à déchiffrer ce nouvel environnement à partir des nouvelles définitions

sociales que la société sud-africaine leur fournit⁵. Les propos recueillis à ce sujet se caractérisent par leur grande similarité. Les « Blancs » et les « Indiens » ne sont pas les « mêmes » en Afrique du Sud, disent les migrants mozambicains, que ceux qui vivent au Mozambique, et il convient donc de s'en méfier tout particulièrement parce que « ils n'aiment pas les Africains ». Beaucoup affirment cependant que « les Africains d'ici sont différents ; ils sont racistes avec les autres Africains ». Ils font en particulier preuve de la plus grande réserve à l'égard des Zoulous, catégorisation extrêmement hétérogène qui, chez eux, peut désigner aussi bien les migrants ruraux récemment arrivés du Zululand que n'importe quel Africain de Johannesburg s'exprimant en zoulou.

Les Mozambicains parlent du « racisme » des Noirs Sud-africains pour dénoncer des conduites qui relèvent en réalité de la xénophobie, et le mot « race » est chez eux synonyme de ce que l'on entend habituellement par appartenance ethnique. On aurait tort de ne voir dans l'utilisation de ces termes que le signe d'un manque de vocabulaire ou l'absence de différences entre le comportement habituel des Blancs avec les Africains et l'hostilité que leur témoignent les Noirs sud-africains. Ces migrants distinguent clairement ces deux formes de domination et discrimination. La première ne les surprend pas, et, avant même d'arriver en Afrique du Sud, ils ne s'attendent guère à pouvoir entretenir avec un Blanc autre chose qu'une relation où ils auront, dans le meilleur des cas, une position de subalterne. Et, de ce fait, s'ils vivent plus mal la seconde, ce n'est pas parce qu'elle est plus affirmée que parce qu'elle les étonne et les déstabilise car venant d'autres Africains. Parler de racisme là où il s'agit en fait de xénophobie révèle alors non pas un quelconque confusionnisme sémantique, mais, de façon plus générale, l'épreuve identitaire que fait celui qui est assigné à sa différence en raison de son origine et doit sans cesse savoir composer avec autrui pour ne pas en pâtir.

3.2 Une frontière ethnique édifiée sur des fondements moraux et nationaux

Depuis la contribution de Fredrik Barth, il est acquis que les groupes ethniques n'existent pas en soi, indépendamment des relations qu'ils entretiennent avec d'autres groupes, mais que, au contraire, ils se construisent en définissant leurs frontières dans les interactions qu'ils ont avec ces derniers (BARTH, 1969). L'identité ethnique ne possédant aucune stabilité intrinsèque, il est vain, selon lui, de chercher les traits culturels spécifiques à une population donnée. L'intérêt scientifique des recherches sur les groupes ethniques consiste plutôt à s'interroger sur la création, le maintien ou la disparition des frontières qui séparent différents

⁵ Voir Thomas (1984).

groupes. Quelles que soient ses limites (MARTINELLO, 1995; JUTEAU, 1999; BASTENIER, 2004), l'approche de Barth reste incontournable et constitue un bon point de départ pour poursuivre l'interrogation sur l'expérience des migrants mozambicains. Leur conscience ethnique naît en effet de l'épreuve de la xénophobie à laquelle elle apporte une réponse identitaire. Les Noirs sud-africains ne les catégorisent pourtant pas nécessairement comme des « Mozambicains », soit en fonction de leur origine nationale. Ils les rangent tout autant, et au moins aussi souvent, dans celles des *Makwerekwere*, le mot générique et péjoratif par lequel sont désignés tous les Africains non sud-africains, des « Shangaans », quand ils parlent cette langue qui est aussi celle d'un des groupes ethniques de l'Afrique du Sud, ou des « Maputo », c'est-à-dire de la ville dont la grande majorité est originaire. Ils en viennent pourtant progressivement, et notamment au contact des Mozambicains qui sont arrivés avant eux, à se penser comme un groupe ethnique particulier caractérisé par une même origine nationale. Ce processus ne concerne d'ailleurs pas que les migrants originaires de Maputo. Bien que mon enquête ait porté essentiellement sur ces derniers, j'ai ainsi eu à de nombreuses reprises l'occasion de constater que les Mozambicains des régions centrales du Mozambique et n'ayant parfois que le portugais comme langue commune avec ceux venus de Maputo tiennent un discours similaire à ceux-ci sur les Noirs sud-africains et sur eux-mêmes.

Trois traits reviennent à ce propos dès qu'ils se démarquent : une identité de travailleur, la probité et la dénonciation du tribalisme. Les deux premiers n'ont en soi rien de très originaux ; on les retrouve chez les migrants du monde entier. Le troisième mérite est en revanche autrement plus intéressant, en ce qu'il révèle la transformation en caractéristique culturelle d'un élément du discours politique tenu par le FRELIMO au Mozambique. Il leur permet de se considérer plus « avancé » que les Sud-africains qui en seraient justement encore, selon eux, au temps du tribalisme.

La conscience ethnique des migrants mozambicains se développe à partir d'une origine nationale commune sans pourtant qu'il soit possible de dire qu'ils éprouvent un fort sentiment d'appartenance nationale. Cette conscience ethnique fondée sur la nationalité repose avant tout sur l'expérience qu'ils partagent à Johannesburg⁶. Elle se forme au travers du jugement normatif qu'ils portent sur le mode de vie des Sud-africains ou, à tout le moins, ce à quoi ils le ramènent. Elle délimite peu à peu les frontières du groupe ethnique des Mozambicains qui émerge en creux de la signification partagée d'une condition d'abord éprouvée en première personne avant d'être lue comme une expérience commune. Des

⁶ Sur le processus de formation d'une conscience ethnique, voir Bastenier (2004).

arguments culturels entrent ici dans leur identification sociale, comme cela a été fréquemment remarqué dans ce type de processus (BANTON, 1983).

Dans la situation migratoire, les Mozambicains se découvrent donc une origine et des valeurs communes, ce sans quoi il n'y a pas de groupe ethnique. Le groupe ethnique qui apparaît alors ne possède toutefois pas une consistance suffisante pour les amener à s'auto-organiser. La logique de l'intérêt individuel l'emporte sur la conscience ethnique, et le sentiment d'appartenance à un même groupe ethnique fonctionne principalement comme une ressource dans la construction de l'identité personnelle. Ces migrants puisent en effet dans les valeurs culturelles et la supériorité morale qu'ils attribuent aux Mozambicains les éléments qui leur permettent de refuser leur infériorisation sociale à Johannesburg. Aucune pratique collective n'en résulte, si ce n'est celle qui consiste justement à entretenir discursivement la frontière ethnique du groupe dans les discussions sur les Sud-africains qu'ils ont entre eux quand ils se rencontrent. La référence à la moralité qui participe à la délimitation de cette frontière ethnique se combine aussi avec une idée de la commune humanité de tous les individus dignes de valeur. Celle-ci repose sur la différence entre ceux qui ont qualité de « personne » (*pessoa*) et ceux dont on peut aussi dire qu'ils appartiennent à la catégorie des « êtres humains » (*gente*). Si appartenance ethnique et appartenance nationale se recourent chez les Mozambicains de Johannesburg, il n'est toutefois pas possible de dire que l'une s'impose à l'autre, puisque, en définitive, c'est la commune humanité des individus qui semble devoir prévaloir pour eux. Et on peut à ce propos faire l'hypothèse que c'est le primat de l'importance accordée à la commune humanité qui explique la faiblesse de l'ethnicité et du sentiment d'identité nationale des migrants mozambicains. Car ce qu'ils pensent pouvoir partager avec les autres êtres humains est en définitive plus fort que ce qu'ils estiment partager entre eux. C'est à la fois là un trait qui leur permet de nouer des relations variées – même si fragiles – et de s'insérer peu à peu et tant bien que mal dans l'environnement difficile de Johannesburg. C'est aussi ce qui les maintient isolés, en ne leur fournissant pas de quoi étayer une action collective fondée sur l'ethnicité.

Note finale

Le thème de la globalisation suscite aujourd'hui un nombre croissant de propos qui affirment l'interpénétration nouvelle de tous les contextes, que ce soit pour souligner leur hybridation ou relever la résistance du « local » aux processus globaux. Si ce phénomène ne fait pas de doute dans sa généralité, les commentaires auquel il donne lieu ne manquent toutefois pas fréquemment de surprendre par le faible souci de la réalité empirique

et historique qui les inspirent. Il ressort en effet le plus souvent de leur lecture l'idée que le monde contemporain est soumis à un même mouvement qui produit en tous les lieux des effets plus ou moins similaires.

Le cas des migrants mozambicains à Johannesburg appelle justement à la prudence en la matière, sans toutefois conduire à refuser de prendre en compte les transformations bien réelles du monde contemporain. Et ce pour au moins deux raisons.

Il rappelle d'abord l'imbrication ancienne du Mozambique et de l'Afrique du Sud, qui reçoit des travailleurs migrants depuis le dix-neuvième siècle. En Afrique australe comme dans bien d'autres régions, le transnationalisme n'a rien d'un fait sur lequel s'extasier comme s'il s'agissait d'une nouveauté sans précédent (WALDINGER; FITZGERALD, 2004). Le système du travail migrant qui a pendant près d'un siècle structuré ce flux migratoire n'organise certes plus aujourd'hui les mouvements entre le Mozambique et l'Afrique du Sud comme du temps où il canalisait la main d'œuvre vers les mines. A-t-il pour autant véritablement disparu dans son esprit ? C'est la question que l'on peut se poser au vu des transformations de cette migration de travail ces deux dernières décennies. Suite à l'accord entre Maputo et Pretoria de 2005, la facilitation des séjours de courte durée des ressortissants mozambicains en Afrique du Sud a fluidifié les échanges entre les deux pays, désormais devenus démocratiques, dirigés par des Africains et insérés dans l'ensemble politico économique plus large de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC). Il ne serait aussi pas excessif, à maints égards, d'entrevoir la mise en place progressive de ce qui serait de fait un nouveau système du travail migrant entre ces deux régions, un système alors mieux adapté aux besoins de l'économie post-fordiste de la métropole sud-africaine, qui requiert une main-d'œuvre plus diverse et flexible et repose davantage sur le secteur informel et le commerce transfrontalier.

Il en découle ensuite que, aujourd'hui comme hier, l'expérience des migrants mozambicains reste en large part déterminée par des facteurs politiques. Ils ne sont pas seulement « ici » et « là », ou « d'ici et de là-bas », pour reprendre des termes communément utilisés à propos des migrants transnationaux. Ils sont aussi des individus dont les vies et les mouvements sont façonnés par des États et des frontières sociopolitiques, qui définissent les formes de leurs appartenances. La faiblesse de l'organisation sociale et l'absence de l'organisation politique des Mozambicains à Johannesburg l'expriment à leur manière. En transit permanent ou potentiel, ils présentent un des aspects de la modernité dans les métropoles des sociétés périphériques gagnées par le fait démo-

cratique. Bien qu'il s'agisse à n'en point douter d'un processus incertain et éminemment fragile, on peut ainsi voir l'utilisation de catégories morales pour dénoncer le tribalisme et affirmer la commune humanité de tous les individus comme des éléments indiquant le cheminement vers la modernité démocratique.

Car, aussi imparfaite soit-elle dans la région, la démocratie introduit des significations nouvelles dans le phénomène ancien de cette migration. Largement consécutive à l'ampleur des flux migratoires vers l'Afrique du Sud après la fin de l'apartheid, la xénophobie des noirs sud-africains à l'encontre des Africains d'origine étrangère en est la plus inattendue et la plus préoccupante. Il convient toutefois, rappelons-le, de la comprendre dans le contexte du bouleversement d'un ordre social, où la figure du migrant étranger n'occupait auparavant qu'une place marginale et où l'évolution politique n'a pas été accompagnée par l'amélioration des conditions de vie de la majorité de ceux qui étaient antérieurement discriminés. La façon de concevoir l'appartenance a aussi sensiblement changé chez les migrants mozambicains à la faveur de la disparition du système de l'apartheid. Confrontés à une redéfinition des frontières du national et de l'étranger qui a accentué leur extranéité en Afrique du Sud, ils se réfèrent désormais à une origine nationale commune pour se dire. Il est prématuré de donner un sens à ce changement, même s'il est probable qu'il exerce à terme quelque influence sur les pratiques politiques au Mozambique. Comme cela a été observé à maintes reprises dans d'autres situations migratoires, il est aussi permis de penser que la présence croissante de femmes parmi les migrants mozambicains contribuera à rendre les rapports de genre moins inégalitaires aussi bien dans la société d'origine que sur le lieu de la migration.

Les réponses à ces interrogations appellent bien entendu de nouvelles recherches nourries de la conviction que l'étude des migrations internationales a tout à gagner à être menée au travers d'une interrogation sur le politique qui permet de mettre en relief des dimensions reléguées en arrière-plan par des approches trop exclusivement centrées sur les dimensions culturelles et économiques des phénomènes migratoires.

Bibliographie

BANK, Leslie. Rhythms of the Yards: Urbanism, Gender, and Backyard Shack Upgrading in a South African City. In: QUEEN ELIZABETH HOUSE'S ANNIVERSARY CONFERENCE: NEW DEVELOPMENT THREATS AND PROMISES, 50., 2005, [Oxford]. *Anais...* Oxford: Oxford University, 2005.

BANTON, Michael. *Racial and Ethnic Competition*. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.

BARTH, Fredrick. Les groupes ethniques et leurs frontières. In: POUTIGNAT, Philippe; STREIFF-FENART, Jocelyne (Ed.). *Théories de l'ethnicité*. Paris: PUF, 1969. p. 203-249.

BASTENIER, Albert. *Qu'est-ce qu'une société ethnique?: ethnicité et racisme dans les sociétés européennes*. Paris: PUF, 2004.

BOZZOLI, Belinda; NKOTSOE, Mmantho. *Women of Phokeng: consciousness, life strategy, and migrancy in South Africa, 1900-1983*. Portsmouth: NH/Heinemann, 1991.

CAHEN, Michel. *Mozambique: la révolution implosée: études sur douze ans d'indépendance (1975-1987)*. Paris: L'Harmattan, 1987.

COQUERY-VIDROVITCH, Catherine. De la ville en Afrique noire. *Annales HSS*, Paris, n. 5, p. 1087-1119, sept./oct. 2006.

CRUSH, Jonathan; JEEVES, Alan; YUDELMAN, David. *South Africa's labor empire: a history of black migrancy to the gold mines*. Cape Town: David Philip, 1991.

CRUSH, Jonathan (Ed.). *Beyond control: immigration and human rights in a Democratic South Africa*. Cape Town: Southern African Migration Project, 1998.

CRUSH, Jonathan; MCDONALD, David A. (Ed.). *Transnationalism and new African Immigration to South Africa*. Cape Town: SAMP/CAAS, 2002.

DAUM, Christophe. La coopération, alibi de l'exclusion des immigrants?: l'exemple malien. In: FASSIN, Didier; MORICE, Alain; QUIMINAL, Catherine (Ed.). *Les lois de l'hospitalité: les politiques de l'immigration a l'épreuve des sans-papiers*. Paris: La Découverte, 1997. p. 197-216.

DE VLETTER, Fion. *Sons of Mozambique: mozambican miners and post-apartheid South Africa*. [S.l.]: Southern African Migration Project, 1998.

EPSTEIN, Arnold Leonard. *Politics in an urban african community*. Manchester: Manchester University Press, 1958.

HARRIES, Patrick. *Work, culture, and identity: migrant laborers in Mozambique and South Africa, c. 1860-1910*. Johannesburg: WUP, 1994.

HELLMANN, Ellen. *Rooiyard, a sociological survey of an Urban Native Slum Yard*. Cape Town: Oxford University Press, 1948.

JUTEAU, Danielle. *L'ethnicité et ses frontières*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 1999.

KATZENELLENBOGEN, Simon E. *South Africa and Southern Mozambique: labour, railways and trade in the making of a relationship*. Manchester: Manchester University Press, 1982.

LAMONT, Michèle. *The dignity of working men: morality and the boundaries of race, class, and immigration*. Harvard: Harvard University Press, 2000.

MADSEN, Morten. *A walk through thick bushes: an ethnographic account of undocumented Mozambicans in Johannesburg*. 2004. Thesis (Master's)–University of Copenhagen, Copenhagen, 2004.

MALOKA, Tshidiso. Mines and Labour Migrants in Southern Africa. *Journal of Historical Sociology*, [S.I.], v. 2, n. 10, 1997. p. 213-224.

MARTINIELLO, Marco. *L'ethnicité dans les sciences sociales contemporaines*. Paris: PUF, 1995.

MAYER, Philip. *Townsmen or tribesmen: conservatism and the process of urbanization in a South African City*. Cape Town: Oxford University Press, 1961.

MCNAMARA, J. K. Brothers and work mates: home friend networks in the social life of Black migrants in a gold mine hostel. In: MAYER, Philip (Ed.). *Black villagers in an industrial society: anthropological perspectives on labour migration in South Africa*. Cape Town: Oxford University Press, 1980. p. 305-339.

MORRIS, Allan. *Bleakness & light: inner-city transition in Hillbrow, Johannesburg*. Johannesburg: Witwatersrand University Press, 1999.

PHILIPS, Ray E. *The Bantu in the city: a study of cultural adjustment on the Witwatersrand*. Lovedale: The Lovedale Press, 1939.

SAYAD, Abdelmalek. *The suffering of the immigrant*. Cambridge: Polity Press, 2004.

THOMAS, William Isaac. Définir la situation. In: GRAFMEYER, Yves; JOSEPH, Isaac (Ed.). *L'école de Chicago: naissance de l'écologie urbaine*. Paris: Aubier, 1984. p. 79-82.

TIMERA, Mahamet. Sans-papiers africains face aux «communautés» d'origine. In: FASSIN, Didier; MORICE, Alain; QUIMINAL, Catherine (Ed.). *Les lois de l'hospitalité: les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*. Paris: La Découverte, 1997. p. 95-106.

TOMLINSON, Richard et al (Ed.). *Emerging Johannesburg: perspectives on the postapartheid city*. London: Routledge, 2003.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Centro de Estudos Africanos. *O mineiro moçambican: um estudo sobre a exportação de mão de obra em Inhambane*. Maputo: Universidade Eduardo Mondlane, 1998.

WA KABWE-SEGATTI, Aurelia. *La place de l'étranger dans la " nouvelle " Afrique du Sud: la réforme d'une politique de l'immigration (1986-2002)*. 2003. Thèse (Doctorat)-Université de la Réunion, Saint-Denis, 2003.

WALDINGER, Roger. The ethnic enclave debate revisited. *International Journal of Urban and Regional Research*, [San Francisco], n. 17, p. 444-452. 1993.

WALDINGER, Roger; FITZGERALD, David. Transnationalism in question. *American Journal of Sociology*, v. 109, n. 5, p. 1177-1195, 2004.

WILSON, Kenneth; PORTES, Alejandro. Immigrant enclaves: an analysis of the labor market experiences of cubans in Miami. *American Journal of Sociology*, Chicago, p. 295-319, 1980.



SEGURANÇA ALIMENTAR E DIREITO À ALIMENTAÇÃO: IDEOLOGIA, POLÍTICA E JUSTIÇA SOCIAL

Catherine Bélair¹

¹ Doctorante en anthropologie - Université Laval,
Département d'anthropologie - Québec (Québec)
G1K 7P4 - Canada - catherine.belair.2@ulaval.ca.

Resumo: Este artigo busca precisar os conceitos de segurança alimentar e do direito à alimentação. Em cada um destes dois conceitos três campos conexos serão examinados: o da definição, o da aplicabilidade e o nível de análise (individual ou coletivo). À medida que as definições de segurança alimentar e de direito à alimentação se aproximam, eu aponto que seus objetivos e sua aplicabilidade divergem de maneira importante. Assim é possível colocar em relação os dois conceitos a fim de sugerir que o direito à alimentação, por ser um objetivo em si mesmo, é mais um instrumento para atingir a segurança alimentar.

Palavras-chave: Segurança alimentar. Direito à alimentação. Direitos humanos. Ideologia. Política. Justiça social. Dignidade. Fome endêmica.

1 Segurança alimentar e Direito à alimentação: ideologia, política e justiça social

No Brasil, em certas regiões do Estado do Ceará¹, a fome endêmica² representa para a reflexão antropológica um problema dos mais complexos. Esta problemática se articula em dois eixos: de um lado a existência da fome endêmica é um sensível indicador coletivo em face do desenvolvimento e do bem-estar social e, por outro lado, ela é a atualização de uma experiência individual. Nós também encontraremos esta dualidade do coletivo e do indivíduo nos dois conceitos relativos à fome endêmica: a segurança alimentar e o direito à alimentação. Estes conceitos, frequentemente enunciados nas políticas públicas que buscam erradicar a fome endêmica no Brasil, revelam a existência de um debate que requer uma atenção e um rigor maior. À medida que a definição destes dois conceitos se aproximam, eu sugiro que seus objetivos e sua aplicabilidade diferem. Este artigo busca assim questionar a utilização e a operacionalização destes termos.

2 Segurança Alimentar: Ideologia e Política

Originalmente o conceito de segurança alimentar estava relacionado à questão da acessibilidade e, na escala mundial, sempre relacionado ao aprovisionamento alimentar de base a fim de sustentar uma constante expansão do consumo alimentar e de compensar as flutuações de produção e de preço. (WORLD FOOD CONFERENCE, 1974; MECHLEM, 2004). Esta perspectiva fixou seu objetivo na argumentação da produção alimentar global a fim de prover as necessidades de uma população em crescimento constante, uma vez que a preocupação geral se situava no nível da possibilidade de penúrias alimentares generalizadas que, conseqüentemente, exigiriam a implantação de medidas de proteção para as colheitas. (MAXWELL, 1996). No fim da crise alimentar dos anos 1970, o plano de ação da FAO (WORLD FOOD CONFERENCE, 1974) – Plano de ação da segurança alimentar mundial – encorajou os governos a (1) aproveitar plenamente a situação mundial de relativa suficiência dos cereais com o objetivo de acumular reservas e a (2) adotar e aplicar políticas nacionais com objetivos precisos em relação à segurança alimentar. (TOMASEVSKI, 1987). Assim, a relevância do conceito, articulando-se em torno de um coletivo, não importando se este se situa na escala internacional ou nacional, e sua progressão, de uma ideologia à uma política, parecia querer se materializar.

¹ Dois trabalhos de campo realizados em Trairi (CE) em 2005 e em Itapiúna (CE) e Fortaleza (CE) em 2008 dizem respeito às reflexões deste artigo.

² A fome endêmica se caracteriza por uma insuficiente alimentação e por uma situação onde a alimentação disponível pelo consumo é julgada inadequada à manutenção da boa saúde.

Com a onda de publicações, Amartya Sen³ (1981) imprevisivelmente mudou a corrente teórica para o doméstico e o indivíduo. A pobreza e a inacessibilidade à alimentação foram reconhecidas como fatores chaves que levam à insegurança alimentar. A agenda das políticas sobre a segurança alimentar então se ampliou para incluir a fome endêmica. (CLAY, 1997). E a questão do bem-estar de cada indivíduo ganhou maior amplitude tornando-se um ponto de partida para a definição de segurança alimentar adotada pelo Banco Mundial⁴. As relações complexas existentes entre insegurança alimentar crônica, sazonal e provisória, as estratégias de sobrevivência das famílias e dos indivíduos e as escolhas privilegiadas quanto à maneira de dispensar os recursos alimentares insuficientes encontraram-se assim no centro dos debates e de maneira que o conceito de segurança alimentar ampliou-se para incluir as questões de bem-estar.

Os trabalhos de pesquisadores em saúde pública e em nutrição mais uma vez ampliaram os significados e os parâmetros da segurança alimentar⁵. Torna-se então possível, e mesmo oportuno, conceber o conceito como um elemento fazendo parte simultaneamente de vários elementos sociais tais como uma alimentação adequada e segura, cuidados de saúde adequados e o controle de doenças. (MECHLEM, 2004). Constata-se assim que o conceito de segurança alimentar assumiu diversos sentidos e reconheceu diversos indicadores no curso dos anos. (MAXWELL, 1996). Atualmente sua definição mais comum é a adotada pelo consequente ápice mundial da alimentação de 1996. Ela estipula que « segurança alimentar existe quando todos os seres humanos, em todos os momentos, tenham um acesso físico e econômico à uma alimentação suficiente, sã e nutritiva lhes permitindo satisfazer suas necessidades energéticas e suas preferências alimentares para levar uma vida saudável e ativa » (SOMMET MONDIAL DE L'ALIMENTATION, 1996). Esta definição leva em conta o coletivo assim como o individual e torna-se um conceito provedor para os Estados como o Brasil, que lutam contra a insegurança alimentar e os seus efeitos nefastos.

No Brasil, o governo central não é insensível à problemática da segurança alimentar. Em 2003, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva instaurou um programa de assistência alimentar e social, o projeto *Fome Zero*, que se apoia na lei brasileira sobre a segurança alimentar. A Lei

³ Sen (1981) invalidou a teoria que desejava que a insegurança alimentar fosse sobretudo a consequência de uma falta de disponibilidade dos produtos alimentares mundiais propondo que a segurança alimentar de cada indivíduo seja dependente principalmente de suas possibilidades de acessar o alimento, isto é, da sua capacidade em estabelecer seu direito à alimentação suficiente pelas relações de produção, trabalho, comércio e transporte. Ela demonstrou igualmente que a segurança alimentar dos indivíduos pode ser severamente perturbada mesmo diante da provisão alimentar suficiente.

⁴ O Banco Mundial (1986) estabelece que a segurança alimentar é a acessibilidade à alimentação para todos e em todo momento, a fim de assegurar uma vida ativa e saudável.

⁵ Ver EIDE; OSHAUG; EIDE, 1991; DE ROSE; MESSER; MILLMAN, 1998.

nº 11.346, intitulada Lei de segurança alimentar e nutricional adotada em 15 de setembro de 2006, afirma os direitos de todos à acessibilidade regular e permanente aos alimentos de qualidade e em quantidade suficiente sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais. (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2006). Ela também permitiu a implantação de um sistema nacional de segurança alimentar e nutricional conhecido sob a denominação de Sisan, que porta uma atenção específica à temática da fome endêmica e busca elaborar novas estratégias para assegurar o sucesso da política nacional.

A III Conferência Nacional da Segurança Alimentar e Nutricional do Brasil⁶, ocorrida em Fortaleza (CE) em julho de 2007, a qual eu assisti, demonstrou o desejo e a vontade da administração federal de atingir este objetivo e de colocar em prática diferentes estratégias a partir da Lei nº 11.346 que foi analisada, retificada e adotada pelas delegações dos 27 estados do Brasil e do Distrito Federal presentes. Todavia, mesmo que as trocas entre os diferentes representantes da sociedade civil que aparecem no relatório exaustivo publicado pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea)⁷ levem a crer em ações otimistas, eu devo admitir em decorrência de minha estada de quatro meses no Estado de Ceará em 2008, que ainda vários obstáculos devem ser superados e vários problemas devem ser resolvidos.

O fato do conceito de segurança alimentar no Brasil ser em princípio um conceito político representa um primeiro obstáculo importante. Mesmo que um processo democrático esteja na base das iniciativas e mudanças ligadas ao conceito de segurança alimentar, e que um peso quase igual seja dividido entre os diferentes atores da sociedade civil – as vozes comunitária, regional e nacional –, é importante notar que a voz das pessoas pobres e extremamente pobres, não é ouvida. Assim, vários atores permanecem excluídos das discussões públicas e políticas que têm justamente por objetivo elaborar ideias inovadoras e estratégias políticas para melhorar o cotidiano das pessoas que conhecem a insegurança alimentar. E admitamos que as informações adicionais desta população poderia contribuir para um debate de uma grandeza imensurável e de uma importância inestimável! Todavia, resta refletir como seria possível criar um espaço de inclusão para este testemunho de grupos desfavorecidos.

⁶ Trata-se da conferência “ Por um Desenvolvimento Sustentável com Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional”, a qual eu assisti como convidada especial do Estado do Ceará.

⁷ O relatório final da conferência se intitula, *III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional : Por um Desenvolvimento Sustentável com Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional*, Relatório Final 2007.

O fato de as políticas estabelecidas não atingirem a maioria das comunidades brasileiras necessitadas, constitui o segundo obstáculo. Eu falo aqui das cidades de Itapiúna, de Trairi e de Lagamar⁸, que em 2008 receberam pouquíssimo apoio estatal, para não dizer nenhum, onde eu desenvolvi pesquisas de campo, para citar alguns exemplos entre muitos⁹. Nestas cidades o conceito de segurança alimentar é inexistente, é uma política desconhecida. À exceção de sua inclusão em alguns documentos municipais e de sua utilização em certas ONGs que possuem uma perspectiva educativa, a própria ideia de segurança alimentar é, acima de tudo, uma entidade fictícia. O terceiro obstáculo decorre de uma incapacidade de determinar qual a influência real da política de segurança alimentar no âmbito das comunidades locais mesmo que ela reconheça o direito a uma alimentação acessível, saudável e adequada, sempre respeitando o caráter cultural de cada região do Brasil.

Realizar a segurança alimentar é garantir às populações não somente o bem-estar pelo acesso a uma alimentação saudável, mas também a durabilidade e a permanência deste acesso a provisões suficientes. Enquanto ideologia, o conceito de segurança alimentar de uma parte, poderia impor o exame de estruturas políticas, econômicas e sociais que perpetuam, voluntariamente ou não, as desigualdades. Isto remeteria o debate ao nível coletivo e das sociedades e permitiria avaliar o papel dos atores políticos, das corporações alimentares, etc, e o poder que elas detêm. Torna-se assim necessário efetuar um maior número de trabalhos de pesquisa que focalizem as dinâmicas relacionando ou dissociando os diferentes fenômenos que influenciam positivamente ou negativamente a segurança alimentar. Enquanto política, parece que, por outro lado, as recaídas sociais da segurança alimentar continuam limitadas: existem meios que tenham sido elaborados a fim de assegurar que no Brasil o Sisan seja respeitado por exemplo? Quais seriam as estratégias que poderiam ser aplicadas a fim de contribuir e de garantir a segurança alimentar de todos? Estas questões parecem sem resposta no momento. Entretanto existe uma abordagem diferente, aquela do direito à alimentação que poderia fornecer algumas proposições originais.

3 O Direito à alimentação: um apelo à justiça social

Desde a adoção da Declaração universal dos Direitos Humanos

⁸ Lagamar é uma das mais antigas *favelas* da capital Fortaleza (CE).

⁹ O apoio estatal em questão se refere ao auxílio que todos os brasileiros e brasileiras de diferentes comunidades têm direito de acordo com o programa social *Fome Zero*.

(1948)¹⁰, o direito à alimentação é reconhecido em vários documentos oficiais e oficiosos (MECHLEM, 2004). Mas se a questão do direito à alimentação parece acima de tudo ausente dos debates intelectuais em torno da fome endêmica, o interesse dado à segurança alimentar a fez renascer.

O documento mais provável, mais explícito e mais mobilizador que dá origem ao direito à alimentação permanece sendo o *Pacto internacional relativo aos direitos econômicos, sociais e culturais* (1966) que afirma no artigo 11:

[...] o direito de toda pessoa à um nível de vida suficiente para ela mesma e sua família, incluindo a alimentação, um vestuário e uma moradia suficientes, assim como à uma melhoria constante de suas condições de existência. [...] Os Estados participantes do presente Pacto reconhecem [igualmente] o direito fundamental de toda pessoa estar abrigada da fome. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1966).

Assim, o direito à alimentação é um conceito legal e normativo que se expressa por meio do direito, as obrigações do Estado sobre este direito¹¹, a execução e as violações, tanto no nível nacional como internacional. O direito à alimentação representa assim, bem mais que um objetivo político vago, substituível e sujeito a redefinições constantes, uma vez que sua força conceitual repousa sobre a especificidade das obrigações assumidas pelos Estados que reconhecem este direito.

De uma maneira geral, o direito à alimentação reconhece concretamente a ideia que cada um deve dispor de alimentos necessários à obteção e à manutenção de condições nutricionais convenientes. Falando teoricamente, diríamos que “o direito a uma nutrição suficiente é concretizado quando todo homem, mulher e criança, isolados ou vivendo em comunidade, tenham fisicamente e economicamente sempre acesso a uma alimentação suficiente ou aos modos de obtê-la”. (ORGANIZATION DES NATIONS UNIES, 1999). Diante desta definição Jean Ziegler¹² faz uma apreciável abordagem exegética que é sensivelmente diferenciada. De fato, ele explica que o “direito à alimentação é o direito de ter um acesso regular, permanente e livre, seja diretamente, seja por meio da compra monetária, de uma alimentação quantitativamente e qualitativamente adequada e suficiente

¹⁰ É oportuno mencionar aqui que o nome francês da II est opportun de mentionner ici que le nom français de “Declaração Universal dos Direitos do Homem” carece de uma precisão terminológica, uma vez que ele não representa uma equivalência absoluta da expressão “Declaration of Human Rights”.

¹¹ As obrigações dos Estados são claramente indicadas no Pacto que entrou em vigor em 1966. Ele é específico que os Estados componentes tomarão medidas apropriadas para assegurar a realização do direito à alimentação e que, neste caso, reconhecem a importância primordial de uma cooperação internacional livremente consentida.

¹² Jean Ziegler é o relator especial da comissão dos Direitos Humanos das Nações Unidas.

que corresponda às tradições culturais do consumidor e que assegure uma vida psíquica e física, individual e coletiva, livre de sofrimento, satisfatória e digna". (ZIEGLER, 2001). Convém reter a ideia subjacente a estas diferentes abordagens conceituais que é a dignidade, o que permite assegurar que todos e todas tenham as suas necessidades satisfeitas, livres da fome e beneficiem-se de uma segurança alimentar duradoura¹³.

Observamos que o direito à alimentação, enquanto direito político, social e econômico, não tem nenhum sentido para aqueles que empregam todos os seus esforços na busca de alimento para sobreviver. Consequentemente, vários fatores devem estar presente para garantir o direito à alimentação. Entre os mais importantes, a possibilidade de acessar recursos, notadamente graças a um trabalho; acesso a terra, à água e ao crédito; a existência de mecanismos de mercados equitáveis e eficazes, acrescidos de segurança e, enfim, a segurança alimentar e a proteção ao consumidor. O direito à alimentação deve, assim, cobrir todo o espectro dos direitos humanos, uma vez que para obter o direito à alimentação é imperativo respeitar os valores culturais das populações e lhes fornecer acesso aos serviços de saúde e educação, à propriedade privada e à organização econômica e política.

Considerando a questão a partir deste ponto de vista, é necessário reconhecer que o direito à alimentação diz respeito à boa governança e dá uma atenção particular aos desmunidos e marginalizados. Assim a obrigação do Estado se situa além do respeito, da proteção e do acompanhamento do direito à alimentação. Por outro lado, a aplicação do direito à alimentação engloba também o respeito dos direitos humanos relativos à vida, à liberdade, à dignidade, ao bem-estar, a saúde, ao alojamento e ao trabalho. Assim, estes direitos nos convidam a contemplar, mesmo que brevemente, a noção de justiça social e da instauração da igualdade.

Segundo Charles Beitz (1979), a justiça social impõe a ideia de que os direitos humanos, e assim igualmente o direito à alimentação, sejam direitos de todo o ser humano para a satisfação de múltiplos interesses. (BEITZ, 1979; DONNELLY, 1982). Esta teoria dá ênfase no papel das instituições sociais que distribuem tanto benefícios quanto obrigações das cooperações sociais. E se este papel encontra uma pertinência aqui, é porque as instituições sociais que governam o estatuto da igualdade, ou da desigualdade, dizem respeito às estruturas elementares das sociedades e são portanto, percebidas como legítimas. Uma dinâmica interessante se instala entre justiça social e direito à alimentação: se, em regra geral, são as estruturas institucionais (políticas e econômicas) que prejudicam o acesso

¹³ Uma relação conceitual, que será tratada posteriormente neste artigo, se manifesta entre o direito à alimentação e à segurança alimentar.

e/ou à repartição justa dos alimentos e limitam o consumo alimentar equilibrado, elas igualmente descartam toda a possibilidade de uma justiça social. Uma vez que a falta do direito à alimentação está relacionado a uma injustiça social para a qual soluções rápidas e eficazes não existem ou são muito poucas (é o que se passa nas cidades do Ceará, mencionado acima), será pertinente elaborar uma abordagem de pesquisa ligando estes dois conceitos, tendo como objetivo contribuir, modestamente é importante lembrar, com a esfera dos direitos humanos assim como com a do direito à alimentação.

4 Segurança alimentar e Direito à alimentação: uma relação inevitável

A busca da segurança alimentar e a realização do direito à alimentação constituem relações que devem ser enfatizadas, mesmo que brevemente. Em um primeiro momento, é necessário dizer que os dois conceitos se voltam às questões de disponibilidade, acessibilidade, seguridade e tradições culturais. Por outro lado, se os objetivos da segurança alimentar se explicam a partir de razões morais e econômicas, sobretudo, o direito à alimentação, como todo o direito humano, é baseado exclusivamente na ideia de dignidade que requer, *a priori*, um engajamento de valor (ALSTON, 1998) e o reconhecimento das características universais, interdependentes e inalienáveis dos direitos humanos. Em um segundo momento, é essencial enfatizar que, até o momento, o conceito de segurança alimentar não tem nenhum componente normativo. Além do mais, sendo uma política e não uma lei, está em constante redefinição (MECHLEM, 2004). Por outro lado, o direito à alimentação é reconhecido pelas leis nacionais e internacionais que evocam a ideia de normas precisas e exigem a implantação de obrigações legais. O conceito de segurança alimentar assim como direito à alimentação são, entretanto, difíceis de colocar em prática, o que pode explicar a unidade de análise empregada. O conceito de segurança alimentar se aplica em vários níveis – global, regional nacional, local, comunitário ou individual (MECHLEM, 2004), e o estudo de um nível pode ser útil para o estudo dos outros níveis. Assim, à medida que a segurança alimentar é voltada para o nível individual, as outras unidades se beneficiam da mesma maneira. O que não acontece com o direito à alimentação, uma vez que diz respeito principalmente à esfera individual¹⁴. Em um terceiro e último momento, é necessário precisar que a segurança alimentar se preocupa principalmente com às necessidades alimentares, enquanto o direito à alimentação dirige sua atenção aos princípios dos direitos humanos tais como a responsabilidade, a transparência, a participação dos indivíduos, a independência da ordem judicial e as regras de direito. Preconizando o

¹⁴ Observamos que o direito à alimentação dificilmente pode ser afetado pelo coletivo ou comunitário. (MECHLEM, 2004).

respeito aos princípios fundamentais dos direitos humanos, a aplicação do direito à alimentação fornece ao indivíduo a capacidade de agir enquanto que senhores dos seus direitos, uma vez que permite um distanciamento do indivíduo enquanto objeto alvo das políticas públicas.

5 Conclusão

Este artigo procurou levantar uma certa ambiguidade em relação aos conceitos de segurança alimentar e direito à alimentação. Se por um lado, estes conceitos podem ser utilizados de maneira quase equivalente, uma vez que certos elementos ao nível da definição se assemelham, não há nenhuma dúvida de que sua conceitualização e sua aplicação divergem. O direito à alimentação não é unicamente um instrumento que procura dar sentido ao conceito de segurança alimentar: enquanto que o conceito de segurança alimentar é sobretudo uma política de aplicação limitada, o direito à alimentação pode facilitar a expectativa de certos objetivos políticos. De fato, o direito à alimentação é antes de tudo um objetivo em si mesmo.

Referências

- ALSTON, P. What's in a name: does it really matter if development policies refer to goals, ideals or human rights?. *SIM Special*, Utrecht, n. 22, 1998.
- BEITZ, Charles R. Human Rights and Social Justice. In: BROWN, Peter G.; MACLEAN Douglas (Ed.). *Human rights and U.S. foreign policy*. Massachusetts: Lexington Books, 1979. p. 45-63.
- CLAY, E. Food security: a status report of the literature. *ODI Research Report*, London, issue 7, 1997.
- CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (Brasil). *Lei de segurança alimentar e nutricional: conceitos*. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/consea>>.
- COUNCIL OF FAO SEVENTY-FIFTH SESSION, 75., 1979, Rome. *Report...* Rome: FAO, 1979.
- DE ROSE, L. F.; MESSER, E.; MILLMAN, S. R (Ed.). *Who's hungry?: and how do we know it?: Food shortage, poverty and deprivation*. New York: United Nations University Press, 1998.
- DONNELLY, Jack. *Human rights as natural rights: human rights quarterly*. Baltimore, The John Hopkins University Press, 1982.

EIDE, A.; OSHAUG, A.; EIDE, W. Barth. Food security and the right to food in International Law and Development . *Transnational Law and Contemporary Problems*, Iowa, v. 1, n. 2, 1991.

MAXWELL, S. Food security: a post-modern perspective. *Food Policy*, Amsterdam, n. 21, 155-170, 1996.

MECHLEM, K. Food security and the right to food in the discourse of the United Nations. *European Law Journal*, London, v. 10, n. 5, p. 631-648, 2004.

ORGANIZATION DES NATIONS UNIES (ONU). *Observation générale n°12: Le droit à une nourriture suffisante*. Genève, 1999.

SEN, A. *Poverty and famines: an essay on entitlement and deprivation*. Oxford: Oxford University Press, 1981.

SOMMET MONDIAL DE L'ALIMENTATION, 1996, Rome. *Repport...* Rome: FAO, 1996. Partie 1, Appendis. Disponível em: <http://www.fao.org/wfs/index_fr.htm>.

TOMASEVSKI, K. *The right to food: guide through applicable international law*. Dordrecht: Martinus Nijhoff, 1987.

WORLD BANK. *Poverty and hunger issues and options for food security in developing countries*. Washington, DC, 1986.

WORLD FOOD CONFERENCE, 1974, Rome. *Report...* Rome: FAO, 1974.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Pacto Internacional sobre ds Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. [Washington], 1966. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 14 maio 2008.

ZIEGLER, J. Le droit à l'alimentation. In: COMMISSION DES DROITS HUMAINS DES NATIONS UNIES, 2001, Genève. *Repport...* Genève: ONU, 2001.

SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET DROIT À L'ALIMENTATION: IDÉOLOGIE, POLITIQUE ET JUSTICE SOCIALE

Catherine Bélair¹

¹ Doctorante en anthropologie - Université Laval, Département d'anthropologie - Québec (Québec) G1K 7P4 - Canada - catherine.belair.2@ulaval.ca
Deux études de terrain effectuées à Trairi (CE) en 2005 et à Itapiúna (CE) et à Fortaleza (CE) en 2008 alimentent les réflexions de cet article.

Résumé: Cet article cherche à préciser les concepts de sécurité alimentaire et de droit à l'alimentation. Trois domaines connexes à chacun de ces deux concepts sont examinés : le définitionnel, l'applicabilité et le niveau d'analyse (individuel ou collectif). Dans la mesure où les définitions de sécurité alimentaire et de droit à la nourriture se ressemblent, je proposerai que leurs objectifs et leurs mises en application diffèrent de façon importante. Il est ainsi possible de mettre en relation les deux concepts afin de suggérer que le droit à l'alimentation est bien plus qu'un outil pour atteindre la sécurité alimentaire, car le droit à l'alimentation est un objectif en soi.

Mots clés: Sécurité alimentaire. Droit à l'alimentation. Droits humains. Idéologie. Politique. Justice sociale. Dignité. Faim endémique.

Au Brésil, dans certaines régions de l'État du Ceará¹, la faim endémique² représente un problème des plus complexes pour une réflexion anthropologique. Cette problématique s'articule à deux échelles : d'une part, l'existence de la faim endémique est un indicateur sensible d'un collectif face à son développement et à son bien-être social et, d'autre part, elle est l'actualisation d'une expérience individuelle. Cette dualité du collectif et de l'individu, nous la retrouvons également dans deux concepts de premier plan pour une réflexion ciblant la faim endémique : la sécurité alimentaire et le droit à la nourriture. Ces concepts, souvent énoncés dans les politiques publiques qui cherchent à éradiquer la faim endémique au Brésil, révèlent l'existence d'un débat qui réclame un surplus d'attention et de rigueur. Dans la mesure où les définitions de sécurité alimentaire et du droit à la nourriture se ressemblent, je suggère que leurs objectifs et leurs mises en application diffèrent. Cet article se veut donc être un questionnement de l'utilisation et de l'opérationnalisation de ces termes.

1 La Sécurité Alimentaire: Idéologie et Politique

À l'origine, le concept de sécurité alimentaire était axé sur l'accessibilité en tout temps, et à l'échelle mondiale, à l'approvisionnement alimentaire de base afin de soutenir une expansion constante de la consommation alimentaire et de compenser pour les fluctuations de productions et de prix. (WORLD FOOD CONFERENCE, 1974; MECHLEM, 2004). Cette perspective fixait son objectif sur l'augmentation de la production alimentaire globale afin de subvenir aux besoins d'une population en croissance continue, puisque l'inquiétude générale se situait au niveau de la possibilité de pénuries alimentaires généralisées qui, par la suite, exigeraient la mise en place de mesures de protection pour les récoltes. (MAXWELL, 1996). À la fin de la crise alimentaire des années 1970s, le plan d'action de la FAO – Plan d'action de la sécurité alimentaire mondiale³ a encouragé les gouvernements à (1) profiter pleinement de la situation relativement suffisante des céréales du monde afin d'accumuler des réserves et à (2) adopter et mettre en application des politiques nationales et des objectifs ou des buts précis relatifs à la sécurité alimentaire. (TOMASEVSKI, 1987). Ainsi, la mise en relief du concept s'articulait autour d'un collectif, peu importe que celui-ci se situe à l'échelle internationale ou nationale, et sa progression, d'une idéologie à une politique, semblait vouloir se matérialiser.

¹ Deux études de terrain effectuées à Trairi (CE) en 2005 et à Itapiúna (CE) et à Fortaleza (CE) en 2008 alimentent les réflexions de cet article.

² La faim endémique se caractérise par une insuffisance de nourriture et par une situation où la nourriture disponible pour la consommation est jugée inadéquate au maintien d'une bonne santé.

³ FAO 1979.

Dans la foulée de la publication, devenue un incontournable, d'Amartya Sen⁴ (1981), le courant théorique de la sécurité alimentaire a changé et le point d'intérêt s'est déplacé vers les ménages et l'individu. La pauvreté et l'inaccessibilité à la nourriture ont été reconnues comme étant les facteurs clés qui entraînent l'insécurité alimentaire. L'agenda des politiques portant sur la sécurité alimentaire s'est alors élargi pour inclure la faim endémique. (CLAY, 1997). Et la question du bien-être de chaque individu a pris plus d'ampleur en devenant le point de départ de la définition de la sécurité alimentaire qui a été adoptée par la Banque mondiale⁵. Les rapports complexes qui existent entre l'insécurité alimentaire chronique, saisonnière et provisoire, les stratégies de survie des ménages et des individus, et les choix privilégiés quant à la façon de dépenser les ressources alimentaires insuffisantes se sont aussi retrouvés au centre du débat et ont fait en sorte que le concept de la sécurité alimentaire s'est élargi pour inclure les questions de bien-être.

Les travaux de chercheurs en santé publique et en nutrition ont une fois de plus élargi la signification et les paramètres de la sécurité alimentaire⁶. Il devient alors possible, et même opportun, de concevoir le concept comme étant un élément qui tend à composer simultanément avec plusieurs phénomènes sociaux tels qu'une alimentation adéquate, une alimentation sécuritaire, des soins de santé adéquats et le contrôle des maladies, par exemple. (MECHLEM, 2004). Comme on le constate, le concept de la sécurité alimentaire a revêtu plusieurs sens et reconnu de nombreux indicateurs au cours des ans. (MAXWELL, 1996). De nos jours, sa définition la plus commune est, par contre, celle adoptée à la suite du Sommet mondial de l'alimentation de 1996. Elle stipule que : « la sécurité alimentaire existe lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active » (SOMMET MONDIAL DE L'ALIMENTATION, 1996). Cette définition prend en ligne de compte le collectif ainsi que l'individuel et devient un concept porteur pour les États, comme le Brésil, qui luttent contre l'insécurité alimentaire et ses effets néfastes.

Au Brésil, le gouvernement central n'est pas insensible à la problématique de la sécurité alimentaire. En 2003, le président Luiz Inácio

⁴ Sen (1981) a invalidé la théorie qui voulait que l'insécurité alimentaire soit principalement le résultat d'un manque de disponibilité des produits alimentaires mondiaux en proposant que la sécurité alimentaire de chaque individu soit dépendante principalement de leurs possibilités à accéder à la nourriture, c'est-à-dire de leur capacité à établir leur droit à suffisamment de nourriture par des rapports de production, de travail, de commerce ou de transfert. Elle a ainsi démontré que la sécurité alimentaire des individus peut être sévèrement perturbée malgré la présence d'approvisionnement alimentaire suffisant.

⁵ La Banque Mondiale (1986) établit que la sécurité alimentaire est l'accessibilité à de la nourriture pour tous et en tout temps afin d'assurer une vie active et saine.

⁶ Voir Eide et al. 1991; De Rose et al. (1998).

Lula da Silva a instauré un programme d'assistance alimentaire et sociale, le projet *Fome Zero* qui s'appuie sur la loi brésilienne sur la sécurité alimentaire. La Loi 11.346, intitulée « Lei de segurança alimentar e nutricional » et adoptée le 15 septembre 2006, affirme les droits de tous à l'accessibilité régulière et permanente à des aliments de qualité et en quantité suffisante, sans compromettre l'accès à d'autres nécessités essentielles. (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2006). Elle a aussi permis la mise en place d'un système national de sécurité alimentaire et nutritionnelle connu sous l'appellation de SISAN, qui accorde une attention spécifique à la thématique de la faim endémique et qui travaille à élaborer de nouvelles stratégies afin d'assurer la réussite de la politique nationale.

La troisième conférence nationale de la sécurité alimentaire et nutritionnelle du Brésil⁷, tenue à Fortaleza (CE) en juillet 2007, et à laquelle j'ai assisté, a démontré le désir et la volonté de l'administration fédérale à atteindre ce but et à mettre en place différentes stratégies à partir de la Loi 11.346 qui fut analysée, ratifiée et adoptée par les délégations de chacun des vingt-sept États du Brésil et du District fédéral présentes à la conférence. Toutefois je dois admettre que, bien que les échanges entre les différents représentants de la société civile permettent de croire à des actions optimistes qui apparaissent dans le rapport exhaustif publié par le Conseil National de la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (CONSEA)⁸, et suite à mon séjour de quatre mois dans l'État du Ceará en 2008, plusieurs obstacles restent à surmonter et de multiples problèmes sont encore à résoudre.

Que le concept de sécurité alimentaire au Brésil soit, en principe, un concept politique, représente le premier obstacle d'importance. Même si un processus démocratique est à la base des initiatives et des changements liés au concept de la sécurité alimentaire, et qu'un poids quasi égal semble être réparti entre les différents acteurs de la société civile – les voix communautaire, régionale et nationale –, il est important de noter que la voix des gens pauvres et extrêmement pauvres n'y figure pas. Ainsi, de nombreux acteurs demeurent exclus des discussions publiques et politiques qui ont justement pour objectif d'élaborer des idées novatrices et des stratégies politiques pour améliorer le quotidien des gens qui connaissent l'insécurité alimentaire. Et dire que, les ajouts d'information que cette population pourrait contribuer au débat seraient d'une grandeur immesurable et d'une importance inestimable! Il resterait toutefois à voir comment il serait possible de créer un espace d'inclusion pour ce témoignage des groupes défavorisés.

⁷ Il s'agit de la conférence « Por um Desenvolvimento Sustentável com Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional », conférence à laquelle j'ai assisté à titre d'invitée spéciale de l'État du Ceará.

⁸ Le rapport final de la conférence s'intitule, *III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional : Por um Desenvolvimento Sustentável com Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional*, Relatório Final 2007.

Que les politiques établies n'atteignent pas la majorité des communautés brésiliennes ciblées constitue le deuxième obstacle. Je parle ici des villes d'Itapiúna, de Trairi et de Lagamar⁹ où j'effectue des recherches de terrain, pour ne citer que quelques exemples parmi tant d'autres, qui ne reçoivent, en 2008, que très peu de soutien étatique¹⁰, pour ne pas dire aucun. Dans ces villes, le concept de sécurité alimentaire est inexistant, c'est une politique méconnue et inconnue. À l'exception de son inclusion dans quelques documents municipaux et de son utilisation dans certaines ONG qui œuvrent à partir d'une perspective éducative, l'idée même de sécurité alimentaire est plutôt une entité fictive. Le troisième obstacle découle d'une incapacité à déterminer quelle influence réelle la politique de la sécurité alimentaire peut avoir au niveau des communautés locales bien qu'elle reconnaisse le droit à une alimentation accessible, saine, et adéquate tout en respectant le caractère culturel de chaque région du Brésil.

Réaliser la sécurité alimentaire, c'est garantir aux populations non seulement le bien-être par l'accès à une alimentation saine, mais aussi la durabilité et la permanence de cet accès à des approvisionnements suffisants. En tant qu'idéologie, le concept de la sécurité alimentaire pourrait, d'une part, imposer l'examen des structures politiques, économiques et sociales qui perpétuent, volontairement ou non, les inégalités. Ceci remplacerait le débat au niveau du collectif et des sociétés, et permettrait d'évaluer le rôle que jouent les acteurs politiques, les corporations alimentaires, etc. et le pouvoir qu'ils détiennent. Il devient ainsi nécessaire d'effectuer un plus grand nombre de travaux de recherche qui ciblent les dynamiques reliant, ou dissociant, les différents phénomènes sociaux qui influencent, positivement ou négativement, la sécurité alimentaire. En tant que politique, il semble que, d'autre part, les retombées sociales de la sécurité alimentaire demeurent limitées : existent-ils, par exemple, des moyens qui aient été élaborés afin de s'assurer qu'au Brésil le SISAN soit respecté? Quelles seraient les stratégies qui pourraient être appliquées afin de contrôler et de garantir la sécurité alimentaire de tous? Ces questions semblent, pour le moment, sans réponses. Néanmoins, il existe une approche différente, celle du droit à l'alimentation qui pourrait fournir quelques propositions originales.

2 Le Droit à l'alimentation: Un Appel à la Justice Sociale

Depuis la mise en place de la Déclaration universelle des droits de

⁹ Lagamar est une des plus anciennes *favelas* de la capitale Fortaleza (CE).

¹⁰ Le soutien étatique dont il est question ici se rapporte aux allocations auxquelles les Brésiliens et Brésiliennes des différentes communautés ont droit en vertu des dispositions du programme social *Fome Zero*.

l'homme (1948)¹¹, le droit à l'alimentation est reconnu dans plusieurs documents officiels et officieux (MECH-LEM, 2004). Mais si la question du droit à l'alimentation semble plutôt absente des débats intellectuels autour de la faim endémique, l'intérêt porté à la sécurité alimentaire l'a fait renaître.

Le document à l'origine du droit à l'alimentation le plus probant, le plus explicite et le plus mobilisateur reste toujours le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (1966) qui affirme, dans l'article 11, « le droit de toute personne à un niveau de vie suffisant pour elle-même et sa famille, y compris une nourriture, un vêtement et un logement suffisants, ainsi qu'à une amélioration constante de ses conditions d'existence. (...). Les États parties au présent Pacte reconnaissent [également] le droit fondamental qu'à toute personne d'être à l'abri de la faim ». Ainsi, le droit à l'alimentation est un concept légal et normatif qui s'exprime à travers le droit, les obligations des États envers ce droit¹², l'exécution et les violations et ce, tant au niveau national qu'international. Le droit à l'alimentation représente donc bien plus qu'un objectif politique vague, remplaçable et assujéti à des redéfinitions constantes, car sa force conceptuelle repose sur la spécificité des obligations entreprises par les États qui reconnaissent ce droit.

D'une façon générale, le droit à l'alimentation reconnaît concrètement l'idée que chacun doit disposer de suffisamment d'aliments nécessaires à l'obtention et au maintien de conditions nutritionnelles convenables. Pour s'exprimer d'une façon plus théorique, disons que « le droit à une nourriture suffisante est réalisé lorsque chaque homme, chaque femme et chaque enfant, seul ou en communauté avec d'autres, a physiquement et économiquement accès à tout moment à une nourriture suffisante ou aux moyens de se la procurer ». (ORGANIZATION DES NATIONS UNIES, 1999). En sus de cette définition, Jean Ziegler¹³ fournit une approche exégétique appréciable qui est sensiblement différente. Il explique en effet que « le droit à l'alimentation est le droit d'avoir un accès régulier, permanent et libre, soit directement, soit au moyen d'achats monétaires, à une nourriture quantitativement et qualitativement adéquate et suffisante, correspondant aux traditions culturelles du peuple dont est issu le consommateur, et qui assure une vie psychique et physique, individuelle et

¹¹ Il est opportun de mentionner ici que le nom français de « Déclaration universelle des droits de l'homme » manque de justesse terminologique, car il ne représente pas une équivalence absolue de l'expression « Declaration of Human Rights ».

¹² Les obligations des États sont clairement indiquées dans le Pacte entré en vigueur en 1966. Il y est spécifié que les États parties prendront des mesures appropriées pour assurer la réalisation du droit à l'alimentation et qu'ils reconnaissent, à cet effet, l'importance essentielle d'une coopération internationale librement consentie.

¹³ Jean Ziegler est le rapporteur spécial de la Commission des Droits Humains des Nations Unies.

collective, libre d'angoisse, satisfaisante et digne ». (ZIEGLER, 2001)¹⁴. L'idée fondamentale sous-jacente à ces différentes approches conceptuelles, il convient de le retenir, est la dignité, celle qui permet d'assurer que tous et toutes soient à l'abri du besoin, libérés de la faim et bénéficiant d'une sécurité alimentaire durable¹⁵.

Notons que le droit à l'alimentation, en tant que droit politique, social et économique, n'a aucun sens pour celui ou celle qui consacre toutes ses ressources à la quête de nourriture pour survivre. Par conséquent, plusieurs facteurs doivent être réunis afin de garantir le droit à l'alimentation. Parmi les plus importants : la possibilité de se procurer des ressources, notamment grâce à un emploi; l'accès à la terre, à l'eau et au crédit; l'existence de mécanismes de marché équitables et efficaces, complétés par des filets de sécurité; et, enfin, la sécurité alimentaire et la protection du consommateur. Le droit à l'alimentation doit ainsi recouvrir tout le spectre des droits humains, car pour jouir du droit à l'alimentation, il est impératif de respecter les valeurs culturelles des populations et de leur donner l'accès aux soins de santé et à l'éducation, au droit à la propriété privée et au droit à l'organisation économique et politique.

En considérant la question à partir de ce point de vue, il faut reconnaître que le droit à l'alimentation s'intéresse à la bonne gouvernance et accorde une attention particulière aux plus démunis et aux marginalisés. Et l'obligation des États se situe alors au-delà du respect, de la protection et de l'accomplissement du droit à l'alimentation. Par ailleurs, l'application du droit à l'alimentation englobe aussi le respect des droits humains relatifs à la vie, à la liberté, à la dignité, au bien-être, à la santé, au logement et au travail, par exemple. Ces droits nous amènent alors à contempler, quoique brièvement, la notion de justice sociale et de l'instauration de l'égalité.

Selon Charles Beitz (1979), la justice sociale impose l'idée que les droits humains, et donc aussi le droit à l'alimentation, soient des droits qui reviennent à tout être humain pour la jouissance d'intérêts multiples. (BEITZ, 1979; DONNELLY, 1982). Cette théorie place l'accent sur le rôle que jouent les institutions sociales qui distribuent autant les bénéfices que les fardeaux des coopérations sociales (*Ibid.*). Et si ce rôle trouve une pertinence ici, c'est parce que les institutions sociales qui gouvernent le statut de l'égalité, ou de l'inégalité, relèvent des structures élémentaires des sociétés et sont perçues comme étant légitimes. Une

¹⁴ Commission des Droits Humains des Nations Unies, « Le droit à l'alimentation », rapport présenté par Jean Ziegler, 7 février 2001, E/CN.4/2001/53. §14.

¹⁵ Un lien conceptuel, qui sera traité ultérieurement dans cet article, se manifeste ainsi entre le droit à l'alimentation et la sécurité alimentaire.

dynamique intéressante s'installe entre justice sociale et droit à l'alimentation : si, en règle générale, ce sont les structures institutionnelles (politiques et économiques) qui nuisent à l'accessibilité et/ou à la répartition juste des aliments et limitent la consommation alimentaire équilibrée, elles écartent également toute possibilité à une justice sociale. Puisque le manquement au droit à l'alimentation est lié à une injustice sociale pour laquelle il n'existe pas, ou que très peu, de solutions rapides et efficaces (c'est ce qui se passe dans les villes du Ceará mentionnées plutôt), il serait d'à-propos d'élaborer une approche de recherche jumelant ces deux concepts, l'objectif étant de contribuer modestement, il faut le souligner, à la sphère des droits humains ainsi qu'à celle du droit à l'alimentation.

3 Sécurité Alimentaire et Droit à l'alimentation: Un Lien Inévitable

La quête de la sécurité alimentaire et la réalisation du droit à l'alimentation entretiennent, *ipso facto*, des rapports qui doivent être soulignés, bien que brièvement. Dans un premier temps, il faut mentionner que les deux concepts s'attaquent aux questions de disponibilité, d'accessibilité, de sûreté, et de traditions culturelles. Par contre, si les buts de la sécurité alimentaire s'expliquent à partir de raisons plutôt morales et économiques, le droit à l'alimentation, comme tout droit humain, est basé exclusivement sur l'idée de la dignité qui requiert, à priori, un engagement de valeur (ALSTON, 1998) et la reconnaissance des caractéristiques universelles, interdépendantes et inaliénables des droits humains. Dans un deuxième temps, il est essentiel de souligner que, jusqu'à maintenant, le concept de la sécurité alimentaire demeure un concept politique sans contrainte, car la sécurité alimentaire n'a aucune composante normative. De plus, étant une politique et non une loi, cette dernière est en continuelle redéfinition (MECHLEM, 2004). Par contre, le droit à l'alimentation est reconnu par des lois nationales et internationales qui évoquent l'idée de normes précises et oblige l'implantation d'obligations légales. Le concept de la sécurité alimentaire aussi bien que le droit à l'alimentation sont, cependant, tous deux difficiles à mettre en place, ce qui peut s'expliquer par l'unité d'analyse employée. Le concept de la sécurité alimentaire s'appliquant à plusieurs niveaux – global, régional, national, local, ménager ou individuel (MECHLEM, 2004), l'étude d'un niveau peut-être utile pour l'étude des autres niveaux. Ainsi, lorsque la sécurité alimentaire est atteinte au niveau de l'individu, les autres unités en bénéficient également. Ce qui n'est pas le cas pour le droit à l'alimentation, car il relève surtout de la sphère de l'individu¹⁶. Dans un troisième et dernier temps, il faut préciser que la sécurité alimentaire s'intéresse principalement aux soucis alimentaires,

¹⁶ Notons que le droit à l'alimentation peut difficilement être accompli ou violé pour un collectif ou un ménage (voir Mechlem 2004).

tandis que le droit à l'alimentation porte son attention aux principes des droits humains tels que la responsabilité, la transparence, la participation des gens, l'indépendance de l'ordre judiciaire et les règles du droit. En préconisant le respect des principes fondamentaux des droits humains, l'application du droit à l'alimentation fournit à l'individu la capacité d'agir en tant que maîtres de ses droits, car il permet un détachement de l'individu en tant qu'objet cible des politiques publiques.

4 Conclusion

Cet article cherchait à lever une certaine ambiguïté au sujet des concepts de sécurité alimentaire et de droit à l'alimentation. S'il arrive, à l'occasion, que ces concepts soient utilisés de façon quasi équivalente, puisque certains éléments au niveau définitionnel se ressemblent, il ne fait aucun doute que leur conceptualisation et leur application divergent. Le droit à l'alimentation n'est pas seulement un outil qui cherche à informer le concept de la sécurité alimentaire : tandis que le concept de sécurité alimentaire est surtout une politique à l'application limitée, le droit à l'alimentation peut faciliter l'atteinte de certains objectifs politiques. En fait, le droit à l'alimentation est avant tout un objectif en soi.

Bibliographie

- ALSTON, P. What's in a name: does it really matter if development policies refer to goals, ideals or human rights?. *SIM Special*, Utrecht, n. 22, 1998.
- BEITZ, Charles R. Human Rights and Social Justice. In: BROWN, Peter G.; MACLEAN Douglas (Éd.). *Human rights and U.S. foreign policy*. Massachusetts: Lexington Books, 1979. p. 45-63.
- CLAY, E. Food security: a status report of the literature. *ODI Research Report*, London, issue 7, 1997.
- CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (Brasil). *Lei de segurança alimentar e nutricional: conceitos*. Brasília, 2006. Disponible em: <<http://www.presidencia.gov.br/consea>>.
- COUNCIL OF FAO SEVENTY-FIFTH SESSION, 75., 1979, Rome. *Report...* Rome: FAO, 1979.
- DE ROSE, L. F.; MESSER, E.; MILLMAN, S. R (Ed.). *Who's hungry?: and how do we know it?: Food shortage, poverty and deprivation*. New York: United Nations University Press, 1998.

DONNELLY, Jack. *Human rights as natural rights: human rights quarterly*. Baltimore, The John Hopkins University Press, 1982.

EIDE, A.; OSHAUG, A.; EIDE, W. Barth. Food security and the right to food in International Law and Development . *Transnational Law and Contemporary Problems*, Iowa, v. 1, n. 2, 1991.

MAXWELL, S. Food security: a post-modern perspective. *Food Policy*, Amsterdam, n. 21, 155-170, 1996.

MECHLEM, K. Food security and the right to food in the discourse of the United Nations. *European Law Journal*, London, v. 10, n. 5, p. 631-648, 2004.

ORGANIZATION DES NATIONS UNIES (ONU). *Observation générale n°12: Le droit à une nourriture suffisante*. Genève, 1999.

SEN, A. *Poverty and famines: an essay on entitlement and deprivation*. Oxford: Oxford University Press, 1981.

SOMMET MONDIAL DE L'ALIMENTATION, 1996, Rome. *Rapport...* Rome: FAO, 1996. Partie 1, Appendis. Disponible em: <http://www.fao.org/wfs/index_fr.htm>.

TOMASEVSKI, K. *The right to food: guide through applicable international law*. Dordrecht: Martinus Nijhoff, 1987.

WORLD BANK. *Poverty and hunger issues and options for food security in developing countries*. Washington, DC, 1986.

WORLD FOOD CONFERENCE, 1974, Rome. *Report...* Rome: FAO, 1974.

ZIEGLER, J. Le droit à l'alimentation. In: COMMISSION DES DROITS HUMAINS DES NATIONS UNIES, 2001, Genève. Repport... Genève: ONU, 2001.

SAÚDE: UM DIREITO FUNDADO NA FRATERNIDADE

Sandra Regina Martini Vial¹

¹ **Socióloga, Sanitarista, Mestre em Educação (PUC-RS). Doutora em Evoluzione dei Sistemi Giuridici e Nuovi Diritti, pela Università Degli Studi di Lecce. Estágio de Pós-doutoramento pela Univeristà di Roma Tre. Diretora da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Professora do programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.**

Resumo: Estudar o direito a ter direito à saúde fundado em novos pressupostos significa alargar o leque de análise da complexidade de tê-lo efetivado. Muito já se falou sobre o entendimento da saúde como direito fundamental; neste artigo, pretende-se buscar novos-velhos fundamentos para a análise do tema. Para isso, buscaremos nos pressupostos do direito fraterno novas luzes para o enfrentamento da questão do direito a ter direito à saúde.

Palavras-chave: Saúde. Direito fraterno. Determinantes sociais da saúde.

1 Introdução

“La fraternità è stata la grande promessa mancata della Rivoluzione Illuministica. Affacciatisi allora, è rimasta, non a caso, la parente povera di quel progetto.”¹
(Eligio Resta)

A saúde, que tradicionalmente vem sendo analisada por meio de teorias tradicionais, pode também ser examinada por novas teorias, e é neste sentido que veremos a saúde por intermédio da meta-teoria do direito fraterno². Mais do que uma análise do direito à saúde, apresentaremos, neste artigo, os dados e análises da Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) utilizando como documento-base o Relatório da CNDSS.³

A CNDSS foi instituída por Decreto Presidencial em 13 de março de 2006 e tem, entre outros objetivos, o de gerar informações e conhecimentos sobre determinantes sociais da saúde no Brasil, contribuir para a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde e mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre o tema. Destaca-se o fato de ser o Brasil o primeiro País a criar uma CNDSS, e os aspectos que constam neste relatório nos fazem perceber, entre outras coisas, a necessidade de vermos o direito à saúde sob a perspectiva de pactos, de compartilhamentos, de fraternidade.

Na primeira parte do artigo, descreveremos rapidamente os pressupostos da meta-teoria do direito fraterno para depois cruzarmos os principais pontos deste novo olhar com os determinantes sociais em saúde, o que nos levará à ideia de que é preciso ver o

¹ “A fraternidade foi a grande promessa que faltou à Revolução Iluminista. Apresenta-se, então, não por acaso, como a parente pobre daquele projeto”. [Tradução livre]

² Para entendermos esta abordagem, é importante, também, apresentar seu formulador. Eligio Resta é Sociólogo do Direito, professor da Università Roma Tre. De 1998 a 2002, foi integrante laico do Conselho Superior da Magistratura eleito pelo Parlamento, onde foi Presidente da Comissão Conciliadora competente pelo Regulamento. Também foi Vice-Presidente da Comissão de Reforma, da Comissão para a Magistratura Honorária e da Comissão de Formação dos Magistrados. É membro do Comitê Científico da ONU sobre temas que versam sobre legalidade. Está no Comitê Científico do Centro de Prevenção e Defesa Social, do qual é sócio-fundador. Atualmente, faz parte do grupo internacional de estudos sobre a Constituição Europeia. É codiretor das revistas “Sociologia del Diritto” e “Politica del Diritto”, está no comitê de redação de “Dei Delitti e delle Pene”, “Poder y Control”, “Rivista dell’Amministrazione Pubblica”, “Quaderni del Pluralismo”, “Diritto Romano Attuale” e também no comitê científico da revista “Democrazia e Diritto”, da “Filosofia e Questioni Pubbliche” e da revista “Minorigiustizia”, além de estar no Comitê de Consulta da Revista “Giustizia e Costituzione”. Colaborou com numerosas revistas italianas e estrangeiras. Algumas obras que publicou foram: *Le ipotesi della sociologia del diritto*, Bari, Adriatica, 1972; *Conflitti sociali e giustizia*, De Donato, Bari, 1977; *Diritto e trasformazione sociale*, Bari, Laterza, 1978; *Diritto e sistema politico*, Torino, Loescher, 1982; *L’ambiguo diritto*, Milano, Angeli 1984; *La certezza e la speranza. Saggio su diritto e violenza*, Roma-Bari, Laterza, 1992; *La certezza y la esperanza*, Paidós, Barcelona, 1996; *Poteri e diritti*, Torino, Giappichelli editore, 1996; *La soberania*, Paidós, Barcelona 1997 (con R. Bergalli); *La certezza e la speranza*, Roma-Bari, II edição, 1996; *Le stelle e le masserizie. Paradigmi dell’osservatore*, Roma-Bari, Laterza, 1997; *L’infanzia ferita*, I e II edizione, Roma-Bari, Laterza 1998; *Il diritto fraterno*, Laterza, Roma-Bari, 2003 (II ed.); *Le parole della legge* (2007).

³ Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os determinantes sociais em saúde (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

outro como um *irmão*, não no sentido religioso, mas no sentido social. É preciso entender que a sociedade não é simplesmente um todo orgânico integrado por partes, mas que é uma sociedade sem fronteiras, na qual os limites territoriais acabam sendo desvalorizados; é altamente complexa, contingente e paradoxal, ou, ainda, seguindo as observações de Rudolf von Jhering (2002, p. 71), a sociedade “é uma organização efetiva de vida para e por intermédio dos outros”. Na medida em que a vida em sociedade só é possível por meio do reconhecimento do outro, é necessário entender as novas implicações sociais disto. Hoje, por exemplo, temos o dever de doar órgãos, mas quais os limites do dever doar?

Não é difícil identificar que, nesta sociedade, todos temos muito mais direitos do que podemos efetivamente gozar. A era da inclusão universal já existe, mas sua existência está fundada em situações paradoxais nas quais, muitas vezes, a inclusão se dá pela exclusão; a possibilidade de acesso ao direito de ter direito à saúde se dá, muitas vezes, não pelo sistema de saúde, mas pelo sistema judiciário, ou, ainda pior, por favores políticos ou de *amizade*.

São estes aspectos citados que pretendemos desvelar por meio da análise do direito à saúde na perspectiva do direito fraterno.

2 O Direito Fraterno

“Il diritto fraterno, dunque, mette in evidenza tutta la determinatezza storica del diritto chiuso nell’angustia dei confini statali e coincide con lo spazio riflessione legato al tema dei diritti umani.”⁴ (Eligio Resta)

Revisitar as teorias tem fundamental importância em face da complexidade que atualmente se experimenta no mundo. De acordo com Eligio Resta (2002)⁵, é possível se aproximar deste mundo apenas por meio da solidariedade, uma vez que a solidão vive de separação e distância. Dessa forma, a construção de um novo mundo inserido neste já existente só é possível se buscarmos outros pilares de sustentação, que devem estar fundados na fraternidade, na solidariedade e na paz. Sem isto, a vida no mundo perde o sentido. O que é, então, este mundo ou

⁴ “O direito fraterno, então, coloca em evidência toda a determinação histórica do direito fechado na angústia dos confins estatais e coincide com o espaço de reflexão legado ao tema dos direitos humanos”. [Tradução livre]

⁵ “La solidarietà avvicina mondi mentre la solitudine vive di separazione e di distanze. Il movimento apparentemente si svolge a senso unico, se non ci fossero spinte contraddittorie e ambivalenti; cerchiamo distanze e differenziazioni ma Le revochiamo propotentemente cercando e dando solidarietà, recongiugendo le nostre solitudine attraverso processi non soltanto simbolici che “uniscono”agli altri.” A solidariedade aproxima os mundos, enquanto a solidão vive de separações e de distâncias. O movimento aparentemente desenvolve-se em sentido único, isso se não existem empurrões contraditórios e ambivalentes; procuramos distâncias e diferenciações, mas as revogamos prepotentemente procurando e dando solidariedade, restabelecendo as nossas “solidões” por meio de processos não somente simbólicos que “unem” os outros. [Tradução livre]

esta sociedade na qual exploramos, matamos, desrespeitamos, criamos guerras? É o mundo não-mundo, mas é o que temos. A pergunta seguinte é, pois: como mudar o que está dado? Como fazer com que o direito a ter direitos seja efetivado não pela via da exclusão? Esta reflexão pode ser aprofundada por intermédio da função e dos limites do direito na sociedade atual, como nos diz Stefano Rodotà (2006, p.10):

Viviamo ormai in una *law-saturated society*, in una società strapiena di diritto, di regole giuridiche dalle provenienze più diverse, imposte da poteri pubblici o da potenze private, con una intensità che fa pensare, più che una necessità, a una inarrestabile deriva. La consapevolezza sociale non è sempre adeguata alla complessità di questo fenomeno, che rivela anche asimmetrie e scompensi fortissimi, vuoti e pieni, con un diritto invadente in troppi settori e tuttavia assente là dove più se ne avverrebbe bisogno. Sostenuto da spinte diverse, e persino contraddittorie.⁶

Rodotà tem razão quando diz do excesso e da ausência do direito onde ele deve existir. Mais do que isso, da diversidade de regras que, ao mesmo tempo, autorizam e proíbem, assinalando, com isso, uma nova questão a ser enfrentada pelo direito a ter direito: a ambivalência da técnica, do direito. Eligio Resta vai trazer para o debate a ideia do *pharmakon*, ou seja, aquilo que fazemos pode tanto, e concomitantemente, servir como remédio ou como veneno, não faltando Leis e Tratados para dizer que tudo é legal!

Analisar o direito à saúde por meio do direito fraterno significa pensar nos pressupostos básicos desta meta-teoria:

1 - é um direito jurado conjuntamente entre irmãos, no sentido da palavra latina *frater*, ou seja, é um direito que não parte da decisão de um soberano (de qualquer espécie), mas é *giurato insieme*. É fundamentalmente um acordo estabelecido entre partes iguais, é um pacto acordado a partir de regras mínimas de convivência. É o oposto do direito *paterno*, imposto por algum tipo de soberano; porém, adverte Eligio Resta (2006):

La coniunratio dei fratelli non è contro il padre, o un sovrano, un tirano, un nemico, ma è per una convivenza condivisa, libera dalla sovranità e dall'inimicizia. Esso è giurato insieme, ma non è prodotto di una congiura. (RESTA, 2004).

⁶ Vivemos em uma Law-saturated society, em uma sociedade mais que cheia de direitos, de regras jurídicas de origens mais diversas, impostos pelos poderes públicos ou potências privadas com uma intensidade que faz do pensar, mais que uma necessidade, uma inalcançável corrente.

A sabedoria social não é sempre adequada à complexidade deste fenômeno, que revela mesmo assimétrias e descompensações fortíssimas, vazias e cheias, com um direito que invade muitos setores e todavia não chega lá onde mais seria necessário. Sustentado por impulsos diferentes e até contraditórios.

2 - é um direito livre da obsessão de uma identidade que deve legitimá-lo. Para Resta, *È lontano da un ethnos che lo giustifichi ma pronto a costituire un demos grazie ad un patto* (RESTA, 2004)⁷. Deste modo, o direito fraterno encontra-se em um espaço político mais aberto, independente das delimitações políticas e/ou geográficas. Sua única justificativa, no sentido abordado, é a *communitas*;

3 - coloca em questionamento a ideia de cidadania, já que esta, muitas vezes, se apresenta como excludente; por isso, o direito fraterno centra suas observações nos direitos humanos, na humanidade como um lugar comum. Ainda:

I diritti umani hanno una dimensione <<ecológica>>, sono spazio nel quale le coppie opposite vengono ricomprese: cio porta alla consapevolezza che i diritti umani possono essere minacciati soltanto dall'umanità stessa [...]. (RESTA, 2004)⁸.

4 - um outro fundamento importante para o direito fraterno deriva deste terceiro ponto, no qual se identifica o paradoxo da *humanidade ou desumanidade da sociedade*. Mais do que isto: Resta ressalta que existe uma grande distância entre ser homem e ter humanidade. Este aspecto aponta para a necessidade de uma análise antropológica dos deveres contidos na gramática dos direitos, porque os direitos humanos são o lugar da responsabilidade e não da delegação; daí a ideia do cosmopolitismo discutida pelo autor;

5 - este fundamento é seguramente um dos aspectos mais fascinantes do direito fraterno: ele é um direito não violento, que destitui o binômio amigo/inimigo. “Per questo non può difendere i diritti umani mentre li sta violando; la possibilità della sua esistenza sta tutta nell’evitare il cortocircuito della ambivalenza mimética, che lo transforma da rimedio in malattia, da antitodo in veleno” (RESTO, 2004)⁹... Assim, a minimização da violência leva também a uma jurisdição mínima, a um conciliar conjunto, a um mediar com pressupostos de igualdade na diferença;

⁷ É longe de um ethnos que o justifique, mas pronto a constituir um demos graças a um pacto.

⁸ Os direitos humanos têm uma dimensão <<ecológica>>, são um espaço no qual as cópias opositoras são recompreendidas; isso leva ao entendimento de que os direitos humanos só podem ser ameaçados pela própria sociedade.

⁹ Por isso não pode defender os direitos humanos enquanto os está violando; a possibilidade da sua existência está no evitar o curto circuito da ambivalência mimética que o transforma remédio em doença, antídoto em veneno.

6 - o sexto pressuposto do direito fraterno é muito complexo, pois elimina algumas “seguranças”, alguns dogmas, algumas verdades: “[...] è contro i poteri, de tutti i tipi, di una maggioranza, di uno Stato, di un governo, che, si as, esercitano domínio sulla ‘nuda vita” (RESTO, 2004)¹⁰;

7 - é um direito que pretende incluir, busca uma inclusão sem limitações. Neste aspecto, Resta questiona a propriedade privada de alguns (talvez muitos) bens comuns;

8 - é a aposta na diferença com relação aos outros códigos já superados pela sua ineficácia, pois estes dizem sempre respeito ao binômio amigo-inimigo, enquanto o direito fraterno propõe sua ruptura.

Por intermédio desses pressupostos, necessários e fundamentais para entendermos o novo contexto no qual o direito está inserido, podemos identificar o caráter inclusivo e transdisciplinar do Direito Fraterno. É um modelo de direito que abandona os confins fechados da cidadania e projeta para uma nova forma de cosmopolitismo, para uma nova forma de codivisão, de compartilhamento. Um *novo* direito deve retomar *antigos* pressupostos, como observa Baratta (2006, p. 64-65):

[...] Perché solo con un grande sforzo teorico e pratico di tutti, giuristi e non, si può giungere alla costruzione di un nuovo sapere collettivo, *del* diritto e *sul* diritto adeguato alla situazione umana del nostro tempo.(...) Nuovi rischi, come quelli ricollegabili alle immissioni nella atmosfera ou nelle acque, alla ingegneria genetica, alla energia nucleare, allo sfruttamento delle risorse naturali, al trattamento delle scorie e dei rifiuti, al traffico, all’uso dei mezzi di comunicazione e di elaborazione dei dati, fanno parte oramai dei connotati strutturali della situazione umana e dell’ecosistema. Essi sono anche il luogo speciale in cui, nell’incontro tra la (riga illegibile), può emergere una nuova forma di pensare e di fare il diritto.¹¹

A possibilidade do Direito Fraterno ser uma nova proposta para análise do atual direito a ter direito à saúde está justamente nessa aposta apresentada por Baratta, na qual a construção de um novo saber

¹⁰ É contra os poderes de todos os tipos, de uma maioria, de um Estado, de um Governo, que se sabe exercitando domínio sobre a vida nua.

¹¹ Estas observações de Baratta aparecem na nova série da consagrada revista “Dei delitti e delle pene”, hoje intitulada “Studi sulla questione Criminale”. Nesta “nova” revista, foi resgatado um artigo de Alessandro Baratta que seria a apresentação de um novo projeto, no qual seriam publicadas obras de grandes autores jurídicos que tratem da relação teoria e prática. “Porque somente com um grande esforço teórico e prático de todos, juristas ou não, poder-se-á alcançar a construção de um novo saber coletivo, do direito e sobre o direito adequado à situação humana do nosso tempo (...). Novos riscos, como aqueles vinculados às emissões na atmosfera ou na água, na engenharia genética, na engenharia nuclear, no mau uso dos recursos naturais, no tratamento dos resíduos industriais e do lixo, no tráfico, no uso dos meios de comunicação e de elaboração de dados, fazem parte, atualmente, das conotações estruturais da situação humana e do ecossistema. Esses são também o lugar especial no qual, do encontro entre a (linha ilegível), pode emergir uma nova forma de pensar e de fazer o direito.” [Tradução Livre].

passa necessariamente por uma visão que ultrapassa, mas não esquece, os limites dos juristas e não juristas, os limites da ciência do direito frente às novas demandas que surgem. Vemos que o direito tradicionalmente construído não consegue dar respostas adequadas para novos desafios que envolvem o ser *no e para* o mundo.

3 Pressupostos do direito fraterno e sua relação com o direito a ter direito à saúde

3.1 Direito à saúde por meio de pactos

O direito fraterno se apresenta como uma aposta, onde o outro é um *outro-eu*, meu irmão, é alguém com quem faço pactos. Não é por acaso que hoje falamos no Pacto pela Saúde, como observamos pelo próprio enunciado de tal documento, que afirma ser um compromisso público dos setores do SUS com base nos princípios constitucionais.

Para que todos tenham direito à saúde, é necessário efetivar o pacto pela vida, a defesa do sistema único de saúde e a gestão deste mesmo sistema. Ora, sem compartilhar com o outro como um outro-eu, é impossível pensar na vida, até porque é difícil definir seu início ou seu fim, vide, como exemplo, as grandes discussões atuais a respeito da célula-tronco. Além desta discussão, retornando a Rodotà (2006, p. 72), outras questões ainda podem ser apresentadas:

Di chi è il corpo? Della persona interessata, della sua cerchia familiare, di un Dio che l'ha donato, di una natura che lo vuole inviolabile, di un potere sociale che in mille modi se ne impadronisce, di un medico o di un magistrato che ne stabiliscono il destino? E di quale corpo stiamo parlando?

Queste domande rimandano ad antichi intrecci, che tuttavia continuamente si rinnovano, con soggetti vecchi e nuovi che di quel corpo quasi si contendono le spoglie. Intanto l'oggetto della contestata si moltiplica e si compone, cerca unità e conosce divisioni. In vertiginosi giochi di specchi si fronteggiano corpo fisico e corpo elettronico, corpo materiale e corpo virtuale, corpo biologico e corpo politico. Um corpo sempre più inteso come insieme di parti separate ripropone l'ipotesi dell'homme machine.¹²

¹² De quem é o corpo? Da pessoa interessada ou da sua família, de um Deus que o doou, de uma natureza que o quer inviolável, de um poder social que de mil formas se padroniza, de um médico ou de um magistrado que estabelece o destino? E de que corpo estamos falando? Estas perguntas remetem a antigos questionamentos que continuamente renovam-se com sujeitos velhos e novos que daquele corpo quase se contêm ao espoliar. No entanto, o objetivo da cortesia se multiplica e se compõe, procura unidade e conhece divisões. Em vertiginosos jogos de espelhos se confrontam corpo físico e eletrônico, corpo material e virtual, corpo biológico e político. Um corpo sempre mais entendido. Como agrupamento de partes separadas, repropõe a hipótese "homem máquina".

As novas políticas de saúde não podem ignorar este tipo de questionamento. É preciso apresentar respostas para estas novas-velhas questões: de quem é o corpo? Quem cuida deste corpo? Ou teremos de pensar na hipótese discutida com profundidade por A. Puni sobre o Homem Máquina¹³. Ora, se vejo o outro por intermédio de mim, temos novos pactos a fazer pela saúde e não poderemos mais aceitar que os níveis de saúde sejam diferentes conforme a renda ou escolaridade, por exemplo. É o que nos alerta o relatório da CNDSS (2008):

A Região Nordeste, como esperado, apresenta as maiores taxas de mortalidade na infância em todos os quintis de renda, particularmente no primeiro quinto, embora a tendência histórica seja também de queda no decorrer dos anos. Se, em 1990, a taxa era de 95,7%, declina para 64% em 2000 e 56,4%, em 2005. Importante destacar que, quando esse estrato é comparado com o das demais regiões do Centro-Sul, constata-se diminuição nos diferenciais, no decorrer dos anos.

Diante disso, podemos retornar com os questionamentos apontados por Rodotà, quais sejam: a quem pertence o *corpo* das crianças nascidas *nos nordestes do mundo*? De que modo consideraremos estas crianças desde a perspectiva do pressuposto da fraternidade, da solidariedade? Que regras mínimas de conviência estamos estabelecendo? Que juramentos conjuntos fazemos? Estas respostas certamente podem e devem ser dadas pelas políticas sociais, que de algum modo devem ter em conta populações – *como esperado* – tradicionalmente mais vulneráveis. O direito fraterno nos faz ver a necessidade não mais de um soberano que explora, mas de um soberano que, perdendo sua posição superior, é um irmão, um outro-eu. Ainda seguindo as reflexões de Rodotà, podemos pensar na questão da morte¹⁴, da apropriação do corpo, na *cura* das doenças. Quando observamos diferenças tão significativas com relação à mortalidade infantil, vemos que os determinantes sociais, aliados à ineficácia das políticas públicas, agravam a situação. “A dignidade de morrer remete a dinâmicas sociais sempre mais intrincadas, e revela uma inalienável raiz tecnológica. [...] Quem morre? Essa é uma reflexão sobre mundo em que vivemos, que pode produzir morte mesmo onde seria evitável.” (RODOTÀ, 2000, p. 249).

Ainda podemos vincular as ideias de pactuação e acordo por meio da proposta recente contida no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007), no qual aparece claramente a necessidade de diálogo entre os mais diversos níveis. Todos os artigos de tal Pacto nos levam a esta reflexão da

¹³ Sobre isso ver: PUNZI, A. *L'ordine giuridico delle macchine*. Gianppichelli: Tori5no, 2003.

¹⁴ “La dignità del morire rimanda così a dinamiche sociali sempre più intricate, e rivela una ormai ineliminabile radici tecnologica.” p. 249. “Chi muore? Questa è una domanda che impone una riflessione sul mondo e sul modo in cui viviamo, che può produrre morte anche là dove sarebbe evitabile.” p. 266. “A dignidade de morrer remete a dinâmicas sociais sempre mais intrincadas, e revela uma inalienável raiz tecnológica.” p. 249. “Quem morre? Essa é uma reflexão sobre mundo em que vivemos, que pode produzir morte mesmo onde seria evitável.”

continuidade, como podemos observar desde o primeiro artigo até os finais:

Art. 1º Instituir um único processo de pactuação, unificando o Pacto da Atenção Básica, o pacto de indicadores da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde - PPIVS e os indicadores propostos no Pacto pela Saúde. [...]

Art. 5º As metas pactuadas pelos municípios, os estados, o Distrito Federal e a União deverão passar por aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde.

Art. 6º A Secretaria Estadual de Saúde deve pactuar as metas estaduais e municipais na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhar à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) as metas estaduais para homologação, até 30 de março de cada ano.

Parágrafo único. O Distrito Federal encaminhará suas metas à Comissão Intergestores Tripartite para homologação. (BRASIL, 2007).

Para efetivar uma política de saúde adequada, é necessário que os atores envolvidos nela participem do processo desde sua gestão até sua implementação. É neste sentido que o direito à saúde pode ser resgatado e efetivado, pois não basta dizer que saúde é um direito do cidadão e um dever do estado, é preciso criar condições para que este direito seja efetivado, e isso se dará somente por meio de políticas públicas que respeitem as diferenças loco-regionais, mas que apresentem uma estrutura global, pois os problemas de saúde não são territorialmente limitados.

3.2 A Universalização do direito à saúde

No segundo pressuposto do direito fraterno, nos deparamos com a ideia da não limitação geográfica e/ou política para o respeito aos direitos. Assim, o direito à saúde deve ser um direito universalmente reconhecido; não deveria se limitar aos contornos do Estado-Nação, pois nele mesmo observamos diferenças significativas, como apresenta o Relatório de Determinantes Sociais em Saúde, no qual os indicadores sociais revelam grande disparidade:

[...] dados atualizados que mostram as grandes disparidades ainda existentes em indicadores de emprego e distribuição de renda por região e por cor da pele. Vale notar que em 2006 cerca de 23% das famílias na região nordeste tinham uma renda per capita inferior a até ¼ do salário mínimo, enquanto esse percentual era de 5,5% na região sul. Da mesma forma, a proporção de pobres na população nordestina em 2005 era cerca de três vezes maior que a do Sul. (COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS, 2008, p. 25).

Note-se que, em alguns Países da Europa, o direito à saúde é *assegurado* independente da cidadania europeia. O complicador é que, após o atendimento, os serviços públicos de saúde acabam informando atendimentos para *extra-comunitários* e aí se coloca em pauta não os pressupostos do direito fraterno, mas os do direito paterno, do direito de um soberano. Sobre esta questão, Eligio Resta (2002, p. 53-54) faz um importante crítica:

[...] Del resto si parla molto dell' esperienza europea come erede della tradizione del cosmopolitismo e di quel singolare illuminismo che se ne faceva portavoce; e sono proprio alcune delle sue più significative caratteristiche che tornano oggi in questo presente costituzionale. Vale per questo presente costituzionale quello che è il paradosso dei diritti umani: essi possono esser presi sul serio soltanto a patto che si svolti l' umanità di qualsiasi senso teologico e ci si renda conto che tutto dipende da quello che noi vogliamo che siano l' umanità e i nostri diritti.¹⁵

Mais do que esta discussão sobre o direito de ser cidadão, é preciso notar que Constituições, Leis, Acordos Internacionais já definem, desde muito, a necessidade da universalização do direito a condições básicas de vida e, portanto, condições para que a população mundial tenha acesso a bens que determinem boa qualidade de saúde. Podemos pensar na questão da água, pois sem ela é impossível falar em saúde. Os estudos de Riccardo Petrella (2005a, p. 11) revelam a contínua tentativa de privatização da água e os problemas decorrentes desse processo:

Il nostro futuro – quello delle nostre famiglie, degli abitanti di Roma e di Osaka, come delle popolazioni indigene dell' Ecuador, dei popoli usbecchi, tagicchi e turcomanni dell' Asia centrale o degli americani di California – risiede non tanto nello sviluppo tecnologico ed economico quanto nella capacità delle società umane a darsi regole, istituzioni e mezzi d' azione comuni, definiti e gestiti in comune ai varie livelli dell' organizzazione sociale, per “vivere insieme” in un mondo divenuto complesso, interdipendente, “mondiale” ma caratterizzato da nuovi rapporti di dominazione/ dipendenza e, di conseguenza, violento, fragile.¹⁶

¹⁵ De resto, se fala muito da experiência europeia como hereditária da tradição do cosmopolitismo e daquele singular iluminismo que se faz a porta-voz e são propriamente algumas das suas mais significativas características que se tornam hoje este presente constitucional. Vale para este presente constitucional aquele que é o paradoxo dos direitos humanos: esses podem ser levados a sério somente quando a humanidade se esvaziar de sentido teológico.

¹⁶ “O nosso futuro – aquele das nossas famílias, dos habitantes de Roma e de Osaka, assim como o das populações indígenas do Equador, dos povos uzbeques, tadjiques e turcomenos da Ásia Central ou dos americanos da Califórnia – reside não tanto no desenvolvimento tecnológico e econômico quanto na capacidade das sociedades humanas de se darem regras, instituições e meios de ações comuns, definidos e gestados em conjunto pelos vários níveis de organizações sociais para ‘viver junto’ em um mundo que virou complexo, interdependente, ‘mundial’, mas caracterizado pelas novas relações de dominação/dependência e, por consequência, violento, frágil” [Tradução livre].

Em outros ensaios, o autor questiona se ainda é possível *fazer* sociedade diante da realidade de desrespeito aos bens comuns da humanidade. Alerta, ainda, para a crescente privatização dos meios úteis para a vida na terra, não somente da água, mas inclusive da *vecchiaia*, na qual cada um deve ter um plano privado para garantir a vida depois dos sessenta e cinco anos. Afirma Pretella (2005b) que parece que o homem não é mais gestor nem proprietário de nenhum bem de interesse geral, tendo perdido todos os vínculos pelo fato de não ter mais nada em comum com os outros homens. Ora, não ter nada mais em comum significa perder o sentido da própria comunidade, mas o sentido da comunidade ultrapassa a questão da soberania dos Estados.

3.3 Direito à saúde e o dogma da soberania dos Estados

Os pressupostos da meta-teoria do Direito Fraternal são interligados e torna-se difícil separá-los em alguns momentos. Entretanto, fazemos isso apenas para poder analisá-los com maior atenção. É assim que se apresenta o terceiro pressuposto do direito fraternal, que trata de dar uma nova dimensão para o entendimento dos direitos humanos, e portanto do direito à saúde:

Senza il superamento del dogma della sovranità degli stati, non si potrà mai seriamente porre il problema del pacifismo. Solo per un certo periodo di tempo, più o meno lungo, l'umanità, dice Kelsen, si divide in stati: e non è detto che lo debba fare per sempre. Lo stato appare come un prodotto relativo di un tempo storico ben definito, che coincide con questo tempo convenzionalmente chiamato "modernità". Superare il dogma della sovranità deve e sere allora il "compito infinito" che una cultura giuridico-politica deve faticosamente portare avanti. (RESTA, 1992, p. 9).¹⁷

Estas reflexões levaram o autor a pensar em um outro tipo de direito, fundamentado na *obligatoriedade universalista de respeitar os direitos humanos*. Vislumbra-se que o Direito Fraternal está no âmbito dos temas referentes aos Direitos Humanos e da necessidade de sua universalização. Estes se destinam a todo e qualquer ser humano, não porque pertença a um ou outro território, siga esta ou aquela cultura ou, ainda, tenha uma descendência determinada, mas tão somente porque tem humanidade. É um direito que tem como fundamento a *humanidade*, o "ter humanidade", uma humanidade repleta de diferenças comparilhadas e de uma comunhão de *juramentos*, de comprometimentos, de responsabilidades.

¹⁷ "Sem a superação do dogma da soberania dos Estados, não se poderá nunca abordar o problema do pacifismo. Seriadamente, só por um certo período de tempo, mais ou menos longo, a humanidade, disse Kelsen, se divide em Estados, e não foi dito que deva ser assim para sempre. O Estado aparece como um produto relativo de um tempo histórico bem definido, que coincide com esse tempo convencionalmente chamado "modernidade". Superar o dogma da soberania deve ser então a "tarefa infinita" que uma cultura jurídico-política deve, com fadiga, levar adiante" [Tradução livre].

Nos pontos anteriores, já refletimos sobre a dificuldade de superar esta barreira da soberania; porém, quando pensamos a respeito da efetividade do direito à saúde, esta questão precisa ser revista, pois não podemos pensar que as doenças e seus agentes transmissores respeitem os limites territoriais. As grandes epidemias, modernas e antigas, já sinalizam para esta questão desde muito tempo; basta pensar nas grandes *pestes* que acometeram a Humanidade.

Eligio Resta nos faz ver que a fraternidade, que somente agora se aproxima das discussões científicas, vem para demarcar o que não queremos ver, vem para dizer que todas as evidências históricas nos levam a buscar alternativas em relação aos direitos fechados nos limites do Estado-Nação:

Il diritto fraterno, dunque, mette in evidenza tutta la determinatezza storica del diritto chiuso nell'angustia dei confini statali e coincide con lo spazio di riflessione legato al tema dei diritti umani, con una consapevolezza in più: che l'umanità è semplicemente luogo comune, solo all'interno del quale si può pensare riconoscimento e tutela. (RESTA, 2002)¹⁸

Assim, a sociedade atual é o *locus* tanto do respeito como do desrespeito aos e com os direitos humanos, e é isso que reforça Resta com o quarto pressuposto da meta-teoria do direito fraterno.

3.4 A Humanidade da humanidade do direito à saúde

Ao verificarmos os determinantes sociais da saúde e, portanto, o direito a ter direito a uma saúde digna, observamos que a efetivação deste direito fundamental só pode se dar na nossa sociedade por meio dela própria, ou seja, por mecanismos capazes de implementá-lo como o direito à informação, ainda que não possam se limitar a ele.

Um determinante social da saúde, cuja importância nem sempre é reconhecida com o destaque que merece é o acesso à informação. De fato, o acesso a fontes e fluxos de informação em saúde aumenta o conhecimento e a capacidade de ação, permitindo a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida. Por outro lado, a falta de acesso de grandes setores da população ao conhecimento e à informação diminui seriamente sua capacidade de decidir e atuar em favor de sua saúde e da coletividade. (COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE, 2005).

¹⁸ "O direito fraterno, então, coloca em evidência toda a determinação histórica do direito fechado na angústia dos confins estatais e coincide com o espaço de reflexão legado ao tema dos direitos humanos com um entendimento a mais: que a humanidade é simplesmente o lugar comum somente no interior do que se pode pensar reconhecimento e tutela". [Tradução livre]

Não podemos falar em direito à saúde sob a perspectiva da meta-teoria do direito fraterno se não considerarmos os mais variados fatores, especialmente, neste caso, o acesso à informação. Logicamente, não basta tê-lo e não saber como utilizá-lo; por isso, é importante diferenciar informação de conhecimento. Outro aspecto relevante é a relação entre saber e poder, bem explorada por Michel Foucault, especialmente no texto *Microfísica do Poder*.

Só poderemos falar em respeito aos direitos fundamentais se a população tiver conhecimento, estiver empoderada de suas condições de vida e de seu direito a ter direitos. A fraternidade que ficou escondida nas masmorras da Revolução Francesa reaparece justamente para desvelar paradoxos. Assim, ao mesmo tempo em que vivemos na *Era da Informação* e na *Era da Inclusão Universal*, conhecemos pouco sobre nossas condições de vida, dos efeitos dos agrotóxicos nos nossos alimentos, dos efeitos da poluição... é a *tal* inclusão que muitas vezes se dá pela exclusão.

Os processos de exclusão se fortalecem quando a população não tem acesso à informação, conhecimento e educação. Novamente, podemos nos reportar ao Relatório, que informa que níveis baixos de educação e falta de saúde andam em conjunto. Além disso, outro dado deve ser considerado quando pensamos na análise do direito à saúde a partir do direito fraterno: trata-se das diferenças referentes à cor da pele. Sabe-se que a maior parte dos analfabetos brasileiros é negra, que o número de anos frequentado nas escolas é maior entre os brancos do que entre os negros e que a taxa de analfabetismo no Nordeste é quatro vezes maior do que no Sul.

Aqui nos encaminhamos para outro aspecto resgatado pelo autor do direito fraterno: quem é amigo da humanidade?

3.5 A não violência e o direito à saúde

Antes de entrarmos na questão da violência como um problema de saúde, é importante resgatar as observações de Resta (2002, p. 27) sobre o *amico da humanidade*:

Amico dell'umanità è dunque individuo morale e razionale che consapevolmente conosce i rischi ma gandhianamente scommette sull'esistenza di un bene comune che è il bene dell'umanità in se stesso. Paradossalmente amico dell'umanità è chi condivide il senso dell'umanità e se ne sente parte facendosi carico anche dell'esistenza del nemico; non lo demonizza né lo pone fuori, in un altro mondo, ma ne assume internamente il problema.

La rivalità è dunque con se stessi, dentro la stessa umanità: così lo amico dell'umanità non è il semplice contrario del nemico, ma è qualcosa di diverso, e grazie alla sua diversità, capace di superare il carattere paranoico dell'opposizione.¹⁹

No campo da saúde, se não nos faltam paradoxos para serem desvelados, também não nos faltam amigos da humanidade. Embora tenhamos significativo aumento da violência, vemos que, cada vez mais, o *amigo da humanidade é o contrário do inimigo*. Quando tratamos a violência como um problema de saúde, pretendemos desvelar exatamente este paradoxo.

3.6 O direito a saúde e como o Direito Fraternal ultrapassa os limites do Estado

As doenças não respeitam os limites territoriais. Elas se alastram *sem pedir licença* e, se continuarmos adotando medidas regionais, não conseguiremos eliminar determinadas doenças; por isso, o direito fraternal é fundamental para enfrentar os problemas da *nuda vita*.

Os pressupostos da meta-teoria do direito fraternal podem ser úteis para compreender o *auxílio* que diversos estados brasileiros estão prestando ao Estado do Rio de Janeiro em função da epidemia de dengue em abril de 2008. Esta ação, embora ocorra no mesmo Estado-Nação, pode ser entendida como uma atitude fraterna, que propõe o compartilhar e o pactuar. Podemos identificar a fraternidade desta ação por meio do significado próprio da semântica de fraternidade. Essa palavra tem origem no vocábulo latino *frater*, que significa *irmão*, e no seu derivado *fraternitas*, *fraternitatis* e *fraternitate*. É substantivo feminino, que apresenta três significados: (a) parentesco de irmãos; irmandade; (b) amor ao próximo, fraternização; e (c) união ou convivência de irmãos, harmonia, paz, concórdia, fraternização. O verbo *fraternizar*, por outro lado, vem da união entre fraternal + *izar*, e apresenta quatro significados, quais sejam: (a) v.t.d. unir com amizade íntima, estreita, fraterna; (b) v.t.i., v.int. unir-se estreitamente, como entre irmãos; (c) aliar-se, unir-se; e (d) fazer causa comum, comungar nas mesmas ideias, harmonizar-se (FERREIRA, 1986). Resta (2002) alerta para a diferença entre fraternidade (que indica sentimento), *fratellanza* (que indica condição) e a ideia de *affratellamento* (que indica projeto). Além disso, segundo Agnes Lejbowicz (1999, p. 406), a ideia de fraternidade:

¹⁹ Amigo da humanidade é o indivíduo moral e racional que sabiamente conhece os riscos, mas gandhianamente aposta na existência de um bem comum que é o bem da humanidade em si próprio. Paradoxalmente, amigo da humanidade é quem divide o sentido da humanidade e se sente parte fazendo-se carregado também pela existência do inimigo, não o demoniza nem o coloca fora em outro mundo, mas assume internamente o problema. A rivalidade é consigo mesma, dentro da própria humanidade: assim o amigo da humanidade não é o simples contrário do inimigo, mas algo de diferente, e graças a sua diversidade, capaz de superar o caráter da oposição.

[...] contribue à rendre l'humanité incapturable par le pouvoir d'un seul. [...] Antérieure donc à l'affirmation de l'égalité et de la liberté, elle est la reconnaissance de l'autre comme semblable. En revanche, dans la logique du droit interne édifiant une cité, on pose en premier les droits civils et politiques: la liberté et l'égalité, et c'est de la réalisation de ces droits que la fraternité peut surgir comme expression complémentaire du social.

La liberté et l'égalité font l'objet de lois et de décrets, la fraternité ne se décrète pas. Son inspiration jusnaturaliste contribue au rejet des discriminations et renouvelle le contenu et le sens qu'une société donne à la liberté et à l'égalité juridiques.²⁰

Desses significados, vislumbra-se que a fraternidade se refere ao fraterno convívio com os outros, à união de ideias e de ações, ao viver em comunidade. Daí inicia-se uma primeira ideia do que vem a ser o Direito Fraterno: é um direito que é para todos, é inclusivo. Porém, isso não significa a plena igualdade e/ou felicidade, pois falar em inclusão é sempre, ao mesmo tempo, falar em exclusão. Por isso, a importância desta abordagem para estudar-se a paradoxalidade da sociedade atual, onde a fraternidade apresenta seu caráter ambivalente.

Riconoscere il carattere ambivalente e paradossale della fraternità è alla base della consapevolezza più lucida che la dimensione <emancipativa> e pacifica della fraternità passa necessariamente per un suo svuotamento metafisico. La comunità fraterna non è per definizione il luogo ellenico della bontà e dell'oblatività e che, come soltanto la comunità dei fratelli può minacciare la fraternità, è sempre e soltanto la stessa comunità che può coltivarla e realizzarla. Non basta essere fratelli per avere fraternità, come non basta essere uomini per avere umanità e questo ha posto i fratelli, in tutte le dimensioni geopolitiche e in tutte le epoche storiche, sempre e soltanto di fronte alle loro concrete responsabilità. (RESTA, 2006).²¹

Afirma Lejbowicz (1999) que, no "Discurso sobre a servidão voluntária", *La Boétie* lança as bases dos laços fraternos: todos são

²⁰ [...] contribui para tornar a humanidade incapturável pelo poder de um só. [...] Anterior, pois a afirmação de igualdade e de liberdade é o reconhecimento do outro como semelhante. Por outro lado, na lógica do direito interno edificante de uma cidade, coloca-se em primeiro lugar os direitos civis e políticos: a liberdade e igualdade, e é na realização destes direitos que a fraternidade pode surgir como expressão complementar social. A liberdade e a igualdade fazem o objeto das leis e decretos, a fraternidade não se decreta. Sua inspiração jusnaturalista contribui para a rejeição das discriminações e renova o conteúdo e o senso que uma sociedade dá à liberdade e à igualdade jurídicas [Tradução livre]

²¹ "Reconhecer o caráter ambivalente e paradoxal da fraternidade está na base do conhecimento mais lúcido que as dimensões <emancipativa> e pacífica da fraternidade passam necessariamente por um seu esvaziamento metafísico. A comunidade fraterna não é por definição o lugar helênico da bondade e do voluntariado e que, como somente a comunidade dos irmãos pode ameaçar a fraternidade, é sempre e somente a mesma comunidade que pode cultivá-la e realizá-la. Não basta ser irmão para ser fraterno, como não basta ser homem para ser humano e este colocou os irmãos, em todas as dimensões geopolíticas e em todas as épocas históricas, sempre e somente em frente às suas concretas responsabilidades" [Tradução livre].

semelhantes, todos são irmãos, mas não iguais, e quem diz semelhantes não diz iguais, mas irmãos.

3.7 Direito à saúde como um direito inclusivo

Não somente os bens comuns da humanidade devem ser vistos como modos de inclusão universais, mas também o direito à saúde. A fraternidade propõe uma inclusão sem limites, assim como deveria ser o direito à saúde. Entretanto, entender o direito à saúde como inclusão sem limites significa retomar as observações do Relatório da CNDSS (2008):

A situação de saúde do País é analisada a partir de dados, informações e conhecimentos disponíveis sobre as relações entre os DSS e a situação de saúde dos diversos grupos populacionais, com destaque para as relações entre estes determinantes e as iniquidades em saúde. Utilizaram-se como fontes de informação diversos sistemas de abrangência nacional e a literatura científica produzida por autores nacionais e internacionais nos últimos cinco anos.

3.8 A fraternidade como aposta na diferença

Apostar na diferença significa retomar um importante questionamento de Resta:

“Possiamo fare tutto quello che possiamo fare?”²²

Podemos fazer tudo o que fazemos? A partir desta questão, enfocaremos a importância e a paradoxalidade da técnica e, seguindo sempre os pressupostos da meta-teoria do direito fraterno, observaremos que a mesma técnica que salva é a que mata. Falar de técnica significa, necessariamente, na sociedade atual, discutir organização; por isso, recorreremos aos pressupostos luhmannianos para demonstrar que organização e técnica são temas pouco trabalhados no mundo acadêmico, mas são de grande relevância. Alias, não só técnica e organização são temas “estranhos ao mundo sociojurídico”; também a fraternidade não aparece no centro das discussões. Retomaremos o *esquecimento/lembrança* da fraternidade: o lugar desta não foi preenchido por outros pressupostos, ele ficou vago, mas agora retorna com força, já que os demais pressupostos da revolução iluminista não conseguiram efetivar políticas públicas capazes de incluir sem excluir. Liberdade e Igualdade produziram mais diferenciação e, portanto, mais exclusão. O pressuposto da liberdade vem sendo abordado por um utilitarismo sem limite, a igualdade.

²² “Podemos fazer tudo aquilo que podemos fazer?” [Tradução Livre].

4 Conclusão

As contingências da sociedade moderna tornam-na complexa e ilimitadamente mutável. A dimensão contemporânea do direito nessa sociedade – *Recht in der Gesellschaft*, seguindo a definição de Niklas Luhmann (1997) – é assinalada na sua relação com a técnica, na qual o código que se revela é: pode-se fazer tudo o que se pode fazer? Tal premissa produz um paradoxo insuperável quando subordina o direito ao código da técnica, que pode ser definida como acoplamento estreito de elementos casuais, independentemente de qual seja a base material deste acoplamento. Assim, segue afirmando Luhmann (2005) que a sociedade moderna não pode prescindir da técnica. Esta dependência surgiu espontaneamente, independente da vontade da sociedade, mas aparece, ou melhor, é produto do processo de evolução social, e esse fato recoloca o papel fundamental das organizações sociais, em especial as de saúde.

Ora, se podemos fazer tudo o que efetivamente fazemos e/ou podemos fazer, é porque a organização social é capaz de absorver as novas demandas que vão surgindo na sociedade diferenciada funcionalmente e, mais do que isso, consolida-se a possibilidade de interlocução entre técnica e organização a partir deste modelo. Assim, as organizações se multiplicam e se especializam. As organizações dizem respeito a decisões de decisões e não a um conjunto de pessoas que se relacionam de modo organizado. Por intermédio das organizações, podemos, com o auxílio da técnica, decidir o que em outros momentos históricos seria *indecidível*. Deste modo, decisões automatizadas no plano concreto incrementam resoluções em outros planos.

A possibilidade de efetivar os direitos em uma sociedade inflacionada de direitos se dá por meio de políticas sociais inclusivas. Pensar em saúde significa pensar no que determina a saúde, ou seja, nos *determinantes sociais da saúde*. Como afirmamos no início do artigo, vivemos em uma sociedade *strapiena di diritto*; portanto, não nos faltam instrumentos legais para a efetivação do direito a ter direitos.

Entender o direito à saúde como direito fundamental implica pactos, acordos, codivisões; mais do que isso, é preciso retomar as reflexões de Montesquieu, no *Espírito das Leis*, no qual ele afirma que não basta dar esmolas para um homem nu que encontramos na rua, pois esse ato não exime o Estado de suas obrigações com as políticas sociais, uma vez que é sua função assegurar a todos os cidadãos as condições mínimas de sobrevivência. Montesquieu também assevera que o Estado deve garantir um modo de vida que não contraste com a sua saúde, o que significa dizer que os determinantes sociais já eram motivo de preocupação desde o século XVIII. A importância da discussão atual sobre os determinantes

socias em saúde é oportuna, embora já venha com alguns séculos de atraso.

Nesta sociedade, em que temos acesso a todos os bens e serviços, na qual todos somos universalmente incluídos, temos ainda que refletir, seguindo as sugestões do Rodotà: quem morre? Pois esta pergunta impõe novas reflexões, sobre como vivemos esta artificial inclusão, que pode promover a morte (nas suas várias acepções) também onde poderia ser evitada.

Acredita-se que a Democracia na Terra e da Terra passa também pela construção de outro paradigma para o sistema do direito. Por isso apostamos, com Eligio Resta, no Direito Fraternal. A construção teórica do Direito Fraternal está estruturada em, fundamentalmente, quatro pontos: a lei da amizade; a inimizade, a humanidade, as guerras; constituição sem inimigos; julgar, conciliar, mediar, pontos estes que resgatam a possibilidade de um novo direito, onde a "parente pobre" da Revolução Francesa (a fraternidade) passe a ser a parente rica, solidária, inclusiva ou simplesmente FRATERNA.

Referências

ARISTOTELE. *L'amicizia: a cura di Alessandro Veronesi*. Siena: Lorenzo Barbera Editori Srl, 2005.

_____. *Ética à nicômacos*. São Paulo: Martin Claret, 2002.

ARNAUD, André-Jean. *Dicionário enciclopédico de teoria e de sociologia do direito*. Tradução Vicente de Paulo Barreto. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

_____. *O Direito entre modernidade e globalização*. Rio de Janeiro: Renovar, 1999.

BARATTA, Alessandro. Nomos e tecne: materiali per uma cultura post-moderna del diritto. In: MELOSSI, Dario (Org.) *Studi sulla questione criminale*. Bologna: Carocci Spa, 2006.

BECK, Ulrich. *Lo sguardo cosmopolita*. Tradução Carlo Sandrelli. Urbino: Arti Grafiche Editoriali Srl, 2005.

BLANCHOT, M. *Pour l'amitié*. Paris: Fourbis, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 91, de 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. *Diário Oficial da União*,

Poder Executivo, DF, 11 de janeiro de 2007.

CALABRESI, Guido. Quale rapporto tra proprietà privata e proprietà comune. In: CONGRESSO INTERNAZIONALE AMBIENTE ETICA ECONOMIA E ISTITUZIONI, 1991, Milano. *Anais...* Milano: [s.n.], 1991.

CANETTI, E. *Massa e potere*. Milano: Adelphi, 1981.

CASSESE, Antonio. *I diritti umani nel mondo contemporaneo*. Roma: Laterza, 2004.

COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE (Brasil). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final*. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.org.br>>. Acesso em: 20 mar. 2008.

CORSI, Giancarlo. *Inclusione: la società osserva l'individuo*. Milano: Franco Angeli, 1993.

DERRIDA, Jacques. *De que amanhã: diálogo Jacques/Derrida; Elisabeth Roudinesco*. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

GANDHI, Mohandas Karamchand. *Teoria e pratica della non-violenza*. Traduzione di Fabrizio Grillenzoni e Silvia Calamandrei. [S.l.]: Einaudi, 1996.

GROSSI, Paolo. *Scienza giuridica italiana: un profilo storico*. Milano: Giuffrè, 2000.

JHERING, Rudolf von. *A finalidade do Direito*. Campinas: Bookseller, 2002.

LUHMANN, Niklas. *Observaciones de la modernidad: racionalidad y contingencia en la sociedad moderna*. Buenos Aires: Paidós, 1997.

_____. *Organizzazione e decisione*. Tradução Giancarlo Corsi. Milano: Bruno Mondadori, 2005. p. 309-310.

KANT, Immanuel. *Dizionario delle idee: i fondamenti teoretici della lógica e della critica della ragione*. Roma: Riuniti, 1996.

_____. *La metafísica dei costumi*. Roma-Bari: Laterza, 1991.

KAPSTEIN, Ethan B. *Governare la Ricchezza: il lavoro nell'economia globale*. Traduzione Federico Laudisa. Roma: Carocci, 2000.

LEJBOWICZ, Agnès. *Philosophie du droit international: l'impossible capture de l'humanité*. Paris: Presses Universitaires de France, 1999.

LOVELOCK, James. *As eras de Gaia*. São Paulo: Campus, 1994.

OST, François. *O tempo do direito*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

_____. *A natureza à margem da lei: a ecologia à prova do direito*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

PETRELLA, Riccardo. *Il manifesto dell'acqua: il diritto alla vita per tutti*. Torino: Edizioni Gruppo Abele, 2005a.

_____. *Distruzione della convivenza sociale*. In: RICOVERI, Giovanna (Org.). *Beni comuni fra tradizione e futuro*. Bologna: Editrice Missionária Italiana, 2005b.

POCHMANN, Márcio et al. *Atlas da exclusão social*. São Paulo: Cortez, 2004. v. 4.

RESTA, Eligio. *Diritti umani*. Torino: UTET, 2006.

_____. *Globalizzazione e diritti futuri*. Roma: Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca scientifica, 2004. p.148.

_____. *O tempo e o espaço da justiça*. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, 2005, Santa Cruz do Sul. *Anais...* Porto Alegre: Evagraf, 2005.

_____. *Per un diritto fraterno*. In: FINELLI, R. et al. *Globalizzazione e Diritti Futuri*. Roma: Manif, 2004a.

_____. *O direito fraterno*. Tradução e coordenação de Sandra Regina Martini Vial. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004b.

_____. *The quest for fraternal rights*. In: DASI, Gerardo Filiberto (Org.). *The economics of the noble path: fraternal rights, the convivial society, fair shares for all*. Rimini: La Moderna, 2003.

_____. *Il Diritto fraterno*. Laterza: [s.n.], 2002.

_____. Il paradosso dei limiti superabili. In: BARCELLONA, Pietro (Org.). *Nuove frontiere del diritto: dialoghi su giustizia e verità*. Bari: Edizione Dédalo, 2001.

_____. *L'infanzia ferita: un nuovo patto tra generazioni è il vero investimento politico per il futuro*. Roma: Laterza, 1998.

_____. *Poteri e diritti*. Torino: G. Giappichelli Editore, 1996.

_____. *Il diritto e le virtù*. In: LE STRUTTURE EL CAPITALISMO E L'IMPRESA NELLA SOCIETÀ CONTEMPORANEA, 1993, Milano. *Anais...* Milano, 1993b.

_____. Regole invisibili. In: GALLINO, Luciano (Org.). *Quaderni di sociologia*. Torino: Osenberg & Sellier, 1993c. v. 37.

_____. *La certezza e la speranza*. 2. ed. Roma: Bari, 1992.

RICOVERI, Giovanna (Org.). *Beni comuni fra tradizione e futuro*. Bologna: Editrice Missionária Italiana, 2005.

RODOTÀ, Stefano. Chi sono i padroni dei geni dell'uomo. *Giornale La Repubblica*, [Roma], 10 aprile 2000. Disponibile em: <www.swif.uniba.it/lei/rassegna/00410b.htm>. Accesso em: 13 jan. 2006.

_____. *La vita e le regole: tra diritto e non diritto*. Milano: Feltrinelli, 2006.

_____. *Tecnopolitica: la democrazia e le nuove tecnologie della comunicazione*. Roma: Laterza, 2004.

_____. *Tecnologia e diritti*. Bologna: Il Mulino, 1995.

_____. Le proprietà comuni dell'umanità. In: LE STRUTTURE EL CAPITALISMO E L'IMPRESA NELLA SOCIETÀ CONTEMPORANEA, 1993, Milano. *Anais...* Milano, 1993.

SANTOS, Boaventura de Souza. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SEVERINO, Emanuele. *Téchne-Nomos: l'inevitabile subordinazione del diritto alla tecnica*. In: BARCELLONA, Pietro (Org.). *Nuove frontiere del diritto: dialoghi su giustizia e verità*. Bari: Edizione Dédalo, 2001.

VIAL, Sandra Regina Martini. *Propriedade da terra: análise sóciojurídica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.



AIDS EM MANGUINHOS: LIMITES E POSSIBILIDADES DE UMA EXPERIÊNCIA LOCAL

Celina Santos Boga Marques Porto¹

Edith Mesquita²

Eliane Cardoso³

Eliane Chaves Vianna⁴

Idealva Silva de Lima⁵

¹ Médica Sanitarista do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria(CSEGSF)Ensp/Fiocruz, Mestre em Saúde Pública - boga@ensp.fiocruz.br

² Técnica em Saúde Pública do CSEGSF/Ensp/Fiocruz - edith@ensp.fiocruz.br

³ Médica Homeopata Colaboradora do Núcleo de DST/Aids do CSEGSF/EnspFiocruz, Especialista em Medicina do Trabalho e Residência Médica em Pediatria - eliane@ensp.fiocruz.br

⁴ Psicóloga, Professora Adjunta do CSEGSF/Ensp/Fiocruz, Mestre em Saúde Pública -lilibvb@ensp.fiocruz.br

⁵ Assistente Social, Técnica em Saúde Pública do CSEGSF/Ensp/Fiocruz, Especialista em Saúde Pública, Mestranda em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente na Universidade Plínio Leite - idenalva@ensp.fiocruz.br

Resumo: É inegável a contribuição da saúde para a qualidade de vida das comunidades, e por isso, mais do que oferecer assistência clínica de qualidade, os serviços de saúde, particularmente os públicos, precisam rever sua atuação e potencializar outros setores da vida pública para verdadeiramente alterar as condições de vida. Com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o Núcleo DST/Aids do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria – Ensp/Fiocruz vem esboçando algumas iniciativas dirigidas aos portadores de HIV no bairro de Manguinhos, área de grande risco social. A partir do reconhecimento do território e da adoção do conceito de vulnerabilidade, trazemos para discussão elementos que moldaram nossas primeiras iniciativas de enfrentamento local do problema e que servem de guia para pensar e executar novas iniciativas.

Palavras-chave: Aids. Atenção Básica. Vulnerabilidade. Desenvolvimento Comunitário.

1 Aids em Manguinhos: Limites e Possibilidades de uma Experiência Local

1.1 O cenário no nível local

O bairro de Manguinhos, local de moradia de quase 50 mil pessoas, apresenta características indesejáveis e nada invejáveis, mas comuns a um expressivo número de comunidades faveladas. Situado na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro entre os bairros de Bonsucesso e Benfica, é cortado pela Estrada de Ferro da Leopoldina e dois importantes rios – Jacaré e Faria. Nessa área geográfica, formada por 14 comunidades que compõem o Complexo de Manguinhos¹, coexistem baixa renda, desemprego, violência, problemas de saúde, habitação e transporte, velhas dificuldades na educação, inexistência de alternativas de lazer e entretenimento, tudo o que, sabidamente, concorre para degradar a qualidade de vida.

De acordo com dados do Censo Demográfico, apurados pelo IBGE-2000, Manguinhos apresentou significativo crescimento populacional na última década – 26,06% – e hoje ostenta expressiva densidade demográfica da ordem de 116,5 habitantes/ha. A mesma fonte apurou que, em comparação a outros bairros da AP3.1², Manguinhos concentra o menor número de habitantes com mais de 15 anos de estudos e um dos maiores índices de domicílios em que não se registra qualquer fonte de rendimento. Ainda dentro da área programática, Manguinhos apresenta 11,27% dos domicílios sem nenhum tipo de esgotamento sanitário. Acaba, mediante esses e outros dados, por ocupar a centésima quinquagésima quinta (155a) colocação no Índice de Desenvolvimento Humano/ RJ numa análise que incluiu 161 bairros da cidade.

Antigos problemas, como a falta de saneamento básico e a grave degradação ambiental, convivem hoje com o crescimento de outros, como a Aids, o aumento da incidência do uso de drogas e a intensificação do tráfico, com todas as implicações para a vida e as relações da comunidade, influenciando desde o comportamento individual no espaço da família até a intimidação coletiva, gerando medo, ansiedade, estresse, cooptação e desestruturação da frágil organização comunitária local, no caso das drogas, bem como estigma e preconceito – que continuam fortemente presentes – em relação aos moradores soropositivos.

¹ Integram o Complexo de Manguinhos: Parque Carlos Chagas, Parque Oswaldo Cruz, Comunidade Nelson Mandela, Comunidade Samora Machel, Comunidade Mandela de Pedra, Parque João Goulart, Conjunto Habitacional Provisório 2, Vila São Pedro, Vila União, Vila Turismo, Comunidade Agrícola de Higienópolis, Conjunto Ex Combatentes, Greenville e Conab.

² O Rio de Janeiro é dividido em Regiões Administrativas, que foram agrupadas em cinco Áreas de Planejamento – A. P. – compostas por bairros. A Área de Planejamento 3 – AP 3 – foi subdividida em 1,2,3. As Regiões Administrativas X, XI e XX, cujos bairros são Ramos, Penha e Ilha do Governador, respectivamente, formam a AP3.1.

A descrição deste cenário não cumpre apenas uma apresentação geográfica, meramente ilustrativa ou tão somente referencial para os leitores que não conhecem o bairro. Mais do que localizar, ajuda a compreender que estigma e preconceito manifestados, no início da epidemia, aos homossexuais, prostitutas e usuários de drogas – por seus comportamentos considerados desviantes – expandem-se agora em direção às camadas mais pobres da população onde estão estampados, ao lado do desinteresse na conquista do bem coletivo, o empobrecimento generalizado e a dificuldade crescente em manter direitos individuais, cristalizando, assim, fatores determinantes para uma maior vulnerabilidade à epidemia.

Utilizada cada vez mais a partir de 1990 (MANN, 1993) a noção de vulnerabilidade estaria relacionada – para efeito de análise – a várias dimensões e permitiria a necessária compreensão entre os efeitos da infecção pelo HIV em cada indivíduo e seus efeitos na coletividade. Para Aires (1996):

a noção de vulnerabilidade busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais, associadas às diferentes suscetibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo nações à infecção pelo HIV e às suas consequências indesejáveis.

Certamente o reconhecimento do território e a adoção do conceito de vulnerabilidade, trouxeram e continuam trazendo elementos que moldaram as primeiras ações de enfrentamento local do problema e servem de guia para pensar e executar novas iniciativas.

2 O início de uma resposta

O Núcleo DST/Aids do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF)³ criado em 1996, incorporou em sua origem as expressões prevenção e controle, retiradas mais tarde quando a equipe aprofundou a reflexão sobre a natureza, e as possibilidades do trabalho que a esperava, e a adequação a uma proposta menos normativa.

Acompanha atualmente cerca de 250 pacientes, entre portadores do vírus e doentes de Aids, mulheres e homens.

O Núcleo DST/Aids surgiu na pressão provocada pela procura espontânea de assistência por parte de alguns pacientes – já havia naquele momento a saturação de alguns pólos de atendimento, particularmente

³ O Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria é um Departamento da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Criado em 1967, presta assistência aos moradores do Complexo de Manguinhos, realiza atividades de educação, prevenção e promoção da saúde, além de desenvolver atividades de ensino, pesquisa e educação em Saúde Pública.

os universitários – e na busca dos medicamentos antirretrovirais, que começaram a ser distribuídos nesse mesmo ano.

Sua criação coincide também com a implantação do projeto “Gravidez e Infecção pelo HIV”, financiado pela Fundação MacArthur no período de 1996 a 1999 com o objetivo de propor e implementar um modelo de assistência à gestante soropositiva (PORTO, 2000, p. 95).

Tratava-se de organizar, a partir do nada, um novo local de atendimento, acolhendo e oferecendo cuidados a quem chegava muito doente, criando rotinas para dentro do CSEGSF, buscando capacitação específica, atualizando-se com os protocolos existentes e, sobretudo, vencendo a resistência de vários profissionais que consideravam essa iniciativa uma sobrecarga de trabalho.

Além de atender as necessidades dos pacientes e de manter o compromisso do serviço de saúde local – oferecer organizadamente assistência clínica aos que já haviam sido atingidos pela doença e àqueles que por diferentes razões buscavam conhecer sua situação sorológica –, a proposta do Núcleo era e é criar oportunidades de discussão entre o serviço de saúde e a comunidade que o utiliza, aproximando-se mais e melhor das necessidades manifestadas nesse grupo específico, procurando parcerias e estabelecendo referências, sobretudo assistenciais, para os casos de maior complexidade. Com essa intenção buscou-se aproximação com outras unidades, laboratórios, pesquisadores, dentro do próprio *campus*, que, entretanto, ainda hoje se apoia na informalidade, e, ao longo do desenvolvimento do trabalho, percebeu-se que apenas o contato e o conhecimento pessoal entre profissionais de saúde não garante a integralidade dos cuidados necessários.

O grupo de trabalho, constituído como equipe multidisciplinar, é formado por quatro profissionais médicos (incluindo uma médica voluntária colaboradora nas atividades de promoção à saúde e com experiência em dependência química), um assistente social, uma psicóloga, uma enfermeira e dois agentes de saúde, remanescentes do Projeto de Saúde Comunitária desenvolvido no CSEGSF entre 1987 e 1993.

No conjunto de pacientes soropositivos acompanhados, o que se observa, com relação à maioria, é a existência de uma série de limitações que são anteriores à contaminação e que se somam àquelas impostas pela doença e as agravam.

Baixa escolaridade, desemprego, falta de habilitação para o trabalho, dependência química. Mulheres chefes de família que não têm companheiros e homens que estão sozinhos, criando os filhos. Filhos que já não têm pai ou mãe. Órfãos que a Aids gerou se juntando aos órfãos sociais que o sistema não pára de fabricar. (PORTO, 2000).

Para além do compromisso com a assistência clínica, a proposta do Núcleo é sensibilizar os profissionais de saúde e envolvê-los num trabalho permanente, estimular a formação de grupos de ajuda e solidariedade e explorar melhor o potencial de recursos existentes dentro da Fiocruz no trabalho de combate à Aids.

Sob a ótica da Promoção da Saúde, a equipe acrescenta a essas proposições a busca de um melhor modelo de assistência, cuja tradução cotidiana é uma boa prática em saúde e para tanto tem procurado, associar o benefício da ação clínica – que exige conhecimento científico e técnica apurada – ao da ação sanitária, que exige, por seu lado, o reconhecimento de que a saúde ou sua ausência expressa o resultado de múltiplas determinações.

Desse modo, a equipe vem promovendo algumas iniciativas para o desenvolvimento local, dirigidas à adoção de práticas de cooperação e solidariedade entre o CSEGSF e a comunidade de Manguinhos.

3 As prioridades

Após a divulgação, em 1994, dos resultados de um estudo denominado Protocolo 076, as possibilidades de diminuir o risco da transmissão materno-fetal do HIV mostraram-se alentadoras. Adotar essa estratégia reconhecida mais tarde como essencialmente “preventiva” e uma das mais significativas descobertas da ciência nesse campo era de fato influir nos dados epidemiológicos da época, que atribuíam a essa forma de transmissão quase 90% dos casos de Aids pediátrico. Era, ao mesmo tempo, interagir com as mulheres que frequentavam o CSEGSF e que já haviam experimentado um conjunto de iniciativas, todas voltadas para o atendimento das necessidades femininas de saúde (VARGAS; ROMEIRO, 1992). Era, ainda, uma forma de recuperar a qualidade do serviço de saúde na atenção à mulher, reconhecendo o grande impacto que a epidemia já produzia, além de repensar antigos problemas – falta de leitos nas maternidades, desumanização do momento do parto, inaceitáveis índices de mortalidade materna.

Com financiamento externo, o projeto “Gravidez e Infecção pelo HIV” propiciou uma série de atitudes e iniciativas no serviço de saúde:

- a incorporação da prática do aconselhamento, que começa dentro do Programa de Saúde da Mulher e se estende, ampliando o conceito original, para outras oportunidades de contato com o usuário do serviço de saúde. Aprimorando a “escuta” e se dispondo a uma abordagem mais flexível e democrática. Considerando, tanto quanto possível, que a racionalidade médica precisa ser superada. (VASCONCELOS, 1999, p. 19).

- a sensibilização dos profissionais de saúde para, primeiramente, reconhecer a importância do problema não só no plano epidemiológico, mas também com respeito à significação que o serviço público tem para a população majoritariamente pobre atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e para compreender que as ações propostas devem consolidar o Sistema e referendar seus princípios básicos.

- a resistência à ideia de que “já sabemos tudo” e o reconhecimento de que ainda há muito a aprender no saber fazer. Vencida essa barreira, é possível conceber um trabalho mais integrado entre todos e de melhor qualidade para as pessoas que procuram o serviço. (VASCONCELOS, 1999, p. 19).

- a não negligência com o que é possível e necessário desde já. Apontando as deficiências, reclamando por recursos, questionando a burocracia que atrasa soluções valoriza-se o próprio trabalho.

- a junção de “ pé com mão” , sem dissociar o biológico do social, ou o benefício da ação clínica – que exige conhecimento científico e técnica apurada – que foi produzida pela ação sanitária, que exige, por seu lado, o reconhecimento de que a saúde ou sua ausência expressa o resultado de múltiplas determinações. (BUSS, 2000, p. 163).

Com essas inspirações, a equipe procurou habilitar-se ao trabalho no campo da Aids no nível da atenção básica, o que por vezes é problemático dentro de uma instituição de pesquisa e desenvolvimento tecnológico e onde frequentemente o mérito recai sobre a academia, as pesquisas e os protocolos fechados e bem controlados. Trabalhar no nível local, em que se aproximam as condições de vida e as pessoas que vivem essas condições, em que os problemas e as dificuldades têm nome e sobrenome, é, porém, de importância fundamental, pois, permite apreciar em que medida as teorias têm sustentação e utilidade social e conferir sua correspondência às necessidades reais.

4 As dificuldades e as iniciativas

Ao entrar em contato mais estreito com a realidade da Aids em Manguinhos, a equipe deparou com enormes dificuldades.

Era grande ainda o adoecimento em 1996 quando começamos a atender, denunciando não só o diagnóstico tardio – a despeito das queixas e da situação clínica - como também a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, evidenciada nos inúmeros relatos de recusa de acompanhamento “por ser um quadro de muita complexidade” ou na equivocada atitude de profissionais ao considerar que aquele indivíduo “não se enquadrava nos grupos de risco”.

Cada oportunidade perdida de esclarecimento/informação com certeza reforçou a dificuldade de percepção da pessoa em relação à doença ou mesmo a desestimulou a identificar-se, poupando-se das prováveis discriminações.

Muitas vezes, mal havia tempo de conhecer melhor a evolução da doença naquele indivíduo e agir para amenizá-lo o padecimento ou, pelo menos, controlá-lo. Foram muitas as internações providenciadas, mas muitos também os pacientes que delas não retornaram. Foi necessário buscar uma saída para prestar socorro emergencial aos portadores e suas famílias em situações de penúria, constrangimento e segregação. Falta de gás para cozinhar, corte de energia elétrica por impossibilidade de pagamento, inexistência ou extravio de documentos pessoais essenciais, regularização da situação de moradia, necessidade de alguns medicamentos não dispensados pela rede pública foram, e continuam sendo razões para utilização do dinheiro arrecadado pelas vendas do “Bazar da Solidariedade”, criado em 1998 pela equipe do Núcleo.

Essa foi a forma encontrada de envolver a “sociedade local” e incentivar sua face solidária, aproveitando a fantástica onda nacional de colaboração que Betinho⁴ comandava desde 1993.

Hoje, decorridos dez anos de sua criação, o Bazar está incorporado à prática do serviço de saúde e continua estimulando o sentimento de ajuda e cooperação entre profissionais, usuários e voluntários, além de manter seu propósito inicial, pois as desigualdades nas condições de vida e saúde entre grupos sociais persistem. Na verdade, são cada vez mais acentuadas e evidenciam, a todo o momento, a perversa simbiose entre adoecimento e pobreza, a falta de equipamentos sociais e, em muitos casos, a ausência da ação do poder público.

⁴ Herbert de Souza Filho, sociólogo e coordenador nacional do movimento Ação da Cidadania contra a Miséria e pela Vida.

De acordo com estudos de Valla (1999; 2004), Machado (1996) e David (2001) é no hiato criado pela ausência de ações públicas que se observa o crescimento, principalmente entre as classes populares, da busca por apoio junto a instituições religiosas e não governamentais, indicando uma forma de resistência e sobrevivência a tanta adversidade. Sendo assim, torna-se fundamental a introdução do conceito de apoio social no planejamento e execução das ações de saúde nos serviços, como uma dentre tantas outras iniciativas para a concretização de um atendimento integral e em consonância com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo David (2001, p. 63) Apoio Social seria:

[...] uma abordagem teórica, que tem origem no pensamento acadêmico de grupos progressistas norte-americanos, acerca das possibilidades de enfrentamento dos problemas de saúde-doença de grupos sociais via estabelecimento de relações solidárias entre profissionais e clientes.

Articular o serviço público de saúde com uma rede local de apoio e solidariedade indica e propicia outras formas de trabalho não só com maior poder de influência sobre as condições de vida, mas que estejam referidas a algo relativo ao aumento da autonomia dos indivíduos. Foi sob essa orientação que em 1999 surgiu a "Oficina Artesanal" que consistiu na criação de uma pequena rede de solidariedade e cooperação entre as pacientes soropositivas. Todas manifestavam grande vontade de lutar pela vida, além de enfrentarem as dificuldades que resultavam do desemprego de seus companheiros. Muitas desejavam trabalhar, mas deparavam com a falta de habilitação e a crise mundial do trabalho.

Por meio da troca entre profissionais e usuárias, o espaço da Oficina propiciou a reformulação de alguns conceitos e práticas, buscando atuar sobre o sofrimento de forma mais abrangente, valorizando os sentimentos, falas, memórias e representações, reforçando a autoestima das integrantes do grupo, possibilitando um maior controle de sua condição de saúde e a utilização de novos meios de enfrentar as dificuldades da vida.

Inicialmente sugerida para mulheres soropositivas, a Oficina reúne hoje mulheres e amigos do Complexo de Manguinhos. Após oito anos de seu início, continua sendo realizada semanalmente, nas tardes de terças e quintas-feiras na sala 27 do CSEGSF.

Os cursos sugeridos e organizados pelos participantes são, em sua maioria, ministrados por moradores da comunidade. Aqueles que têm domínio de alguma técnica transmitem seus conhecimentos para os demais componentes do grupo.

No desenvolvimento das atividades algumas participantes passaram a ter efetiva atuação nas decisões sobre o trabalho da Oficina criando, inclusive, regimento interno para produção e comercialização do que é confeccionado por todos. Nesse espaço, valoriza-se o conhecimento dos participantes, reflete-se sobre o contexto social e econômico em que estão inseridos e o poder de atuação em suas comunidades, além de aperfeiçoar habilidades e converter novas “capacidades” em complementação da renda familiar.

Experiência como essa costuma ser reveladora e, na maioria das vezes, gratificantes para a equipe, pois o convívio, a definição de interesses e o estabelecimento da cooperação mútua para crescer acabam por promover o fortalecimento pessoal e coletivo.

Ainda em 1999, foi fundada a Associação de Mulheres e Amigos do Complexo de Manguinhos, como consequência natural do desenvolvimento do trabalho do Bazar e da Oficina Artesanal.

A Associação procurou dentro dos limites de sua definição – entidade civil, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e caráter comunitário – estabelecer colaboração permanente com outros grupos organizados em Manguinhos.

Pretendia, ainda, criar condições para capacitação teórica e prática em saúde e para o desenvolvimento de habilidades pessoais, organizar programas de geração de emprego, renda e educação, desenvolver e promover atividades educacionais, culturais e recreativas, e estimular a conversa, o debate e as ações em cidadania nas comunidades que integram o Complexo – trabalho difícil e que requer persistência, particularmente no momento atual de grandes alterações estruturais da sociedade que estimulam o individualismo, a solução não socializada e a competitividade exacerbada.

A Associação foi também responsável pelo desenvolvimento do projeto “Promoção da Saúde com Informação e Prevenção em DST/Aids”, em parceria com a Associação de Moradores do Parque Oswaldo Cruz e o Núcleo de DST/Aids no período de outubro de 1999 a maio de 2002.

O trabalho refletia a preocupação da equipe com a temática da prevenção – área de grandes desafios no campo da Aids e reflexão de muitos estudiosos do assunto – e por meio do qual, eram discutidas as relações de gênero e os problemas referentes à saúde reprodutiva, sexualidade, sexo seguro e cidadania.

Este projeto deu origem, a partir de 2002, ao Camelô Educativo, iniciativa voltada para o desenvolvimento de ações de aconselhamento, informação e prevenção de DST/Aids, da gravidez não planejada, dos métodos contraceptivos, do abuso sexual e da violência doméstica, além da distribuição de preservativo masculino.

O local escolhido para o desenvolvimento do Camelô Educativo foi a rua de maior movimento da mesma comunidade, com a montagem quinzenal de uma barraca, na qual são expostos materiais educativos, além de uma caixa tira-dúvidas, que recolhe as perguntas dos transeuntes que são respondidas na quinzena seguinte, por meio de um mural informativo.

Reunidas, essas iniciativas buscam estimular a reflexão de mecanismos de autocuidado, identificar o equipamento social existente para o enfrentamento de diferentes problemas, além de explorar as oportunidades de geração de emprego e renda.

5 Antigos e novos desafios

Na história do desenvolvimento das estratégias de combate a Aids no Brasil, sempre houve a clara determinação da construção do trabalho em parceria com a sociedade civil, seus ativistas, os representantes legais do espaço não governamental. Foram muitos os estudos e levantamentos mostrando o desenrolar dessa história, os impasses e as diferentes soluções encontradas, se não para a resolução do problema, para seu controle epidemiológico e social. Na cronologia nacional da Aids são nítidas: a evolução da compreensão do que essa doença significava no início da década de 1980 e a alteração positiva que o desenvolvimento e a disponibilização dos medicamentos trouxe à vida e à qualidade de vida das pessoas infectadas. (GALVÃO, 2002).

No entanto, nunca é demais lembrar que os resultados da ação do profissional de saúde serão sempre modestos e, em muitos casos, nulos se ele negligenciar o combate às causas concretas das doenças que pretende tratar e curar.

O que presenciamos atualmente não é apenas a gravidade do problema na população de Manguinhos, pois as desigualdades nas condições de vida e saúde entre grupos sociais não se constituem em fato novo. Na verdade, atualmente, são cada vez mais acentuadas e evidenciam a todo o momento a perversa simbiose entre adoecimento e pobreza, a falta de equipamentos sociais, mas também a fragilidade e, porque não dizer, o desprestígio das ações de prevenção, que cedem espaço – cada vez maior – aos anunciados efeitos dos coquetéis de medicamentos antirretrovirais.

Trata-se então de continuar buscando, com objetividade, todas as aproximações possíveis com outros atores para o enfrentamento do problema e essa busca – influenciada pela nova política para a atenção básica – necessariamente deve incluir o PSF para “contaminá-lo positivamente”, potencializando ações e ampliando os efeitos benéficos para a população. Esse movimento com certeza produzirá melhores condições para encarar os graves problemas – e não são poucos – que tanto a prevenção e a assistência à Aids ainda precisam resolver, a despeito das conquistas até hoje acumuladas por esta política pública.

Dúvidas cercam os conceitos – e consequentemente o exercício – sobre a ética e o sigilo das informações confiadas pelos usuários e em situações em que são apresentados alguns antigos dilemas, de difícil solução: casais sorodiscordantes⁵ que não utilizam qualquer proteção, expondo-se ao risco constante da contaminação; grávidas soropositivas que desejariam interromper a gestação, mas que não encontram amparo para essa decisão; mulheres portadoras que se alegram em parir novamente – pois “a saúde se renova”, dizem elas, escandalizando os profissionais de saúde, que advertem: “a responsabilidade é sua, se a criança nascer com o vírus”.

Prevenção primária, secundária ou terciária, não importa. O importante é reconhecer que no terreno dos sentimentos e da sexualidade humana não cabe tão somente o que se acumula de conhecimento científico, e, é preciso ter cuidado para não aplicar valores morais que habitam o profissional, a não ser que haja disposição para revê-los e entender, se o dilema existe por causa do choque com esses valores ou se não foram exercitadas todas as dimensões envolvidas na qualidade do cuidado.

É essa disposição que tem orientado o trabalho que o Núcleo vem fazendo na orientação dos usuários do Centro de Saúde sobre direitos sociais e previdenciários.

Não são poucos, mesmo hoje em dia, os exemplos de transgressão às leis duramente conquistadas pelo movimento social de pessoas soropositivas. Ainda é grande o despreparo dos serviços de saúde para lidar com problemas tão delicados e para os quais é necessário identificar o agente violador desses direitos, superar a intimidação e o medo do enfrentamento, e produzir uma resposta consequente.

⁵ Casais – homo, bi ou heterossexuais – nos quais um deles é portador do vírus (soropositivo) e o outro não (soronegativo)

Ainda que existam diferentes experiências em andamento, com maior ou menor abrangência, o elemento norteador é o reconhecimento de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida e que a atuação prática e concreta, pelo menos entre nós, deve estar relacionada à compreensão ampla do processo saúde-doença e seus determinantes e ao esforço de agir sobre as condições de vida. Partindo desse ponto, aproximar o conhecimento técnico e o conhecimento popular, mobilizar recursos institucionais e comunitários deve ser o compromisso de todo profissional de saúde. (BUSS; FERREIRA, 1998).

Seguramente há muito a fazer no nível local e com certeza o trabalho do Núcleo DST/Aids é apenas um pequeno exemplo dessa possibilidade.

O setor saúde tem um papel fundamental nessa construção, pois tem sido justamente ele um dos principais propositores de mudanças e da reafirmação da saúde como bem maior, de responsabilidade do Estado (AROUCA, 2002).

Trata-se, portanto, de retomar a concepção da saúde como bem público, reduzindo a influência das proposições de “inspiração econômica” que têm produzido mais desigualdades, e restabelecer justiça, harmonia e paz.

Referências

AYRES, J. R de C. M. *Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas: HIV/Aids, DST e abuso de drogas entre adolescentes*. São Paulo: Casa da Edição, 1996.

AROUCA, Antônio S. Sérgio Arouca, há 16 anos. *Radis Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, n. 3, p. 18-21, out. 2002. Seção Memória.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. (Ed.). *Promoção da saúde e saúde pública*. Rio de Janeiro: ENSP, 1998. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br>>.

BUSS, Paulo M. *Promoção da saúde e qualidade de vida*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.163-177, 2000.

DAVID, H. M. S. L. *Sentir saúde: a religiosidade como categoria metodológica no trabalho de educação em saúde junto às classes populares*. 2001. Tese (Doutorado)–Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2001.

GALVÃO J. *1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/Aids no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002. (Coleção ABIA Políticas Públicas, v. 2).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico Brasileiro*. Rio de Janeiro, 2001.

MACHADO, M. D. C. *Carismáticos e pentecostais: adesão religiosa na esfera familiar*. São Paulo: Anpocs, 1996.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. *Aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. (História Social da Aids, 1).

PORTO, C. Gravidez e infecção pelo HIV: estratégias de promoção da saúde. In: BRANDÃO, Elaine R. (Org.). *Saúde, direitos reprodutivos e cidadania*. Juiz de Fora: UFJF, 2000. p. 95-138.

VALLA, V. V. O que a saúde tem a ver com a religião?. In: _____. *Religião e cultura popular*. Rio de Janeiro: DP&A. 2001. p. 113-139.

_____; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2004. p. 103-117.

VARGAS, E. P.; ROMEIRO, E. A. (Org.). Práticas de educação em saúde: programa de assistência integral à saúde da mulher. *Panorama ENSP*, Rio de Janeiro, 1992.

VASCONCELOS, E. M. A riqueza multifacetada da vida dos pobres e a pobreza unidimensional da vida dos ricos. *Educação popular e a atenção à saúde da família*, São Paulo, p. 19, 1999.



DIREITOS HUMANOS PRA QUEM?

Ivanir dos Santos¹

Lélia Gonzalez²

“O privilégio racial é uma característica marcante da sociedade brasileira.”³

¹ Pedagogo, secretário executivo do CEAP – Centro de Articulação de Populações Marginalizadas, ex-subsecretário estadual de Direitos Humanos e Cidadania do Rio de Janeiro.

² Antropóloga, ativista do movimento negro.

³ Extraído do artigo A juventude negra brasileira e a questão do desemprego, 1979. Memória Lélia Gonzalez, link A fala e o pensamento de Lélia Gonzalez <<http://www.leliagonzalez.org.br/>>

Resumo: É importante lembrar que, historicamente, a construção deste País se originou por meio do extermínio das nações indígenas e do tráfico de escravos africanos. Afinal, o colonizador português precisava expandir seus domínios territoriais e o Brasil era considerado terra de ninguém [...]. A questão do racismo no Brasil continua entranhada em nossa sociedade apesar de significativas ações terem sido desenvolvidas visando acabar com essa prática por distintos movimentos sociais organizados com o apoio de organizações nacional e internacional, a conclusão é uma só: a opressão racial persiste. Neste novo milênio explodem no mundo as desigualdades sociais, de gêneros, raciais e étnicas, como se estivessem “adormecidas”. Então, quando se evoca o respeito aos direitos humanos parece que se abre uma janela por onde parte da sociedade separa os direitos humanos dos direitos de outros segmentos como, por exemplo, o dos não brancos da mesma sociedade.

Palavras-chave: **Racismo. Tráfico de escravos. Direitos humanos.**

1 Introdução

O Brasil está prestes a comemorar 120 anos da assinatura da Abolição da Escravatura. O que é mais surpreendente e que o mais me chama a atenção é o fato de este País, com 508 anos de existência, ter estado mais de 350 anos sob o domínio da instituição da escravidão. Do meu ponto de vista, o maior crime de direitos humanos cometido na história do Brasil.

É lamentável que nos dias de hoje, cujos valores democráticos estão amplamente disseminados em todas as instituições e movimentos sociais, parte substantiva das elites dirigentes brasileiras mantém tal tema nas margens dos dilemas e desafios nacionais. A invisibilidade dos direitos humanos enquanto tema central na vida nacional impossibilita o enfrentamento adequado e consistente de questões sociais derivadas do passado escravista e constantemente reatualizadas no presente por uma série de mecanismos discriminatórios. Desta forma, o racismo e a discriminação racial e étnica, juntamente com um modelo excludente de economia, afeta mais diretamente as condições de vida das populações indígena e negra. De acordo com os principais indicadores sociais de desigualdades produzidos pelas principais agências de pesquisa federais, como o IBGE e o Ipea, a população negra (conjunto das pessoas pretas e pardas de acordo com a classificação oficial) é a que acumula mais desvantagens agregadas. Em outros termos, praticamente metade da população brasileira é mantida na pobreza e na indigência devido a não resolução de problemas estruturais do passado e ausência de políticas de inclusão social suficientes no presente.

O sociólogo argentino Carlos Hasenbalg designou tal fenômeno como “ciclo cumulativo de desvantagens”, ou seja, os efeitos perversos do passado escravista e das discriminações raciais no presente produzem em larga escala desvantagens competitivas para os negros no mercado de trabalho, nas universidades, etc. Do mesmo modo, tal ciclo afeta a qualidade de vida desta população em termos de acesso adequado a saúde, condições de moradia, exposição a violência urbana e mesmo psíquica, etc. É desta perspectiva que entendemos direitos humanos. É desta perspectiva que no Brasil o debate sobre direitos humanos é, sobretudo, um debate sobre inclusão étnica e racial de determinados segmentos sociais. Mesmo intelectuais importantes formados nas principais instituições de ensino superior no Brasil e no exterior, relutam em não associar o racismo e a discriminação racial como uma violação dos direitos humanos. Não é possível construir uma nova nação se não houver compreensão sobre o passado e os modos como este passado afeta práticas no presente. Não tratar o racismo e a discriminação racial como violações dos direitos humanos é, no mínimo, negligenciar um tema da maior relevância para a consolidação da democracia.

A legitimação da ação do Estado em alijar os escravos de direitos mínimos e premiar seus antigos proprietários falidos ou endividados foi a edição da Carta 29 assinada pelo ministro das Finanças Ruy Barbosa, que ordenou a queima de todos os registros de escravos existentes no Brasil. Parte do dinheiro que antes alimentava os traficantes de escravos foi aplicada na industrialização. O Barão de Mauá é o melhor exemplo disso. O caso de Dom João VI é emblemático: ele ganha a Quinta da Boa Vista das mãos de um dos maiores traficante de escravos da época. De acordo com Nascimento:

É quase impossível estimar o número de escravos entrados no País. Isto não só por causa da ausência de estatísticas merecedoras de crédito, mas, principalmente, consequência da lamentável Circular nº 29, de 13 de maio de 1891, assinada pelo ministro das Finanças Rui Barbosa, a qual ordenou a destruição pelo fogo de todos os documentos históricos e arquivos relacionados com o comércio de escravos e a escravidão em geral. As estimativas são, por isso, de credibilidade duvidosa. Há uma estimativa cujos números me parecem abaixo do que seria razoável, dando 4 milhões de africanos importados e distribuídos conforme as seguintes proporções, aproximadamente: 38% para o porto do Rio de Janeiro, de onde eles foram redistribuídos para os estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e Goiás; 25% para o estado da Bahia; 13% para o estado de Pernambuco; 12% para o estado de São Paulo; 7% para o estado do Maranhão, e 5% para o estado do Pará. (NASCIMENTO, 1978).

É curioso como opressões do passado permanecem em voga no presente. Ainda hoje temos trabalho escravo no País. Evidentemente que a escravidão como *instituição social* foi abolida, já que datada no tempo histórico, porém determinadas práticas de subjugação do homem pelo homem continuam a vigorar sob os olhos de todos. As pessoas submetidas a regimes de trabalho escravo são compostas majoritariamente por afrodescendentes. Brancos também são submetidos a tais práticas, porém em proporções substancialmente menores do que afrodescendentes.

2 Privilégios raciais reatualizados

Atualmente não é mais possível ocultar o fato de que o racismo e a discriminação racial são fenômenos que privilegiam o grupo branco em detrimento do grupo negro e indígena no Brasil. A teoria social contemporânea chama este fenômeno de “branquitude”, ou seja, uma complexa rede de poderes espalhada em todo corpo social cujo resultado é a manutenção de privilégios para os brancos. Em termos gerais, as hierarquias sociais vão se constituindo como se fossem naturais. Mesmo em situações de pobreza e desvantagem social, pessoas brancas terão proporcionalmente mais condições de ascensão social do que negros e

indígenas. Em termos de prática social a “branquitude” se diferencia do racismo porque o caráter racial de seu poderio não aparece tão facilmente. Um bom exemplo para entendermos isso são os meios de comunicação no Brasil. Controlados por pessoas brancas tais meios, especialmente a televisão, irradia para toda sociedade uma imagem de País e sociedade em que os brancos sempre aparecem como bem-sucedidos em detrimentos dos não brancos. Subjetivamente, os valores da branquitude são disseminados em todas as consciências favorecendo e facilitando a aceitação de hierarquias raciais travestidas de hierarquias sociais. Em outros termos, não choca o fato de que mais de 99% dos atores e atrizes das principais novelas serem brancos.

Um outro exemplo pode ser dado no caso das carreiras acadêmicas. Acostumamo-nos a imaginar médicos brancos, dentistas brancos, advogados brancos, engenheiros brancos, etc. Quando se depara com negros dessas profissões o olhar tende a ser de surpresa e mesmo de desconfiança. É o efeito da “branquitude” operando em nossas consciências.

Diferenças salariais entre brancos e negros no mercado de trabalho, favorecendo os primeiros; midiaticização da violência urbana superenfocando criminosos negros em detrimento de brancos – somente para ficarmos com alguns exemplos – são resultados diretos desse poder da “branquitude” que preservam privilégios raciais de uns sobre outros.

Não dá pra falar em direitos humanos no País sem levar em conta que o Brasil se construiu numa perspectiva de que uma ampla parte da população não era considerada humana. Então, para olhar o futuro, para construir o futuro será preciso olhar o passado, mas não de forma negativa ou com mágoa, mas o que de fato representa esse processo histórico no presente. Quem são esses segmentos privilegiados da sociedade brasileira, de onde eles vieram? São os netos daqueles imigrantes e qual a sua cor? A abolição constrói nitidamente possibilidades para os imigrantes brancos e seus descendentes senhores de escravos e nega os direitos fundamentais da população ex-escrava, assim como se excluiu a população indígena. As pessoas querem discutir tudo, no entanto não conseguem olhar a nação que quer construir um futuro e que está crescendo economicamente sem levar em conta essas questões que estão muito arraigadas na cultura brasileira. Conceição (2006) nos explica que:

O racismo é a ideologia-chave, organizadora, do colonialismo. Não há colonialismo sem racismo. Aliás, toda forma de dominação tem articulada a si uma ideologia que procura justificá-la, que pretende torná-la irremediável, isto é, dentro do curso natural da vida. Mas se não há colonialismo sem racismo, isto não significa que, terminada a dependência colonial, a ideologia racista deixe de existir. A descolonização não se esgota no campo político e nem mesmo no econômico.

Observa-se que diferente de outros Países em que terminou a escravidão houve uma luta colonial mais profunda e existiram leis de segregação como no caso específico dos Estados Unidos e África do Sul. No caso brasileiro não. O Brasil construiu uma ideologia muito poderosa baseada na ideologia da mestiçagem. As políticas eugenistas, logo racistas, do final do século XIX e início do século XX perderam crédito junto às elites dominantes. A partir dos anos 1930, uma nova ideologia foi gestada no sentido de resolver o “problema racial brasileiro”: o *mito da democracia racial*. Seu principal expoente foi Gilberto Freyre, sociólogo que acreditava que a maior riqueza brasileira seria seu povo. Povo cujos atributos raciais não eram mais relevantes em termos de valor, já que devido aos altos índices de mestiçagens não se poderia mais falar em grupos específicos. Esta poderosa ideologia vigorou até anos recentes e continua a permear o imaginário social de milhares de brasileiros.

Na área de saúde, o discurso médico dominante impregnou boa parte das práticas de controle social, especialmente em relação à infância. Tal concepção vai recair sobretudo no controle dos negros, basta observar as instituições de menores abandonados construídas no bojo desta ideologia: diagnóstico, prevenção, sociedade vista como corpo saudável. Quem não estivesse saudável era considerado doente, tinha que ser retirado para fazer uma terapia para ser cuidado e depois voltar para o convívio social. Desse modo, essas pessoas não contaminavam o corpo saudável da sociedade. Esta era uma visão médica, com implicações coercitivas para a maioria desta população, e avessa à noção de direitos.

Essa visão da criança e do adolescente vai vigorar até os anos 1980 e 1990, quando a Associação dos Ex-alunos da Funabem(*)¹ denunciando

¹ Ao sair da Funabem as pessoas são estigmatizadas como ex-alunos, reúnem-se com antigos internos e fundam a Associação de Ex-alunos da Funabem – Asseaf. À frente da entidade, Ivanir dos Santos foi o primeiro a levantar a voz contra a marcante diferença entre *Criança* e *Menor* e a denunciar a ação crescente dos grupos de policiais subsidiados por comerciantes com o objetivo de matar crianças negras que cometiam pequenos furtos.

isso faz um debate sobre *menor e criança* na sociedade brasileira. É neste momento que o debate em torno disso se consolida. Já em 1990, chama-se a atenção para os assassinatos de crianças e adolescentes praticados no Brasil. Foi o primeiro relatório feito e produzido pelo Ceap(*),² até então as reivindicações em torno dos direitos humanos não tinham esta preocupação. O discurso era centrado naqueles que enfrentaram a ditadura militar. Reivindicação justa, naturalmente. No entanto, toda a luta e a resistência que se dá contra a ditadura militar e as atrocidades perpetradas reverteram-se em reparações do Estado ou estão em vias de recebê-lo.

Não questiono tal reparação. É legítima e não se pode esquecer. Porém esse mesmo tratamento não foi dado em relação à escravidão, que levou muito mais tempo e que vitimou muito mais gente nesse processo histórico. É um divisor de águas. Tem toda uma reação na sociedade com relação às indenizações. Não propomos reivindicações individuais ou milionárias. Fazemos reivindicações de indenização do ponto de vista da atenção da sociedade, da obrigação do Estado de fornecer políticas voltadas para a população negra. Há toda uma reação e, no entanto, não se vê o mesmo com relação à ditadura.

Nos últimos 20 anos tem ocorrido um aumento sistemático das práticas de violência policial imposta pelo Estado junto à população pobre, favelada ou não, com a justificativa de “combater o tráfico”, isto só deve mudar se houver debates em que o conjunto da sociedade se conscientizar da sua herança africana e pós-escravista e cobrar as mudanças. Primeiro tem que se observar o que são direitos humanos e quem é considerado efetivamente humano na sociedade brasileira. Existe diferença de tratamento no processo de indenização verificado nas vítimas da geração de 1968 e as vítimas pobres do mesmo aparelho repressivo do estado. Alguns exemplos notáveis disso são os casos das Mães de Acari, o massacre de Vigário Geral e da Candelária. Todos na cidade do Rio de Janeiro.

Existem agentes do estado que vitimam um segmento da população o que gera reação e clamor e existe outro segmento que historicamente tem o seu direito violado, e ser assassinado é normal porque somos induzidos a aceitar que ou são criminosos ou poderiam vir a sê-lo. Este é o estigma do controle social. Algumas ações podem ser legítimas por parte do estado e há outras que são abusos praticados e legitimados pelo estado. É o local de moradia, é a cor da pele, a renda, etc. Aqui entra a

² Ceap – Centro de Articulação de Populações Marginalizadas – é uma organização não governamental, sem fins lucrativos, fundada no Rio de Janeiro em 1989 por ex-internos da antiga Funabem, membros da comunidade negra e do movimento de mulheres. www.portalceap.org.br.

questão da droga e o tráfico. Se observarmos melhor, a droga existe há muitos anos na sociedade brasileira e lá nos anos 1950 e 1960 as maiores drogas nas comunidades eram a maconha e o lança-perfume – chamada cheirinho-da-ló-ló. O que existia como traficante era a chamada malandragem. O combate que se dava a esta malandragem já era uma questão com pano de fundo de controle social, a preferência era dada aos pobres, negros e mestiços e, em particular, aos egressos do juizado de menores e do sistema penitenciário.

As condições de existência material dessa população negra remetem a condicionamentos psicológicos que devem ser atacados e desmascarados. Os diferentes modos de dominação das diferentes fases de produção econômica no Brasil parecem coincidir num mesmo ponto: a reinterpretação da teoria do lugar natural, de Aristóteles. Desde a época colonial aos dias de hoje, a gente saca a existência de uma evidente separação quanto ao espaço físico ocupado por dominadores e dominados. O lugar natural do grupo branco dominante são moradias amplas, espaçosas, situadas nos mais belos recantos da cidade ou do campo e devidamente protegidas por diferentes tipos de policiamento: desde os antigos feitores, capitães do mato, capangas etc., até a polícia formalmente constituída. (...) Já o lugar natural do negro é o oposto, evidentemente: da senzala às favelas, cortiços, porões, invasões, alagados e conjuntos “habitacionais” (cujos modelos são os guetos dos Países desenvolvidos) dos dias de hoje, o critério também tem sido simetricamente o mesmo: a divisão racial do espaço. (GONZALEZ, 1982).

A questão central não era combater o criminoso, mas no combate ao criminoso criar o estigma sobre todo o segmento da população que pode ser suspeito, seja criminoso ou não, e isto é construído no imaginário da sociedade, isto é construído logo após o fim da escravidão, desde o início de 1900. É a perseguição ao samba, aos capoeiristas, perseguição às religiões de matriz africana, tudo isso foi construído a fim de converter esta população em potencialmente criminosa. A ampla maioria da população negra nunca foi criminosa, mas, no entanto, o ato de um indivíduo recai socialmente e coletivamente sobre todo um contingente, isso o estado trabalhou e controla muito bem.

Muito mais do que discutir os direitos desta população se discute o direito, apoiado por um segmento médio da sociedade brasileira, do segmento branco. Não é à toa que a grande mídia trabalha isto o tempo todo. Vejamos o caso do arrastão em 1992 e o imaginário que a televisão trabalhou qual foi: os negros do subúrbio invadem as praias e criam a desordem onde mora a maioria dos brancos de classe média. A questão racial que é tão negada no discurso é tão assumida na subjetividade de uma

cultura. Isto foi e continua sendo usado de uma maneira muito eficaz.

Uma coisa é o combate ao tráfico de drogas outra coisa é no pretexto de combater o tráfico você vitimar toda uma população que no fundo não tem trabalho, educação, saúde pública suficientes. Se for verificar na comunidade é uma minoria que tem ou pratica uma atividade ilícita, e às vezes a ótica do indivíduo não é nem acumulação de riqueza, mas uma questão de sobrevivência, é só observar os motivos pelos quais são presos. Quem lucra com a riqueza desse tráfico não mora nessas comunidades e não são negros. É preciso romper com esta visão e construir uma política de combate ao tráfico sem violação dos direitos da maioria da população que não tem nada a ver com o tráfico e muito menos é cúmplice.

Então, por que se reprimem as comunidades, moradores e até crianças? Porque o estado acredita que, além de ter pessoas envolvidas com o tráfico na comunidade, ela seja sua cúmplice. Por ter essas atividades na sua comunidade as pessoas têm que conviver com o tráfico e ao mesmo tempo serem vistas pela sociedade como cúmplices. Não é à toa que parte da opinião pública – a opinião pública construída – é sempre favorável à repressão desse segmento. Essa repressão abate toda uma população constituída de vítimas que não têm nada a ver com essas atividades ilícitas. Isso fica cada vez mais difícil quando se faz o discurso dos direitos humanos neste campo, pois o argumento utilizado é que quem luta por direitos humanos dos pobres e dos negros é conivente com a prática da criminalidade. Esta ideia é trabalhada na mídia de uma forma muito poderosa.

[...] A mídia funciona no nível macro como um gênero discursivo capaz de catalisar expressões políticas e institucionais sobre as relações inter-raciais, em geral estruturadas por uma tradição intelectual elitista que, de uma maneira ou de outra, legitima a desigualdade social pela cor da pele.

[...] A palavra “elitista” não é aqui casual. Sabe-se efetivamente que da influência interativa entre elites de diferentes ordens - grupos de alta renda, ministérios, organizações de trabalho, intelectuais e meios de comunicação de massa – resultam os padrões cognitivos e políticos que orientam os componentes da ação social e do julgamento ético presente no comportamento racista. (SODRÉ, 1999).

Vejamos o paradoxo: lutar contra a ditadura militar e por liberdades democráticas foi um marco na sociedade e o benefício era para a maioria. Não para um segmento. Mas quando se trabalha em defesa dos pobres e dos seus direitos você também é tido como cúmplice ou criminoso ou

está fazendo apologia ao crime, basta ver o que tem acontecido com muitas pessoas do meio popular que entram no combate à violência policial e como é que são arroladas depois de uma atividade criminal. A pessoa sabia que não estava envolvida, mas por contingência de moradia não poderia dizer nada e acaba sendo exposta como traficante de drogas. Existem vários casos dessa natureza.

Ninguém responsabiliza uma pessoa que está num restaurante na Zona Sul da cidade, onde um traficante frequenta, como se todos os frequentadores daquele ambiente fossem cúmplices e nem que o dono daquele estabelecimento que acolhe aquela pessoa apoia a atividade dele. Mas no caso das populações que moram nas comunidades o que existe é isso. Achar que estar ali, morar ali, conviver, ter que transitar ali é cúmplice. Esta imagem é diferente. Quando se prende alguém em um condomínio de luxo onde um grande contrabandista mora todos podem ser suspeitos. Mas o fato é tratado como crime do indivíduo e não da comunidade ou das pessoas que convivem com aquele indivíduo, ou que estudaram com ele ou que trabalham no mesmo prédio que o dele ou que vão nas festas dele ou da família dele, só é noticiada a prisão do indivíduo.

No caso dos pobres se trabalha coletivizando o crime, como se todos, de uma certa forma, estivessem envolvidos ou pela omissão ou pelo silêncio. Porém, no outro segmento isso não ocorre, a ação se individualiza. Isto é trabalhado do ponto de vista da mídia, do ponto de vista da investigação policial, do ponto de vista das penalidades que são impostas a esse segmento. Essa é a visão de uma herança de um estado escravocrata a um segmento que já nasceu marcado, como se fosse violador, não possui direitos. A construção do estado brasileiro nesta sociedade tem lhe negado sistematicamente esses direitos.

Este é um debate imprescindível na questão dos direitos humanos e às vezes muito incompreendido por aqueles que lutam por direitos humanos. Veja o caso de um direito simples que se conquistou agora: o direito das cotas raciais nas universidades e que ainda estamos lutando para ampliar isso. Observe a reação que existe.

Esse mesmo setor que tem reação à cota é originário de um segmento da sociedade brasileira, parte dele, que entrou no País com a imigração e o apoio do Banco do Brasil financiando o crédito rural para que fossem trabalhar com salário nas fazendas de café. Seus antecessores vieram trabalhar apoiados e ganharam terras e hoje eles acham que é mérito.

Nem em 1888, quando houve a Abolição da Escravatura, que se esperava que o estado tivesse uma medida de proteção ou de promoção de direitos de reparação ou de acesso a terra para os ex-escravos, não foi o que aconteceu. Mas para os imigrantes foi isto o que ocorreu; eles chegaram aqui em condições totalmente diferenciadas.

3 Conclusão

Nós vivemos em uma sociedade que tem muita dificuldade de compreender isso e não tem como trabalhar direitos humanos sem entender a questão racial, seja de que segmento for. Um dos maiores exemplos disso é a questão religiosa no Brasil. Quando o pastor chutou a santa houve uma comoção – que por sinal é negra e é a padroeira do Brasil – no entanto, os cultos de matriz africana são violados, seu direito de liberdade religiosa sistematicamente limitados e quase não se houve falar disso. O estado não tem se mobilizado nesta direção. O maior exemplo é o que está acontecendo na Ilha do Governador agora. Se fosse a invasão de uma igreja budista ou de uma sinagoga o tratamento seria outro, no entanto nada aconteceu. É preciso ter um olhar diferenciado sobre os direitos humanos.

Referências

- CONCEIÇÃO, José Maria Nunes Pereira. *África um novo olhar. Cadernos CEAP*, Rio de Janeiro, 2006. p. 49.
- GONZALEZ, Lélia; HASENBALG, Carlos. *Lugar de negro*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1982. p. 15.
- GONZALEZ, Lélia. A Juventude Negra Brasileira e a Questão do Desemprego. In: AFRICAN HERITAGE STUDIES ASSOCIATION, 2, 1979, Pittsburgh. *Resumo...* Pittsburgh, 1979. Disponível em: <<http://www.leliagonzalez.org.br/>>.
- NASCIMENTO, Abdias do. *O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978. p. 49.
- PRUDENTE, Celso. *Nossa imagem*. São Paulo: Panorama, 2006.
- SODRÉ, Muniz. *Claros e escuros: identidade, povos e mídia no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 243.

O DIREITO À SAÚDE DE ADOLESCENTES CUMPRINDO MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

Fernando Manuel Bessa Fernandes¹

Marcelo Rasga Moreira²

Mônica de Rezende³

¹ Antropólogo, Mestre em Antropologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFF.

² Fisioterapeuta, Doutoranda em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz (Ensp/Fiocruz).

³ Sociólogo, Doutorando em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da FIOCRUZ – ENSP/FIOCRUZ. Pesquisador do Departamento de Ciências Sociais da ENSP/FIOCRUZ.

Resumo: Dentre o conjunto de cidadãos em privação de liberdade, merece destaque o contingente de adolescentes cumprindo medida socioeducativa em regime de internação e internação provisória, uma vez que se encontram, ao mesmo tempo, em condições especiais de crescimento de desenvolvimento e sob tutela do Estado. Em situações como esta, o direito à saúde torna-se uma questão extremamente complexa, sobretudo porque sua negação pode se constituir como uma ação propositadamente punitiva e sancionadora, em detrimento da ação pedagógica e de proteção e garantia de direitos proposta no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). Sobre tais aspectos, o artigo busca apresentar subsídios para o debate sobre o direito à saúde de adolescentes privados de liberdade em suas interfaces com o Sistema Socioeducativo e o Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Sistema Socioeducativo. Adolescentes privados de Liberdade.

1 Introdução

O Direito à saúde integra o rol dos direitos humanos fundamentais, conforme lapidarmente estabelece a Constituição Federal Brasileira de 1988¹. Neste aspecto, a Carta Magna espelha o contexto de redemocratização do País por ocasião de sua elaboração e promulgação e segue os ditames de saúde entendida como mais do que a ausência de doença, expressos na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, de 1989, e na Constituição da Organização Mundial de Saúde – OMS, de 1946. (RIZZINI, 2002; SPOSATO, 2001).

A Saúde é compreendida ainda na Lei maior do País como um dos direitos sociais (BRASIL, 1988), refletindo o conceito ampliado de Saúde expresso no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). Guardando íntima relação com este conceito, a Constituição estabelece, também, que um dos princípios fundamentais da República Federativa do Brasil é a “dignidade da pessoa humana” (BRASIL, 1988), tendo como um de seus objetivos “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”. (BRASIL, 1988).

Apesar disso e dos inegáveis avanços conquistados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive no campo da Participação Social, atingir a resolutividade e a qualidade universal e equitativa dos serviços prestados à população ainda são desafios que se colocam à concretização da “Saúde como Direito”.

Tais desafios, em considerável medida, repercutem as desigualdades e contradições que, embora venham se reduzindo, ainda estruturam o cenário econômico do País. Assim é que, também no campo das políticas sociais, são os setores mais organizados que conseguem vocalizar e efetivar suas demandas nas agendas políticas, concentrando o acesso aos melhores serviços e atendimentos públicos, retendo bens coletivos que não são equanimemente redistribuídos.

Dentre os setores mais prejudicados por estas concentrações e, por conseguinte, mais vilipendiados em seu direito à saúde, estão os adolescentes que, por terem cometido atos infracionais (“crimes”, para o senso comum), foram julgados e sancionados com medidas socioeducativas de privação de liberdade – a saber: internação e internação provisória.

¹ “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988: Título VIII, Cap. II, Seção II, Art. 196º).

Neste contexto, o presente artigo tem como objetivo contribuir para o debate sobre os direitos humanos e as iniquidades em saúde, focalizando suas análises no atendimento à saúde dos adolescentes cumprindo medida socioeducativa de privação de liberdade. Busca-se apresentar e tematizar alguns dos problemas fundamentais que marcam os dois sistemas públicos que deveriam garantir seu direito à saúde: O Sistema Socioeducativo (SSE) e o SUS.

2 O direito à saúde como dever e como ação socioeducativa do Estado

A Constituição explícita a maneira como deve ser encarado o segmento infanto-juvenil, afirmando a premissa de que se constitui num conjunto de sujeitos de direitos e em condições especiais de desenvolvimento:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1988, grifo nosso).

Ratificando e aprofundando este artigo da Constituição, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, expressamente qualifica o direito à saúde de crianças e adolescentes, ressaltando a importância estratégica do SUS.

A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência... É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1990a).

Sob este ângulo, a consolidação do SSE no Brasil requer sua articulação com o SUS, constituindo-se em uma proposta de intersectorialidade prática vital para que as políticas públicas promovam o desenvolvimento social e humano. É com este espírito que, em seu Artigo Nº 86, o ECA propõe uma gestão inovadora, por intermédio da explicitação de um Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGD), “por meio de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”. (NOGUEIRA NETO, 2005).

O SGD significa, pois, a possibilidade da efetuação de uma fecunda articulação entre espaços públicos e instrumentos/mecanismos a serem mobilizados na consecução dos objetivos do atendimento, da vigilância e da responsabilização, visando a garantia dos direitos dos adolescentes. Um destes instrumentos/mecanismos é o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), que:

[...] é o conjunto ordenado de princípios, regras e critérios, de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo, que envolve desde o processo de apuração de ato infracional até a execução de medida socioeducativa... Constitui-se de uma política pública destinada à inclusão do adolescente em conflito com a lei que se correlaciona e demanda iniciativas dos diferentes campos das políticas públicas e sociais. (BRASIL, 2006c).

A partir do que pressupõem o SGD, o Sinase e o ECA, e do que estabelece a legislação concernente, os adolescentes não são mais compreendidos como objetos de processos jurídicos, e sim, como sujeitos responsabilizáveis, com direitos e deveres, embora inimputáveis do ponto de vista do Direito Penal².

3 A Negação do Direito à Saúde como Ação Repressiva do Estado

A defesa da garantia dos direitos dos adolescentes, porém, não pode significar um embotamento da consciência de que, nos casos em que há necessidade de aplicação de medidas socioeducativas, o processo jurídico-legal deve ser observado. Não demonizar os adolescentes infratores não pode nem deve, portanto, significar o relaxamento da necessidade de providências fortes e incisivas frente a atos praticados pelos adolescentes que ferem a lei.

Assim, para os adolescentes que cometem atos infracionais (ou seja, condutas cometidas descritas legalmente como crimes ou contravenções penais), o ECA estabelece *medidas socioeducativas*. Tais medidas variam em sua gravidade, começando pela *advertência* (admoestação verbal feita por autoridade judiciária) até a *internação* em estabelecimento educacional, com duração máxima de três anos.

A internação constitui-se em medida privativa da liberdade e deve sujeitar-se aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento (BRASIL, 1990a).

As condições concomitantes de cumprimento de medida em privação

² “É preciso retirar a criança e o adolescente do nicho de sacralização e da idealização em que muitas vezes nosso discurso os entroniza, para lutar mais concreta e criticamente pela retirada deles dos círculos da demonização a que estão condenados, como ‘anjos decaídos’, acusados de traírem o modelo adultocêntrico, racista, machista, homofóbico, eurocêntrico, elitista-corporativo, assistencialista-repressor, que se quis impor a eles. Tudo isso, justificando relações interetárias injustas, estruturalmente de dominação, que resultam sempre em discriminações, abandonos, explorações, violências e opressão”. (NOGUEIRA NETO, 2005).

de liberdade e de tutelados pelo Estado colocam estes adolescentes em situações extremamente complexas e potencialmente vulnerabilizadoras, o que demanda atenção e cuidados intensivos por parte dos gestores, profissionais e outros autores que formulam, implementam, executam e avaliam as políticas, programas e ações voltadas para este público.

Contudo, há estudos que apontam que, via de regra, o direito à saúde é restringido e/ou negado aos adolescentes que se encontram privados de liberdade por conta de terem cometido atos infracionais (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2003; CUNHA, 2000; CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2001; BRASIL, 2005b).

Por sua persistência justamente nas unidades federais com os maiores orçamentos públicos do País, fenômeno que não tem variado com o tempo ou com a coalizão política governante, estas restrições implícitas e explícitas ao direito à saúde assumem características de uma ação repressiva do Estado.

Este não é um processo inédito. Recorde-se que foi exatamente neste contexto de negação de direitos e de radicalização da ação coercitiva e repressora do Estado no sistema carcerário do estado do Rio de Janeiro que, no final dos anos 70 e início dos 80, organizaram-se os grupos de presos que viria a comandar o tráfico de drogas e, como retrata Lima (1991), esta necessidade organizacional teve como ponto principal a luta pela sobrevivência. Posteriormente, fatos semelhantes ocorreram nos presídios do estado de São Paulo.

Conforme afirmam Cruz Neto (2001), o processo histórico de redemocratização do País, sob os preceitos da descentralização do Estado e da participação da sociedade civil, embora em contraste com o período de exceção anterior (a ditadura militar), por si só não garantiu nem garante que a arbitrariedade, a discriminação e a repressão por parte do poder público tenha se extinguido na ação estatal no que concerne aos sistemas penal e socioeducativo, conforme Cruz Neto (2001):

A despeito dos avanços conquistados e plasmados em um instrumento jurídico, a doutrina da situação irregular – fruto de quase um século de legislações e políticas de caráter extremamente centralizadoras e autoritárias, por intermédio das quais foram operadas prática eminentemente repressivas – ainda encontra ressonância no discurso ideológico das classes dominantes.

Não se pode deixar de afirmar, quanto a isto, que setores importantes e significativos da sociedade referendam e dão suporte político a essa

ação repressiva do Estado, pois nela vem manifestada, concretizada e executada a sua vontade de punir os indivíduos que atentam contra a ordem social e cometem determinados crimes³. Por vezes, dependendo da gravidade do delito praticado e do grau de comoção popular a ele atribuída, reverbera a ideia de que os direitos humanos não devem valer para quem é capaz de atitudes tidas como “desprovidas de humanidade”. É importante notar, porém, que crimes cuja gravidade pode alcançar efeitos e consequências ainda mais nefastas, como os de “colarinho branco”, que envolvem desvio de recursos públicos e afetam milhões de pessoas, não despertam revoltas com magnitudes sequer similares.

Em vista disso, o discurso pela paz contra a violência e a pugna pela manutenção da harmonia social, pela defesa da integridade física dos cidadãos e pelo resguardo das vidas humanas, do patrimônio público e da propriedade privada, se descolados do entendimento da gênese e das causas dos problemas sociais e da criminalidade, correm o risco de servirem de plataformas de apoio para que viceje e reproduza-se o pensamento reducionista de que a adoção de práticas de repressão e opressão é a única solução para conflitos, via coerção penal, ideia esta que tem a característica de acompanhar e manter o *status quo* de iniquidade e desigualdade socioeconômica. (GUIMARÃES, 2007).

Este é um complexo panorama que demanda estudos e análises abrangentes e aprofundados, cada vez mais esmerados no compromisso com a garantia dos direitos dos adolescentes privados de liberdade, e que possam subsidiar e incentivar os gestores públicos no sentido da mudança das ações do Estado e o envolvimento e participação dos atores e entidades da sociedade civil na elaboração e aperfeiçoamento de políticas em todo o seu ciclo de desenvolvimento.

É esse o desafio a ser por todos enfrentado. Não se furtando a este enfrentamento, considera-se e analisa-se a seguir as peculiaridades do atendimento à saúde de adolescentes privados de liberdade praticado no SSE e no SUS, levantando questões que possam contribuir para o debate político e científico do tema.

³ Vem ao encontro disto a veiculação no jornal carioca O Globo, edição de 9/03/2008, de uma matéria sobre a “Pesquisa sobre Valores e Atitudes da População Brasileira”, realizada pela agência Nova S/B em parceria com IBOPE. Os dados publicados trazem interessantes questões, especificamente no que tange aos direitos humanos. Parcela significativa do universo dos entrevistados é favorável à aplicação de tortura como método de interrogatório de suspeitos de crimes, sendo que os entrevistados de maior renda e grau de instrução declararam-se como favoráveis em maior quantidade do que os entrevistados de menor renda e com menor escolaridade.

4 O SSE e a Saúde dos Adolescentes cumprindo Medidas Socioeducativas

Segundo dados da pesquisa “Adolescentes em Conflito com a Lei: Situação do Atendimento Institucional no Brasil”, realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2003), em 2002, havia no País cerca de 11 mil adolescentes cumprindo medida socioeducativa, em 205 unidades de internação e internação provisória distribuídas por 96 municípios.

Deste universo de unidades do sistema socioeducativo, uma quantidade expressiva (60%) informou possuir equipes e profissionais de saúde contratados com recursos próprios. É digno de nota, também, o fato de que os respondentes ao questionário da pesquisa afirmaram que quase a totalidade das unidades socioeducativas (94%) utiliza o SUS paralelamente ao emprego de equipes e profissionais de saúde lotados nas próprias unidades.

Isto poderia denotar uma situação que, se por um lado, pode aparentar uma valorização do uso dos serviços públicos de saúde, por outro faz com que os adolescentes enfrentem os mesmos percalços, estruturais ou não, que a população experimeta ao utilizar a rede pública saúde, tais como escassez de recursos humanos, insumos, medicamentos, leitos e equipamentos; dificuldades para realização de consultas e exames; inoperância e inapetência de servidores, entre outros, que são comumente alardeados nas mídias, e alguns autores também relatam alguns destes percalços (VAITSMAN; ANDRADE, 2006; GOUVEIA, 2005)⁴.

Alie-se a isto as vicissitudes das formas de organização social vigentes nas unidades, algumas delas disciplinadoras, autoritárias, militarizadas e cerceadoras de liberdades e direitos, refletem e são refletidas nas estruturas arquitetônicas das instalações, geralmente típicas e adaptadas do sistema prisional ou inadequadas às especificações técnico-normativas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Os dados da pesquisa do Ipea são bastante significativos. Uma questão interessante seria analisar se a existência de uma quantidade elevada de profissionais de saúde alocados nas próprias unidades socioeducativas não seria, por parte destas unidades, um indicador de um movimento de fechamento em si mesmas. Esta possibilidade ganha contornos dramáticos quando se pensa em instituições totais.

⁴ A SGEPI/MS estabeleceu convênio com a Fundação Universitária de Brasília e o Centro de Pesquisa sobre Opinião Pública de Brasília, da Universidade Nacional de Brasília (UnB) para realizar a ‘Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação do Usuário do SUS’ (BRASIL, 2006), ora em andamento.

Segundo Erwin Goffman (1987), tais instituições consistem em locais que concentram moradia, lazer, e realizam algum tipo de atividade formativa, educativa, correccional ou terapêutica, para um grupo de internados. Uma instituição total oferece a seus internados atividades sob controle de uma elite dirigente gerenciadora da vida institucional, e apresenta a tendência a caracterizar-se por um alto grau de despersonalização e perda da identidade própria dos internados em favor da fusão de suas individualidades com a instituição e, em última instância, agressividade e violência.

Sobre esta questão, é importante recordar o 10º princípio do Sinase, que discorre sobre a incompletude institucional preconizada pelo artigo Nº 86 do ECA, no qual se busca garantir a universalidade no atendimento à saúde e a articulação de atendimento integrado:

A incompletude institucional revela a lógica presente no ECA quanto à concepção de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais para a organização das políticas de atenção à infância e à juventude. A política de aplicação das medidas socioeducativas não pode estar isolada das demais políticas públicas. Os programas de execução de atendimento socioeducativo deverão ser articulados com os demais serviços e programas que visem atender os direitos dos adolescentes (saúde, defesa jurídica, trabalho, profissionalização, escolarização etc). Desta forma, as políticas sociais básicas, as de caráter universal, os serviços de assistência social e de proteção devem estar articulados aos programas de execução das medidas socioeducativas, visando assegurar aos adolescentes a proteção integral. A operacionalização da formação da rede integrada de atendimento é tarefa essencial para a efetivação das garantias dos direitos dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, contribuindo efetivamente no processo de inclusão social do público atendido (BRASIL, 1990a).

O que contribui para tornar mais complexa e grave a situação destes adolescentes é o fato de que há o preconceito por vezes manifestado na negação ou negligência do atendimento, praticado por alguns dos servidores e profissionais das unidades básicas de saúde, ambulatorios e hospitais da rede pública. A ocorrência de distúrbios e tumultos causados por adolescentes nas unidades do SUS, junto com a condição estigmatizada destes adolescentes serem indivíduos em conflito com a lei, portanto, “perigosos” para o convívio social, alimenta este preconceito, reforça a vulnerabilidade e reitera a iniquidade.

Há ainda três aspectos mais incisivos na discussão sobre o atendimento à saúde dos adolescentes cumprindo medidas socioeducativas que demandam ser trabalhados com mais atenção. O primeiro refere-se às ações de promoção da Saúde Sexual e da Saúde Reprodutiva que, nas uni-

dades socioeducativas, revestem-se de grande importância quando se discutem os direitos dos adolescentes cumprindo medidas. Ações e programas de educação e orientação sexual, primordialmente voltados para a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/Aids esbarram, por vezes, em posturas institucionais que negam aos adolescentes o direito básico à informação e ao acesso a práticas de prevenção e promoção à saúde. Tais posturas amparam-se no argumento de que ações de Saúde Sexual e à Saúde Reprodutiva não seriam necessárias e/ou adequadas, já que, por todos os adolescentes serem do mesmo sexo, não haveria a ocorrência de práticas sexuais.

A Saúde Mental dos adolescentes cumprindo medidas socioeducativas também é estrategicamente fundamental e um perene desafio. Além de práticas de isolamento, da imposição de castigos e do uso da medicação com estratégia para “acalmar” a “rebeldia” e/ou o “desajuste” dos adolescentes, têm se tornado recorrentes a elaboração de diagnósticos que, de forma inadequada e pouco aprofundada, rotulam comportamentos considerados “impróprios”, como transtornos mentais, depressivos ou até mesmo deficiências mentais.

Como terceiro aspecto, tem-se que, além de estarem numa situação de privação de liberdade, por si só geradora de agravos, estes adolescentes estão sujeitos a desvios institucionais concretizadores de uma cultura da violência, da ameaça e da punição como prática cotidiana de rígida disciplinarização e hierarquizada organização social e espaço-temporal, ilustrada nas falas dos adolescentes:

Os caras lá dava porrada nos menor porque não podia botar a mão prá frente, não podia fazer nada, aí nós ficava assim, com a mão prá trás. De vez em quando, eu esquecia, botava a mão prá frente, aí tomava dos caras, vinha dar tapa na minha cara”[...]. “Nada me ajudou porque lá eu também só pensava em voltar para o tráfico, só pensava em roubar, em matar, pensava as mesmas coisas que eu pensava quando eu tava no tráfico[...]. (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2001).

Há que se lembrar, ainda, que as “rebeliões” dos adolescentes também geram agravos e representam uma situação de risco à saúde, seja pelas ações punitivas dos agentes monitores do SSE e/ou da polícia, seja por conta de agressões praticadas pelos adolescentes entre si. A ocorrência de agressões entre os adolescentes tem se dado, principalmente nas grandes capitais do País, devido à rivalidades advindas de sua participação em grupos e facções criminosas cujas atividades giram em torno do tráfico de drogas, mazela cada vez mais presente no cotidiano da sociedade brasileira.

Como articular a reflexão sobre estas questões do SSE e encontrar meios plausíveis e factíveis de ação do Estado com aspectos fundamentais do SUS, tendo por mote o atendimento à saúde dos adolescentes privados de liberdade? É justamente na busca da resposta positiva a esta indagação que se encaixa a formulação e implementação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI).

5 O SUS e a Saúde de Adolescentes cumprindo Medidas Socioeducativas: A PNAISARI

Os princípios fundamentais constitutivos do SUS são, entre outros: *Universalidade* de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; *Integralidade* da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; e *Igualdade (Equidade)* da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. (BRASIL, 1990c).

Os desafios enfrentados na implementação, consolidação e aperfeiçoamento do SUS e na manutenção de seus princípios fundamentais devem ser compreendidos em conexão com o modelo de descentralização adotado no País nos anos 80, oriundo das propostas e lutas históricas do movimento sanitário.

A política de saúde expressa nas Leis Orgânicas da Saúde (BRASIL, 1990b, 1990c) e nas Normas Operacionais Básicas/NOB coloca a gestão, os recursos e os serviços de saúde no plano da atenção básica a cargo dos municípios, enquanto que aos estados cabe a função de coordenação do sistema de referência intermunicipal, com a oferta de serviços de média e alta complexidade sendo responsabilidade da União e dos estados.

A complementaridade do alcance e da responsabilidade de cada esfera contida no processo de descentralização afirma a noção de *rede*, pressupondo a integração e articulação das políticas, programas, ações e serviços, e referenda-se no Pacto pela Saúde⁵.

Entretanto, nem sempre as relações entre os três níveis de administração pública são harmoniosas, havendo conflitos e dissensos de ordem político-partidária quanto à responsabilidades na execução dos

⁵ O Pacto pela Saúde, consubstanciado pelos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, objetiva a efetivação, em uma unidade lógico-sistêmica, de diretrizes e princípios coerentes com a diversidade operativa das ações em saúde, possibilitando a celebração de acordos entre os responsáveis pela gestão do SUS nas três esferas da administração pública e a redefinição e afirmação de responsabilidades coletivas, em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. (BRASIL, 2006a).

serviços oferecidos à população. Há dados que atestam que, em vários estados e municípios do Brasil, os princípios fundamentais do SUS não estão sendo estritamente observados e obedecidos em favor do atendimento. E são menos garantidos ainda, quando adolescentes privados de liberdade cumprindo medida socioeducativa necessitam de algum atendimento na rede pública de saúde.

Em algumas ocasiões, ainda se faz preciso confirmar o direito constitucional de adolescentes privados de liberdade de receberem atendimento. Por outro lado, as peculiaridades e dificuldades de concatenação de ações entre o SSE, que se insere na esfera estadual, e o SUS, que possui abrangência e caráter nacional, em adição aos obstáculos encontrados nas interfaces necessárias com os equipamentos e serviços de saúde da esfera municipal, demandam uma urgência de normatizações e pactos, num movimento de constante aperfeiçoamento de ações, na acepção da palavra.

Embora haja legislação no País para definir e descrever o que cada esfera governamental deve responsabilizar-se na prevenção, promoção e no cuidado com a saúde destes adolescentes, cidadãos como outros seres humanos que não estão privados de liberdade, a necessidade de organização, de normatização e da prática das ações e serviços integrados e integralizados em rede suscitou a elaboração da PNAISARI.

Suas diretrizes foram estabelecidas pela Portaria Interministerial nº 1.426/04, do Ministério da Saúde e das Secretarias Especiais dos Direitos Humanos e de Políticas para as Mulheres, e normatizadas pela Portaria SAS/MS nº 340/04, que estabelece os critérios e os fluxos para a implantação e implementação da atenção à saúde destes jovens, levando em consideração o Pacto pela Saúde.

À ação do Estado no sentido de negar o direito à saúde dos adolescentes privados de liberdade, vista como verdadeira ação política demanda-se uma política pública que possa articular e fazer funcionar adequadamente práticas de atendimento à saúde destes adolescentes dentro dos parâmetros de integralidade, universalidade e equidade do SUS, envolvendo as três esferas de governo por meio do estabelecimento de pactuações.

O objetivo da PNAISARI é fazer com que a lógica de atendimento do SUS seja reconhecida para os adolescentes privados de liberdade e trazida para dentro das unidades socioeducativas onde eles cumprem internação e internação provisória. Para tanto, é fundamental a superação da tendência à invisibilidade mútua e à ausência diálogo entre os profissionais e gestores do sistema socioeducativo e do SUS, assim como entre os

níveis estaduais e municipais de gestão, tanto de uma área quanto de outra, o que acentua a importância das atividades de capacitação.

A PNAISARI preconiza, em sua seção sobre ações de promoção e proteção à saúde, a necessidade de os profissionais lotados nas unidades do SSE agirem de modo a:

Favorecer o processo de acolhimento do adolescente, em conjunto com a equipe pedagógica, identificando sua situação psicológica, social, pedagógica, jurídica e de saúde, no intuito de construir, com o adolescente e sua família, o Plano Individual de Atendimento – PIA, para auxiliar em seu desenvolvimento pessoal e social [...]. Desenvolver ações integradas entre os serviços de saúde e outros setores, a exemplo da cultura, esportes, trabalho e educação, com a finalidade de articular políticas integradas e atividades que proporcionem o bem-estar físico, mental e social dos adolescentes [...]. (BRASIL, 2004a).

Pactuações, estratégias e esforços para a superação de preconceitos e estigmas que envolvem os adolescentes em conflito com a lei e têm negado seu direito ao atendimento à saúde alcançam grande dimensão, profundidade e alcance no bojo de uma Política Nacional de atenção à saúde deste contingente populacional. A Portaria N° 340/04 diz que:

Estas Normas têm por objetivo orientar a implantação e implementação de um elenco de ações no âmbito da promoção da saúde, prevenção de riscos e assistência aos agravos, em unidades de internação e internação provisória que atendem a adolescentes em conflito com a lei, garantindo a integralidade e a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, bem como uma atenção à saúde humanizada e de qualidade, conforme a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde, as diretrizes do Pacto da Saúde, o Estatuto da Criança e do Adolescente, artigos 94, 123, 124 e 125, e a Resolução do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente – CONANDA n°46/96... A Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde, conforme sua condição de gestão, e a secretaria gestora do sistema sócio-educativo deverão desenvolver um conjunto de procedimentos necessários para garantir o atendimento integral aos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. (BRASIL, 2004a).

A PNAISARI chama ainda a atenção para a necessidade de desconstrução, modificação e remodelação de paradigmas e comportamentos arraigados na cultura organizacional de algumas das unidades de internação e internação provisória, de modo a implementar uma concepção de humanização no atendimento, tanto socioeducativo quanto de saúde. Implica, pois, desta forma, numa reorganização do atendimento, numa reestruturação dos serviços e, fundamentalmente, numa reconfiguração

da visão predominante acerca dos adolescentes que cumprem medida, tanto no SSE quanto no SUS.

6 Conclusão

Por certo, estas são questões que não tem fácil resolução. Mas em sendo obrigação de o Estado zelar pelo desenvolvimento biopsicossocial dos adolescentes sob sua custódia, a ele e aos gestores cabe a elaboração de políticas, programas e ações que efetivamente garantam e promovam a intersetorialidade, englobando as áreas da Saúde, do Trabalho, da Educação, da Justiça, e outras. Ações governamentais e políticas públicas que se propõem voltadas para a melhoria das condições de vida e saúde dos adolescentes devem buscar reverter a noção de que o atendimento à saúde restringe-se ao mero tratamento de doenças circunscrito na esfera clínica e dissociado dos princípios da integralidade e equidade.

Atividades de prevenção e promoção de saúde empreendidas no resguardo/incremento da qualidade de vida dos cidadãos – mesmo os que não desfrutam de direitos, principalmente aqueles privados de liberdade – apresentam maiores possibilidades de maximizar e otimizar efeitos e resultados ao serem formuladas, implementadas e executadas em rede, envolvendo atores governamentais e não governamentais. Neste aspecto, a valorização do SGD é estratégica, assim como o Pacto pela Saúde.

Esta atuação em rede, desde que voltada para a inclusão social, não pode prescindir da responsabilização cidadã, abrangendo a família e a comunidade dos adolescentes sujeitos das ações, mediante o estímulo à valorização da auto-estima e o incentivo ao protagonismo juvenil. Estendendo a rede junto aos profissionais do SSE e do SUS, elementos que estão em contato direto com os adolescentes, faz-se mister a sua capacitação e conscientização de que lidam com sujeitos na condição de pessoas em desenvolvimento, de modo a realizar uma contraposição pedagógica ao modelo usual de exclusão/reclusão e institucionalização preconizador de uma lógica de guerra – aniquilação do “inimigo”, perigoso e irrecuperável.

O direito à vida, o direito ao desenvolvimento biopsicossocial e intelectual, o direito à educação, o direito à saúde, os direitos humanos mais básicos destes adolescentes em privação de liberdade estão em xeque, sempre que ocorrem agravos, episódios de maus-tratos e/ou outros tipos de violências contra eles praticadas nas unidades.

No panorama do SSE, urge a necessidade de reflexão sobre como elaborar e viabilizar estratégias e explorar caminhos tais que efetivamente

promovam a saúde destes adolescentes, garantindo-lhes o usufruto de seus direitos enquanto cidadãos. Nesta linha, diversos autores têm apontado que as condições socioeconômicas e sociopolíticas, acompanhadas da questão étnica/racial, das peculiaridades do crescimento e desenvolvimento, e em conjunto com as influências ambientais, geram situações de risco para os adolescentes privados de liberdade, consistindo na expressão múltipla de diferenciadas violências por eles experienciadas em seu cotidiano. (CUNHA, 2000; EINSTEIN; SOUZA, 1993; CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2001).

Se o quadro geral da Saúde que ora se apresenta no País não é o ideal, torna-se obrigatório não perder de vista que a luta pela garantia do direito à saúde dos adolescentes, e em especial, dos adolescentes privados de liberdade, insere-se numa esfera maior de luta pelo asseguramento e sedimentação, maximização e otimização da dimensão, profundidade e alcance dos direitos sociais, políticos e humanos mais básicos e gerais, estendidos a todos os cidadãos, independentemente de sua etnia, credo, gênero, orientação sexual, classe social, condição econômica, etc. (NOGUEIRA NETO, 2005; CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2001).

Diante destas considerações, conclui-se que Saúde/Sociedade/Cidadania se torna um trinômio importantíssimo, na medida em que pode – e deve – ser entendido como pedra angular para o exercício do controle social, efetuado primordialmente pelos Conselhos de Saúde e de Direitos, peças-chave e guardiões que são dos direitos dos adolescentes.

Referências

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990a.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990b. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>>.

_____. Lei nº 8.142, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990c. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L142.htm>>.

_____. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, 2006a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Portaria nº 340, de 14 de julho de 2004. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jul. 2004a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PORTARIA%20340%20julho-2004.pdf>>.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro; SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS; SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM nº 1426, de 14 de julho de 2004. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, de 15 jul. 2004b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%201426%20julho-2004.pdf>>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília, 2005a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília, 2005b. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Avaliação Nacional da satisfação dos Usuários do SUS*. Projeto de pesquisa em parceria com a Fundação Universitária de Brasília e o Centro de Pesquisa sobre Opinião Pública de Brasília, da Universidade de Brasília. Brasília, 2006c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo_do_projeto_satisfacao_usuarios_sus.pdf>.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Direitos Humanos; CONSELHO NACIONAL DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (Conanda). *Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo*. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/.arquivos/.spdca/Sinase_integra1.pdf>.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Relatório final...* Brasília: CNS, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>.

CRUZ NETO, Otávio; MOREIRA, Marcelo Rasga; SUCENA, Luiz Fernando Mazzei. *Nem Soldados nem Inocentes: juventude e tráfico de drogas no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

CUNHA, Janice Machado da. A saúde do adolescente no contexto da ação socioeducativa. In: BRITO, Leila Maria Torraca de (Coord.). *Jovens em conflito com a lei*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2000. p. 127-140.

EINSTEIN, E.; SOUZA, R. P. *Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

GOFFMAN, Erwin. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GOUVEIA, Giselle Campos et al. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no Brasil, 2003. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21. p. S109-S118, 2005. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21s1/12.pdf>> .

GUIMARÃES, Cláudio Alberto Gabriel. *Funções da pena privativa de liberdade no sistema capitalista*. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Adolescentes em conflito com a lei: situação do atendimento institucional no Brasil*. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2003/td_0979.pdf> .

LIMA, William da Silva. *Quatrocentos contra um: uma história do Comando Vermelho*. Rio de Janeiro: Editora ISER, 1991.

NOGUEIRA NETO, Wanderlino. Por um sistema de promoção e proteção dos direitos humanos de crianças e adolescentes. *Revista Quadrimestral de Serviço Social*, São Paulo, ano 26, número especial, 2005.

RIZZINI, Irene. *A criança e a lei no Brasil: revisitando a História (1822-2000)*. Rio de Janeiro: USU Ed. Universitária, 2002.

SARAIVA, João Batista; KOERNER JÚNIOR, Rolf; VOLPI, Mário (Org.). *Adolescentes privados de liberdade: a normativa nacional e internacional e reflexões acerca da responsabilidade penal*. São Paulo: Cortez, 1997.

SPOSATO, Karyna B. A Convenção Internacional das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança: 10 anos. *Revista do Ilanud*, São Paulo, n. 14, 2001.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rivieres Borges de. Satisfação e Responsividade: Formas de medir a Qualidade e a Humanização da Assistência à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a17v10n3.pdf>> .

A PARTICIPAÇÃO LEIGA NOS RUMOS DA CIÊNCIA: DE EMBRIÕES À MATERNIDADE ASSISTIDA

Claudia Fonseca¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Brasil); Doctorado en Antropologia, IDAES, Universidade de General San Martin (Argentina).

Resumo: Nesse artigo, lançamos mão de uma variedade de fontes para explorar a cadeia de contatos e informações que, no campo de reprodução assistida no Brasil, poderiam ser relevantes para a promoção de uma “sociedade de conhecimento”. Com apoio na antropologia da ciência, trazemos dados comparativos dos Estados Unidos e da Europa, para colocar em perspectiva a particular conjuntura entre cultura política e ciência no Brasil. Da audiência pública sobre a constitucionalidade da Lei de Biossegurança (e o uso de células-tronco embrionárias na pesquisa) até clínicas médicas particulares, levantamos questões pertinentes à bioética, sobre participação e responsabilidade – dos leigos tanto quanto dos cientistas – no que diz respeito ao desenvolvimento, uso e fiscalização das novas tecnologias.

Palavras-chave: Antropologia da ciência. Bioética. Novas tecnologias reprodutivas. Participação leiga. Sociedade de conhecimento.

1 Introdução

Em fevereiro de 2009, uma das principais revistas semanais do Brasil teve como matéria de capa uma reportagem sobre a possibilidade de clínicas de reprodução assistida fornecerem aos seus clientes o bebê de seus sonhos: sexo, cor dos olhos, etc., tudo feito sob encomenda. Foi apenas um de uma série de temas – de clonagem a pesquisa em células embrionárias – que a mídia publica para provocar seus leitores. Os artigos podem informar o público ou entretê-lo, mas será que instigam à ação? Quando, no jornal, aparecem dilemas bioéticos ligados à introdução de uma nova tecnologia, é tentador ao leitor assumir a postura complacente de deixar o debate para os “que entendem dessas coisas” – os “especialistas”. Os próprios políticos e empresários envolvidos frequentemente deixam entender que as questões pertinentes ao uso de novas tecnologias podem ser bem resolvidas por juristas, médicos ou dentro da própria comunidade científica. Assim, como Brauner (2003, p. 107, grifo nosso) nos lembra, os três projetos de lei atualmente circulando no Congresso brasileiro sobre a maternidade assistida “seguem lentamente sua tramitação, sendo objeto de revisões e alterações, *sem que o debate atinja as diversas camadas da sociedade* e, principalmente, os destinatários da lei, pessoas que se encontrem na situação vulnerável de esterilidade ou infertilidade diagnosticada”. Certamente, existe o autoquestionamento dentro dos campos médico e jurídico. Mas, trazendo as contribuições de uma série de pesquisadores que vêm desenvolvendo estudos sobre o campo de ciência e tecnologia, vamos arguir, neste artigo, que há um lugar importante também para o “leigo” nesses debates.

2 Embaralhando “fato” e “valor”: a autonomia da ciência em questão

Em abril de 2007, pela primeira vez na história do Supremo Tribunal Federal, organizou-se uma audiência pública para os magistrados ouvirem e tomarem conselhos com um grupo de cientistas sobre um assunto controverso. Estavam julgando uma ação, movida por um subprocurador do Ministério Público, que questiona a constitucionalidade da Lei de Biossegurança, aprovada em 2005, por esta autorizar o uso de células-tronco extraídas de embriões produzidos *in vitro* para pesquisa. O evento recebeu certa atenção na mídia e um dos jornalistas, especializado em temas da ciência, comentou, que talvez fosse um primeiro passo na direção de uma “sociedade do conhecimento” (*knowledge society*), preconizada em documento da UNESCO: “Cientistas e especialistas precisam reconhecer que suas argumentações técnicas só serão aceitas no debate público se eles puderem esclarecer como elas foram obtidas e quais são seus pressupostos” (*apud* Tuffani, 2007). O otimismo desse observador ainda não foi inteiramente confirmado. A constitucionalidade da Lei de Biossegurança e, assim, a “liberação”

de células-tronco foram aprovadas um ano mais tarde. Porém, a margem estreita de vitória sugere que está longe de existir um consenso e os votos dos ministros, tornados públicos, revelaram um uso fragmentário dos argumentos dos especialistas. (LUNA, 2007, 2008).

Muitos pesquisadores já comentaram o que costuma-se chamar de transição de sociedades industriais para sociedades de conhecimento. Nestas, boa parte do comportamento político – especialmente o que envolve decisões coletivas – giraria em torno de formas particulares de gerar e gerenciar conhecimentos. Para facilitar essa transição, houve na última década um movimento em certas democracias ocidentais de promover a “compreensão pública” da ciência. A ideia é que os alicerces da própria sociedade democrática dependem da incorporação de “ciência e tecnologia” em debates públicos. No entanto, como Irwin e Wynne (1996) comentam na introdução de *Misunderstanding science: the public reconstruction of science and technology*, é preciso considerar o sentido da palavra, “compreensão”. Se ele repousa na presunção da “ignorância” do público que espera ser esclarecido pela lógica iluminista, se diz respeito à simples disseminação de “verdades” científicas sem nenhuma problematização, como se fossem sinônimos de progresso, então, os efeitos da “compreensão pública” não irão longe. Fazem coro com a grande maioria de pesquisadores da escola de “*Science and Technology Studies*” (STS) quando insistem que “Em todas [as] áreas sociais, assim como nos julgamentos técnicos a serem feitos, os “fatos” [científicos] não podem ser tratados independentemente das questões sociais, econômicas e morais mais amplas” (IRWIN, WYNNE, 1996)¹. Em outras palavras, nos debates sobre bioética, é preciso dar um lugar central às vozes que falam das questões sociais, econômicas e morais mais amplas. Isso, nem tanto para “completar” o saber técnico-científico quanto para lembrar que este também é crivado de considerações morais e políticas. Em outras palavras, nessa arena, a crença na separação entre “fato” e “valor”, baluarte das ciências positivistas, faz cada vez menos sentido.

A questão da reprodução assistida recebeu, nas primeiras décadas, atenção da parte de pesquisadores feministas que demonstravam grande ceticismo, ou mesmo rejeição, frente às novas tecnologias. (Entre os movimentos mais conhecidos da década de 80, o Finrrage – Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering – cunhou o slogan: “não é tarde para dizer ‘não’”). No entanto, mais recentemente, pensadoras feministas com interlocução no campo das ciências têm recomendado um outro estilo de engajamento, caracterizado menos pela recusa das tecnologias do que pela reivindicação por uma maior

¹ As citações de obras em inglês foram traduzidas para o português pela autora.

participação no seu desenvolvimento e uso. (JASANOFF, 2005; THOMPSON, 2005). No campo da maternidade assistida, atenta-se para o sofrimento de mulheres que quiseram e não puderam ter filhos (INHORN; BALEN, 2002) e observa-se que “a ciência”, por meio dos esforços concentrados de profissionais de saúde e pesquisadores, está oferecendo novas opções bem-vindas para muitas pessoas. Por outro lado, mantém-se a premissa de que as verdades científicas são forjadas num campo de disputas de autoridade, legitimidade e poder. Nessa seara, é de suma importância abrir o diálogo de forma a garantir a participação de mulheres, pessoas comuns e outros grupos historicamente silenciados nos “jogos mais poderosos da atualidade”. (HARAWAY, [2005] *apud* THOMPSON, 2005).

A pesquisadora norte-americana Jasanoff (2005) lembra o quanto a política científica num dado lugar e momento é ligada a questões de cultura política. “Estilos nacionais de regulação” [da ciência e tecnologia], seriam parte integrante do projeto particular de nação de cada País. Para viabilizar o estudo dessa “cultura política”, a autora, assim como outros cientistas sociais contemporâneos (LATOURET, 1994), foge de conceitos abstratos e homogeneizantes, tais como “o Estado”, “a cultura”, e procura ao invés disso concentrar esforços nos elos concretos dos processos que produzem as “categorias conceituais pragmáticas” que emolduram a infinita variedade de ações humanas. Sugere que a parte mais visível desse trabalho de categorização ocorre nos tribunais.

Mas, o trabalho politicamente significativo de traçar limites [*boundaries*] ocorre também em múltiplos fóruns especializados – conselhos consultivos, comissões parlamentares de inquérito, conselhos de ética e organizações não governamentais – cujo trabalho político é frequentemente menos transparente do que o das legislaturas ou dos tribunais. (JASANOFF, 2005, p. 27).

Certamente, é possível traçar os elos globalizados das novas tecnologias. A primeira geração de médicos e pesquisadores brasileiros trabalhando com a reprodução assistida se formou no exterior e, ainda hoje, praticamente todos os especialistas fazem visitas frequentes a outros Países, para participar de congressos e cursos de especialização. Atualmente, o Brasil também virou pólo de atração: atrai, além de pacientes, especialistas de outros Países procurando aprimorar seus conhecimentos. A “tecnologia”, envolvendo equipamentos, medicamentos e conhecimentos de alta complexidade, traz consigo certos estilos de raciocínio que extrapolam as fronteiras nacionais. Contudo, seguindo a linha de análise esboçada por Ong e Collier (2005), continuamos a procurar as “montagens” específicas e contextualizadas dessas “formas globais” – o que

deve revelar não somente as variadas consequências de determinada tecnologia, mas também os pormenores de formas particulares de governo e regulação.

3 Estilos nacionais de regulamentação

Existe, nos debates internacionais, uma tensão entre, por um lado, aqueles que percebem a bioética como um campo disciplinar composto de especialistas em análise moral e, por outro, aqueles que a veem como um fórum de comunicação, aberto a especialistas assim como leigos, para a deliberação democrática de temas espinhosos. Os órgãos oficiais de regulamentação e controle assumem diferentes feições, conforme a filosofia que seguem.

Jasanoff (2005), elaborando a noção de estilos nacionais de regulamentação, contrasta o modelo norte-americano de bioética, contencioso e individualista – com sua maneira “colcha de retalhos” de decidir as questões, uma por uma, nos tribunais – com o modelo europeu. Este seria caracterizado por uma tradição de intervenção governamental mais coesa, com atenção voltada menos para o risco individual e mais para as implicações sociais e coletivas da questão. Enquanto norte-americanos apelariam para infinitos cálculos (números envolvendo risco, custo, benefício) para apoiar a autoridade da ciência, os europeus colocariam ênfase na assessoria qualitativa de autoridades respeitadas, oriundas de diversos ramos. Na Inglaterra, em particular, onde – depois do primeiro bebê de proveta em 1978 – o governo se tornou ansioso para manter sua liderança na indústria de biotecnologia, e combater influências mais conservadoras (as já ativas no País assim como as advindas da nova Comunidade Europeia), iniciou-se um esforço deliberado para forjar um consenso público a favor da ciência.

Esse esforço do governo britânico é bastante bem comentado na literatura acadêmica. (FRANKLIN, 2005; JASANOFF, 2005). Quatro anos depois do nascimento de Louise Brown, frente à consternação pública com as novas tecnologias, o Departamento de Saúde e Segurança Social nomeou uma comissão, chefiada pela filósofa Mary Warnock, para examinar as implicações sociais, éticas, e legais da maternidade assistida. Foi essa comissão, em 1984, que apresentou uma recomendação limitando a pesquisa de células-tronco a embriões com até 14 dias de vida. Previsivelmente, os protestos não tardaram a aparecer. Frente à oposição de forças antiaborto que, por duas vezes, quase conseguiram aprovar no parlamento um projeto de lei pela “proteção de crianças não nascidas” (que barrava pesquisa com embriões), o governo iniciou em 1987 um ano de consulta a associações profissionais e outras autoridades que deviam comentar o relatório Warnock. Esse novo esforço resultou num *White Paper*

apresentando sugestões para nova legislação. Ao lado de diversas restrições à manipulação genética (clonagem humana, fusão de células humanas e não humanas), constava a ratificação do limite de 14 dias para pesquisa em embriões. O governo, a favor da pesquisa, calculou cuidadosamente os trâmites desse processo. O *White Paper* foi discutido primeiro na Casa dos Lordes, onde os integrantes eram vistos como mais próximos da própria comunidade científica do que seus colegas na outra câmara (*Commons*), em nível de educação e simpatia pela pesquisa. Nesse espaço, renunciaram uma série de autoridades respeitadas a favor da pesquisa – desde o arcebispo (anglicano) de York, o presidente do Conselho de Pesquisa Médica, e a própria Mary Warnock (seu prestígio devidamente acrescido pelo novo título de “Dame”). Numa mistura interessante de invocações a Deus, redefinições retóricas (a terminologia, “pre-embrião”, sendo justificada à base de “evidências” empíricas), e opiniões apresentadas como “pessoais” por especialistas, foi possível arguir a favor e aprovar o *Embryon Act* em 1990, considerado favorável à pesquisa.

Quase simultaneamente, houve um movimento para criar um conselho nacional de bioética – um movimento centrado, num primeiro momento, fora das instâncias estatais, na muito respeitada Fundação *Nuffield*. O que nos interessa aqui é a maneira como o Conselho Nuffield de Bioética, formado em dezembro de 1990 – e, até o fim dos anos 90, o órgão consultivo principal sobre bioética no País – definiu os critérios para participação. Conforme Jasanoff, foi a partir de um comitativa de pesquisadores seniores e administradores de pesquisa que levaram suas preocupações à Fundação em 1988 que surgiu uma pequena conferência sobre bioética em abril de 1990. Entre os trinta participantes dessa conferência, incluíam-se não somente cientistas e membros de associações profissionais, mas também especialistas em lei, filósofos, teólogos, a mídia, consumidores, e outros grupos de interesse público. Foi dessa conferência que veio a recomendação de um Conselho de Ética que garantiria um espaço para autoridades fora da comunidade científica opinarem, isto é, em que a “maioria ...dos membros devem ser leigos no sentido de não serem nem cientistas profissionais, nem capacitados para prática clínica” (JASANOFF, 2005, p. 186). Justificação para essa política se encontrava em posturas tais como a da filósofa Onora O’Neill, de que certos especialistas tendem a fazer suposições muito generosas quanto à influência da racionalidade humana e autonomia no uso das novas tecnologias: “Sinto um perigo de, em algumas discussões sobre bioética, existir uma subestimação da insegurança e vulnerabilidade que muitas pessoas sentem diante desses problemas”. (JASANOFF, 2005, p. 186).

Análises críticas ao Conselho sugerem que, afinal, a proveniência mista dos membros não foi suficiente para abrir espaço para esses sentimentos leigos. Foi, antes, uma estratégia para antecipar as preocupações do público, combater ansiedades, promover a “compreensão pública” – ou seja, confiança – na ciência, e assim salvaguardar as condições adequadas à produção de uma tecnologia competitiva de ponta. Trata-se de uma estratégia particularmente adequada à cultura política característica da Inglaterra onde existem: fé em certas autoridades (e instituições) públicas, crença na validade de observação empírica, e confiança na capacidade do Estado de proteger o cidadão contra ameaças sociais e morais, incluindo as que vêm da ciência ou medicina descontroladas.

Seguindo essa linha de análise, cabe agora perguntar: qual o estilo nacional de regulamentação no Brasil? Apesar de não existir lei brasileira voltada especificamente para a reprodução assistida, há uma variedade de instâncias políticas que contribuem direta ou indiretamente para a regulação de atividades que envolvem as consequências de novas tecnologias. Até hoje, o documento mais citado em referência a questões éticas é o do Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 1.358 de 1992). Encontramos aqui o espírito de auto vigilância que, desde a Segunda Guerra Mundial, marca a profissão médica e que motivou a World Medical Association a produzir, em 1948, a Declaração de Genebra e, mais uma vez em 1964, a Declaração de Helsinki (uma retomada do Código de Nuremberg, também escrito por um médico) que, em essencial, recolocam princípios hipocráticos, de beneficência, junto com respeito pela autonomia do pesquisado e sua colaboração voluntária e informada na pesquisa. É interessante notar que, no Brasil (tal como na América do Norte), os principais agentes de fiscalização da reprodução assistida são associações profissionais. Além da SBRA, SBRH, Pronucleo e Febrasgo², trata-se em particular da Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida (Redelara) que coleta dados, fornecidos por clínicas à base voluntária, sobre o número, tipo e resultado de procedimentos realizados no continente.

Em termos de normas legais no Brasil, houve até agora pelo menos três tentativas de legislar a reprodução assistida – projetos de lei apresentados em 1993, 1997 e 1999, mas que até a presente data não foram aprovados. A “Lei dos OGMs” (Lei nº 8.974/95) proíbe a manipulação de células germinais humanas ou a intervenção em material genético humano a não ser para o tratamento de defeitos genéticos. Contudo, em 2005, a chamada Lei da Biossegurança (Lei nº 11.105/2005), no seu

² Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. PronucleoRONUCLEO é uma associação profissional de embriologistas.

artigo 5º, abriu a possibilidade do uso em pesquisa de células-tronco embrionárias produzidas *in vitro*, desde que os embriões sejam inviáveis, ou congelados por três anos ou mais e que os genitores deem seu consentimento. Cabe acrescentar que os jornais cultivaram um clima de suspense na votação dessa lei: suscitavam dúvidas se passaria nas duas casas do Congresso³ e, passando, se seria assinada pelo presidente da República. Foi essa lei que deu origem à audiência pública citada no início desse artigo.

Cabe agora olhar de perto para a composição dessa audiência pública – a “primeira da história” do STF. Entre os convidados da Procuradoria Geral da República, da CNBB e do próprio STF, havia o que os jornais caracterizaram como 34 *cientistas* a favor e contra o uso de células embrionárias na pesquisa. Cabe notar que, além de um advogado especializado em direitos humanos, houve um único depoimento de um cientista social, o último do dia, proferido pela antropóloga, especialista em questões de bioética, Debora Diniz. Os outros 32 peritos consultados vinham da área médica: das ciências biológicas, genética, neurociências, farmácia, etc...⁴ Ironicamente, a esperança de promover uma discussão baseada na pura racionalidade foi rapidamente destruída por acusações mútuas entre os “pró” e “contra” que giravam em torno da interferência de atitudes religiosas. O procurador que moveu a ação de inconstitucionalidade contra a Lei de Biossegurança (com base no artigo 5º da Constituição Federal – direito à vida) foi caracterizado como “o homem de confiança da Igreja Católica”. Ele revidou com a acusação de que certa geneticista da USP, na liderança em defesa da Lei, também tinha ótica religiosa, pois era judia “e não nega o fato”. O que nos interessa aqui não é que os indivíduos tenham manifestado (ou imputado a outros) “valores” pessoais para falar dos “fatos” da ciência. Muito pelo contrário. Justamente, o que estranhemos é a aparente crença do STF na ciência “desnudada” (NADER, 1996) como caminho para iluminar os espinhosos problemas morais ligados a questões da bioética⁵.

Além dos setores legislativo e jurídico, existem outras instâncias de fiscalização das práticas de pesquisa. O Ministério da Saúde, além de editar normas relevantes ao exercício médico, também abriga uma série de órgãos fiscalizadores, sendo o Conep (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) o principal órgão voltado exclusivamente para deliberações éticas quanto à pesquisa envolvendo seres humanos. O regi-

³ Não obstante a suposta resistência, a Lei passou com 96% dos votos dos senadores e 85% dos deputados federais. (GLEISER, 2007).

⁴ Não é de admirar que a própria Diniz tenha repetidamente comentado a preeminência de médicos, assim como da filosofia principialista (importada em grande medida dos Estados Unidos) no campo da bioética brasileira (ver, por exemplo, DINIZ; VELEZ, 1998; OLIVEIRA, 2001; SCAVONE, 1996).

⁵ A predominância de cientistas e médicos nas comissões de ética é ainda mais acentuada em outros órgãos oficiais que lidam com a pesquisa científica: veja, por exemplo, a composição da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio).

mento da Comissão orienta que, dos 13 titulares, cinco devem ter atuação destacada no campo da ética na pesquisa e na saúde e oito devem ser “personalidades com destacada atuação nos campos teológico, jurídico e outros,” (art. 2º). Certamente, esse é um órgão que incorpora uma filosofia de participação ampla em questões éticas. Contudo, na prática, a Comissão não consegue manter as proporções ideais. Atualmente, fora os dois representantes de usuários (representando portadores de aids e de deficiência), uma especialista da área social, um advogado e um teólogo, os restantes oito membros são médicos ou cientistas ligados à prática clínica. Cinco “leigos” e oito pessoas das áreas de pesquisa e saúde é uma exata inversão da orientação regimental.

4 De quem é a responsabilidade?

Laura Nader (1996) é uma entre muitos estudiosos da ciência que problematiza as fronteiras traçadas por visões iluministas entre ciência e outras maneiras de conhecer o mundo. Lembra que, nos esquemas antropológicos do final do século XIX e início do século XX, a ciência ocidental era sistematicamente oposta a mentalidades consideradas como mais primitivas (caracterizadas por superstição, magia e religião). Malinowski, de forma ousada (para sua época), propôs atenuar essa dicotomia, mostrando que povos tribais também empregavam a racionalidade científica, calcada na observação de evidências empíricas, e que sociedades ocidentais também abrigavam espaços de pensamento mágico. Entretanto (Nader continua seu argumento), Malinowski não foi à conclusão “lógica” de seu raciocínio – a de examinar a própria racionalidade científica como um produto cultural e histórico de certo contexto. A “ciência”, até poucas décadas atrás (quando foram intensificados os estudos sociais da ciência) era preservada de olhares escrutinadores por um sistema de classificação que demarcava territórios, estabelecendo fronteiras firmes entre este domínio e outros. A ciência, vista como resultado da pura racionalidade, tinha uma evolução independente do contexto mais amplo (concorrências internacionais, interesses industriais, demandas consumistas...) em que se desenvolvia. Fatores como sexo, nacionalidade, classe ou origem étnica do pesquisador eram considerados irrelevantes, ou – quando reconhecida sua relevância – elementos potencialmente perturbadores a serem depurados para garantir a objetividade do olhar científico.

Já na década de 30, L. Fleck (2005) publicou seu estudo pioneiro sobre os percalços sociais e históricos das “descobertas” científicas ligadas à cura de sífilis. Mas demorou décadas até historiadores e cientistas sociais retomarem o tema da ciência ocidental como um objeto de pesquisa, tão inevitavelmente perpassado pelos fatores sociais, econômicos e políticos do contexto quanto qualquer outro fenômeno humano (TRAWEEK, 1988;

SHAPIN, 1994; LATOUR; WOOLGAR, 1997; LOCK, 2002). Observações em usinas nucleares, laboratórios bioquímicos ou hospitais levaram pesquisadores à conclusão de que toda decisão é carregada de emoção, e que, em todo lugar, o conhecimento é inventado para criar um plano para a solução de determinados problemas definidos em grande medida pelo contexto social. Nas palavras de Nader (1996, p. 3):

Segregar a ciência do problema que está confrontando, da solução que está oferecendo e da tecnologia que está engendrando é removê-la de seu contexto [...]. Ciência descontextualizada se transforma em privilégio eufemizado, algo apreendido mais pela sua ideologia do que pela sua prática, que carece de reflexividade.

Malgrado essas observações, sabemos que ainda existe a visão de uma ciência autônoma que se desenvolve (ou, pelo menos, deveria desenvolver-se) num vácuo de pura racionalidade. Os artigos no jornal opõem a ciência à “pseudociência”, veem a fé religiosa como um tanto antagônica à ciência. O ponto aqui não é voltar a um relativismo desvairado – o que significaria ignorar as disputas de poder, as hierarquias que procuram consagrar certa autoridade e desautorizar outra. Sem dúvida, a CNBB representa uma influência poderosa que traz perspectivas particulares (nem sempre compartilhadas com os fiéis da Igreja) sobre a integridade humana do embrião. Por outro lado, “cientistas”, dependendo de sua associação com pesquisa, prática clínica, ou laboratórios farmacêuticos também trazem suas agendas para o debate. (RAMIREZ, 2003). Tornar o jogo de poder mais evidente, reconhecendo-o como parte integrante *também* do campo de descobertas científicas, serve antes para sublinhar a importância da observação mais cuidadosa e da participação de mais tipos de platéias nos debates éticos sobre a tecnologia e ciência.

Sugerimos que a visão cientificista, calcada na noção de fronteiras claramente demarcadas entre um domínio e outro, tem o efeito contrário ao que os pesquisadores da ciência estão propondo estimular. Em vez de esclarecer atribuições morais, a idealização de diferentes territórios torna mais fácil os cientistas (como, aliás, quase todas as demais categorias de indivíduos) se eximirem de responsabilidade. Poderíamos citar o exemplo do CTNBio, órgão que, nas suas normativas, enfatiza o caráter puramente “técnico-científico” de suas deliberações sobre OGMs – deliberações que, no entanto, têm grande impacto na área econômica e política da vida nacional. (AUGUSTO, 2007).

No restante desse artigo, elaboraremos nosso argumento à base de uma pesquisa realizada por uma equipe de jovens antropólogos e financiada pela Fundação MacArthur sobre especialistas e usuários das novas tecnologias reprodutivas em Porto Alegre de 2007 (ALLEBRANDT;

MACEDO, 2007). Encontramos aqui evidência de um empurra-empurra curioso de responsabilidade ética entre “especialistas”. Quando instados a opinar sobre o descarte de embriões ou o uso destes em pesquisa científica, havia certa tendência entre os profissionais entrevistados a delegar essa decisão a outra categoria que não a deles. Juristas diziam que “a ciência” deve decidir; médicos diziam que é um tema a ser decidido pelos clientes e pelo menos um pesquisador se queixou que os pacientes “jogam para os profissionais” decidirem. Tais atitudes seriam compreensíveis se as pessoas acreditassem que, no fundo, esses temas não são importantes (o que julgamos pouco provável), ou que, no fundo, a ciência “avança” sempre em prol do bem-estar humano (bem mais provável). Mas se pararmos para examinar os rumos *particulares* que a descoberta científica segue, vendo esses rumos como fruto de certas opções à exclusão de outras, teremos que envolver um círculo cada vez mais amplo de interlocutores, justamente para *socializar* a responsabilidade pelas consequências éticas e políticas do processo.

5 Informação e boa fé

A bioética, calcada no idioma individualista da sociedade neoliberal, coloca o indivíduo racional e autônomo – bem informado – no centro de suas considerações. Não falta quem duvide (além de O’Neill, citada acima) dessa racionalidade onipresente. Em recente estudo apresentado em um congresso sobre reprodução assistida (BORGES JUNIOR, 2007), um grupo de São Paulo revelou um contraste interessante entre atitudes de embriologistas e casais usuários do sistema quanto ao uso do diagnóstico genético pré-implantacional para a sexagem do embrião: os cientistas estavam massivamente contra (cerca de 90%) enquanto poucas pessoas da “população geral” (27%) viam esse procedimento como problemático. Ainda por cima, não é incomum encontrar na mídia profissionais da área de saúde comentando as demandas “exageradas” que os pais em potencial trazem para seu consultório. Se, por um lado, tais observações podem ser usadas para reforçar a superioridade da opinião “técnico-científica” sobre a do “leigo”, por outro, sugerem o grau de vulnerabilidade de pessoas que, na sua ânsia de realizar o sonho de ter um filho, se entregam de corpo e alma ao que uma estudiosa chama “a indústria do desespero” (THOMPSON, 2005). Essa vulnerabilidade levanta questões justamente sobre a ética de serviços médicos nas suas estratégias publicitárias, dentro de um mercado extremamente competitivo.

Oliveira e Brauner (2007) analisam, no âmbito das novas tecnologias reprodutivas, a questão da “boa fé” e a função social do contrato, preocupações legais reforçadas no Novo Código Civil. Vemos sublinhada, nessa

discussão, a responsabilidade médica de – entre outros elementos – respeitar a autonomia de seus pacientes, e mantê-los informados quanto aos riscos assim como às chances de sucesso do tratamento. Sobre esses princípios (que, sem dúvida, boa parte dos profissionais seguem), cabem dois comentários. Em primeiro lugar, ficou evidente na pesquisa de Allebrandt e Macedo (2007) que os casais usuários dos serviços de maternidade assistida não assimilam de forma objetiva as informações que lhes são oferecidas. Impressiona a maneira como mesmo as mais instruídas clientes exageram as chances de sucesso. Diz uma mulher (ela mesma médica), falando da clínica onde fez o tratamento, “O serviço começou a ficar muito bom. Era difícil não engravidar”. Outra mulher confessa, “Eu estava tão confiante...Tem aquela coisa dentro de ti, de que vai dar certo.” E ainda outra, que ainda não conseguiu engravidar, relata um cálculo muito vago: “Me parece que, nesta faixa, você tem de 20% a 40% de chance de gravidez.” A objetividade das percepções desses usuários some – não numa suposta “irracionalidade”, mas, antes, no mergulho em situação tão emocional, tão carregada de afeto, que o desejo de ter filhos se sobrepõe a todo o resto. Como diz uma usuária, “Eu decidi que é melhor não pensar. Você tem que pensar [só] à medida que as coisas vão passando. Se não, não adianta. Você não tem controle.”

O custo do tratamento tampouco parece ser calculado de forma sistemático, medindo as despesas médicas contra outras possíveis prioridades. Do momento em que engata na experiência clínica, parece que mesmo o casal de renda mais modesta se declara pronto para jogar tudo o que tem na aposta de ter um filho. Como diz certa mulher, “Nem pensamos [no dinheiro]. Se tivéssemos pensado não teríamos feito.”

É também interessante ver como as falas médicas são traduzidas na percepção dos usuários. Todos os pacientes envolvidos leram e assinaram o termo de consentimento informado antes de começar o tratamento. Pelo menos um dos participantes (um marido), no entanto, não tinha ideia nenhuma sobre o que teria sido feito dos embriões excedentes. Pressionado a lembrar, ele disse, “os embriões foram descartados. É, foi o que eles fizeram”. (Trata-se de uma opção impossível nos termos da atual legislação)⁶. Parece-nos que o que impressiona as ouvintes não são os dados “objetivos” ou os avisos de cautela, mas as palavras consoladoras do médico que visam acalmar suas angústias. Uma mulher, por exemplo, diz de seu médico: “É bem legal. É um homem novo, não te enrola, diz o que tem que ser e sempre dizendo, ‘Vai dar certo, não se preocupem.’” Impressionante como praticamente todas as mulheres se lembram dos comentários encorajadores, tipo: “[o embriologista] me cha-

⁶ Se outra mulher lembra-se muito bem quantos de seus embriões foram congelados, é, entre outras coisas, porque paga anualmente a taxa de manutenção.

mou e me mostrou [os embriões] na tela: 'Estes aqui são os melhores, são os 'top de linha''. "Ele me disse, 'Olha, a qualidade dos embriões que foram colocados está boa, a quantidade também. Foi perfeito.'" Ironicamente, quando o ciclo não resulta numa gravidez, essas falas cunhadas para tranquilizar a paciente acabam convencendo-a de sua incapacidade: "É como se dissessem assim para você, que você está falhando em algo" ... Essa dicotomia entre embriões, gametas e procedimentos técnicos "perfeitos" e a alta taxa de insucesso redonda em opiniões como a de certa mulher: "Não engravidei, mas foi excelente o resultado".

Os profissionais de saúde, portanto, operam dentro de uma situação altamente tensa, não podendo ter certeza de que as informações que forneceram, com todo o cuidado, tenham sido compreendidas. Esses percalços inevitáveis do caminho não provocam dúvidas quanto à "boa fé" dos profissionais. Por outro lado, permanece a pergunta se, na ânsia de atrair clientes, não é conveniente deixar certas informações sem definição precisa. Brauner (2003, p. 106-119) lembra como todos os projetos de lei atualmente em trâmite no congresso brasileiro especificam a necessidade dos clínicos informarem os resultados já obtidos naquela unidade ou, no mínimo, os dados estatísticos sobre a efetividade das técnicas de reprodução artificial nas diferentes situações... Ao olhar de perto, no entanto, torna-se evidente que essas informações estão longe de ser uniformizadas ou objetivas.

Algumas clínicas gostam de colocar nos sites suas altas taxas de sucesso, chegando, por exemplo, a 56% para mulheres com até 34 anos e 60% em certo programa de ovo-doação. No entanto, a base desses cálculos não é igual em todos os casos. Em um *site*, fala-se de taxa *de gravidez*, em outro, de taxa *de gestação*. O exame dos artigos científicos do último congresso da SBRA tampouco fornecem uma pista única para fazer esses cálculos. Os estudos são realizados ora sobre as taxas de fertilização, ora sobre as taxas de gravidez, implantação, gestação clínica, gestação *ongoing* ou nascidos vivos... Dentro de cada rubrica, ainda há possibilidade de métodos diferentes de cálculo. A taxa de nascido-vivos, por exemplo, é uma quando medida contra o número de mulheres/casais que iniciaram o ciclo; é outra quando (como inferimos na maioria de casos) é medida só a partir do número de pacientes que receberam uma transferência de embriões.

Sem dúvida, é a Redelara que fornece dados mais convincentes, a partir dos dados fornecidos voluntariamente por 128 clínicas (em 2004) da América Latina. Revelam uma taxa de parto por transferência de embriões frescos não doados de 25,8% em 2003 e 24,5% em 2004 – taxas em geral mais baixas do que as clínicas colocam nas suas *home pages*. No entanto, sem órgão fiscalizador, é muito difícil chegar a contestar qualquer cálculo fornecido pelas clínicas.

A pergunta que sobra é evidente: qual a eficácia de uma lei de reprodução assistida que exige o fornecimento de “informações precisas” antes de supor o consentimento informado do paciente quando não há nenhum controle sobre essas informações? A falha aqui não é na falta de racionalidade ou discernimento do usuário; tampouco é na falta de boa fé da parte dos médicos e técnicos de laboratório que participam do processo. Sugerimos que a falha se encontra numa cultura política que coloca a ciência numa categoria à parte, definida como algo que foge à compreensão e ao direito de participação dos leigos. A própria natureza de uma ciência em andamento exigiria uma cultura política orientada para a “coprodução” (Jasanoff, 2004) das novas tecnologias em termos que possam ser compreendidos e fiscalizados por um público incluindo, além de especialistas, uma ampla gama de leigos.

Referências

ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana L. de (Org.). *Fabricando a vida: implicações éticas culturais e sociais do uso de novas tecnologias reprodutivas*. Porto Alegre: Metrópole, 2007.

AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. *Carta ao ministro da Ciência e Tecnologia*. [S.l.]: [s.n.], 2007. Disponível em: <<http://aenoticias.pr.gov.br/modules/news/article.php?storyid=28538>>. Acesso em: 15 nov. 2007.

BORGES JUNIOR, Edson. O diagnóstico genético pré-implantacional é etnicamente aceito pelos embriologistas?. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA, 10., 2007. *Anais...* [Rio de Janeiro]: Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, 2007.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo. *Direito, sexualidade e reprodução humana: conquistas médicas e o debate bioético*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

DINIZ, Debora; VELEZ, Ana Cristina Gonzalez. Bioética feminista: a emergência da diferença. *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 2, n. 6, p. 255-263, 1998.

DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. *O que é bioética?*. São Paulo: Brasiliense, 2002.

FLECK, Ludwik. *Genèse et Développement d' un fait scientifique*. Préface de Ilana Löwy. Paris: Les Belles Lettres, 2005.

FRANKLIN, Sarah. Stem cells R us: emergent life forms and the global biological. In: ONG, Aihwa; COLLIER, Stephen J. (Ed.). *Global assemblages*:

technology, politics, and ethics as anthropological problems. Oxford: Blackwell, 2005.

GLEISER, Marcelo. A célula e o tribunal. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 13 maio 2007.

INHORN, Márcia; BALEN, Frank Van (Org.). *Infertility around the globe: new thinking on childlessness, gender and reproductive technologies*. Berkeley: University of California Press, 2002.

IRWIN, Alan; WYNNE, Brian. *Misunderstanding science?: the public reconstruction of science and technology*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

JASANOFF, Sheila. *States of knowledge: the co-production of science and social order*. New York: Routledge, 2004.

_____. *Designs on nature: science and democracy in Europe and the United States*. Princeton: Princeton University Press, 2005.

LATOUR, Bruno. *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

_____; WOOLGAR, S. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LOCK, Margaret. *Twice dead: organ transplants and the reinvention of death*. Los Angeles: University of California Press, 2002.

LUNA, Naara. Embriões no Supremo: ética, religião e ciência no poder público. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS, 31., 2007, Caxambu. *Anais...* São Paulo: Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2007.

_____. Células-tronco: novas formas de vida emergentes e a concepção de pessoa no debate público. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS, 32., 2008, Caxambu. *Anais...* São Paulo: Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2008.

NADER, Laura. *Naked science: anthropological inquiry into boundaries, power, and knowledge*. New York: Routledge, 1996.

OLIVEIRA, Fátima de. *Bioética: uma face da cidadania*. São Paulo: Moderna, 2001.

OLIVEIRA, Cheila Aparecida; BRAUNER, Maria Claudia Crespo. Boa fé como fonte de deveres de conduta do médico no caso da reprodução humana assistida. In: ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana L. de (Org.). *Fabricando a vida: implicações éticas culturais e sociais do uso de novas tecnologias reprodutivas*. Porto Alegre: Metrópole.

ONG, Aihwa; COLLIER, Stephen J. *Global assemblages: technology, politics, and ethics as anthropological problems*. Oxford: Blackwell, 2005.

RAMIREZ, Martha. *Novas tecnologias reprodutivas concepitivas: fabricando a vida, fabricando o futuro*. 2003. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)–Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SCAVONE, Lucila (Org.). *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

SHAPIN, Steven. *A social history of truth: civility and science in seventeenth-century England*. Chicago: University of Chicago Press, 1994.

THOMPSON, Charis. *In Making parents: the ontological choreography of reproductive technologies*. London: MIT Press, 2005.

TRAWEEK, Sharon. *Beamtimes and lifetimes: the world of high energy physicists*. Chicago: Chicago University Press, 1988.

TUFFANI, Maurício. Muito além das audiências públicas. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 25 maio 2007.

CORPO, PRAZER, CONSTRANGIMENTO: LINGUAGENS COTIDIANAS

Vanda Silva¹

¹ Doutora em Ciências Sociais. Investigadora de Pós-doc/ F.C.T. (Fundação para a Ciência e a Tecnologia), no I.C.S.-U.L. (Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Portugal). Colaboradora e Editora Adjunta da Revista *Ruris* do CERES/I.F.C.H./UNICAMP (Centro de Estudos Rurais, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Estadual de Campinas-SP, Brasil). *E-mail*: vanda.aparecida@ics.ul.pt; vandas7@yahoo.com.br.

Resumo: As reflexões presentes neste texto dizem das experiências de distintos sujeitos sociais com a sexualidade. A partir de conteúdos emergidos de uma pesquisa realizada no Vale do Jequitinhonha-MG; outra, ainda em andamento, numa Aldeia no Baixo Alentejo (Portugal), juntamente com inspirações de outros autores, construo um trabalho situado entre leituras de antropologia e contributos para a saúde de diferentes profissionais que atuam com o humano. Com este trabalho pretendo refletir sobre até que ponto, na sexualidade, o direito ao prazer e ao bem-estar é prioridade, tanto para os próprios sujeitos sociais como para os profissionais (que trabalham com o humano), principalmente, frente à cultura da prevenção das DST/aids, se a linguagem de contextos específicos e as particularidades das experiências sociais não forem consideradas (por ambos), contemplando as inseguranças, o desejo e as emoções.

Palavras-chave: Jovens. Rural. Sexualidade. Corpo.

1 Introdução

O interesse pelo corpo e pelo sexo tornou-se tema da atualidade, principalmente quando a conduta sexual da população passou a ser alvo de diferentes especialistas nas esferas médica, política, pedagógica, religiosa e econômica. Para as Ciências Sociais e para a Antropologia este não é um objeto de estudo novo, embora, no âmbito desta matriz disciplinar, e nos seus primórdios, estivesse demarcada dentro de um conjunto que considerava as “regras que regulavam a reprodução biológica e social de uma dada comunidade” (HEILBORN; BRANDÃO, 1999, p. 7).

Outras formas de investigar os corpos, as corporalidades e as identidades abarcam eixos relacionados à sexualidade. Estes foram sensivelmente marcados pelo advento dos métodos contraceptivos hormonais (anos de 1960), a epidemia de HIV/aids (na década de 1980), fazendo com que a sexualidade assumisse *status* e legitimidade enquanto campo de estudo. Propagada por diferentes veículos de comunicação, a sexualidade tem sido foco para múltiplos discursos e pesquisas. A questão é que no cerne dos debates ora aparece associada à questão dos direitos ora à problemática social, conclamando a sociedade a intervir. A educação e a escola são convocadas, sobretudo quando o assunto é a iniciação sexual e os jovens são os primeiros alvos, devido à preocupação com a “gravidez na adolescência”. Daí veem-se inúmeras campanhas favoráveis (e contrárias) à “educação sexual” nas escolas, à distribuição gratuita de preservativos e pílulas anticoncepcionais; palestras ministradas, na maioria, por profissionais da saúde, médicos e enfermeiros, sobre o uso dos métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis, que foram solicitadas.

Todavia, neste texto a intenção não é defender isto ou aquilo, mas a partir disto e do cenário contemporâneo em torno da sexualidade, trazer alguns elementos que dizem da linguagem cotidiana, de jovens e adultos, com a sexualidade, em dois contextos rurais: um brasileiro e outro português (com abordagens ainda exploratórias). Minha preocupação é problematizar os discursos que são construídos sob formatos de informação acerca da prática sexual, sobretudo, para grupos sociais que estão em transformações, seja no campo dos valores e comportamentos, seja no social e político. E questionar se estes discursos podem, realmente, contribuir para que as experiências sexuais destes sujeitos traduzam a interiorização dos direitos plenos, ou, ao contrário, potencializam inseguranças. Assim, e no plano da sexualidade, dos debates acerca dos corpos e da construção das corporalidades, considerar o desejo e o prazer como expressão de bem-estar e saúde, principalmente quando estes não são negados ou vividos sob penas morais e sociais, mas uma possibilidade de abordagem e conhecimento sobre o outro.

2 No cotidiano dos sujeitos

A sexualidade entre os jovens¹, seja de Rosário das Almas², seja na pesquisa³ com jovens de origem rural, residentes numa Aldeia portuguesa do Baixo Alentejo⁴, tal como se configurou na pesquisa realizada no Brasil e vem se revelando no estudo alentejano, acabam por demonstrar que o biológico e o reprodutivo são apenas um dos aspectos de algo mais amplo da cultura sexual.

Nesta abordagem o corpo transcende a imagem do corpo (de homens, mulheres, jovens e crianças que vivem em meio rural), visto apenas como aparelho de reprodução e de trabalho, ou veículo que ultrapassa as fronteiras na procura de trabalho, mas, o corpo de que se fala também é corpo de festa, instrumento de prazer, de afetos, dores e desejos. Porém, há um hiato que repousa numa relação ambígua que estas pessoas estabelecem com o prazer, principalmente se se considerar a forma incompleta da expressão oral dos depoentes, a julgar pelos depoimentos fragmentados que se pode observar. Esta oralidade sugere, antes, uma atitude (corporal) insegura com a expressão de prazer. Então, a corporeidade e os afetos vividos e sentidos pelo corpo, e a partir deste, colocam em questão a palavra, os gestos e também, a linguagem escrita (por meio de cartas, bilhetes ou, como no caso português, também as mensagens por meio dos aparelhos de celular) enquanto expressão movida por sentimentos de amor-paixão e de insegurança.

Deste modo, sublinho que não há em Rosário das Almas (e também na Aldeia Alentejana) a verbalização fácil do amor, dos sentimentos, apesar das fofocas, dos boatos, dos comentários sobre as pessoas, sobre namoros, casos extraconjugais, tudo isso se dá de modo indireto e paulatinamente, num tempo indeterminado à revelação. Porém, mesmo quando não verbalizam explicitamente

¹ Este trabalho foi realizado no período de 2000-2005, e resultou na tese de Doutorado em Ciências Sociais (Fapesp) no IFCH/Unicamp. A tese está publicada com o título *As flores do pequi. Sexualidade e vida familiar entre jovens rurais*. Campinas: CMU-Publicações e Editora Arte Escrita; São Paulo: FAPESP, 2007. Os dados e análise aqui esboçados traduzem, com alterações, conclusões parciais do referido trabalho.

As entrevistas com os jovens brasileiros concentraram-se na faixa etária dos 14-19 anos de idade, mas outros na faixa etária subsequente também foram entrevistados. Na pesquisa portuguesa, adota-se o mesmo procedimento.

² O nome é fictício. Na divisão geográfica, o município pertence ao Alto Jequitinhonha – Minas Gerais. Originou-se da migração de ex-escravos e aventureiros à captura do ouro anunciado nas águas do rio *Capivari*, nos idos de 1728. Conta com 15.000 habitantes (Fonte: IBGE, *Cidades@, Censo demográfico 2000*). Os moradores das comunidades rurais vivem da agricultura de aprovisionamento e das migrações para outras regiões do Brasil, enquanto driblam os longos períodos da seca nesse ambiente de chapada: terras planas e elevadas com limitadas nascentes d'água (Galizoni, 2000). Também já se constata no município e região do Vale do Jequitinhonha, as migrações internacionais à procura de trabalho.

³ Pós-doutoramento intitulado "Experiências e representações de sexualidade entre jovens portugueses em meio rural". ICS/FCT (Inst. de Ciências Sociais da Univ. de Lisboa/Fundação para a Ciência e a Tecnologia) – Portugal.

⁴ Trata-se de uma Aldeia com 1.500 habitantes e está localizada na zona de fronteira Portugal (Alentejo) - Espanha (Andaluzia). Fonte: *Caracterização Genérica do Concelho de Serpa, C.M.S., 2001*. Neste texto opta-se pela não identificação do nome da Aldeia. Os seus moradores vivem dos cultivos de olival, culturas industriais (por exemplo, o azeite), pastagens permanentes; a pecuária também é expressiva na criação de ovinos, aves e suínos. Além dos pequenos comércios, de roupas, alimentos, remédios; atendimentos nos cafés e restaurantes; serviços administrativos na Junta de Freguesia, no Banco, outras repartições públicas.

seus sentimentos, outros aspectos subjetivos da sedução vão ganhando forma e os corpos vão desempenhando o idioma que traduz a especificidade cultural para que haja a aproximação entre rapazes e moças, driblando os olhares vigilantes. Algo semelhante venho encontrando também entre os moradores da Aldeia Alentejana, e tal observação também estende-se à investigadora, posto que somente depois de um determinado tempo, entre avanços e recuos nos testes de averiguação sobre a “pessoa”, é que começam a se revelar.

Em Rosário das Almas, durante a noite continua a vigília dos pais, no entanto, parece-me que é possível driblar os adultos (velhos) que estão mais interessados em que os jovens permaneçam dentro de suas casas. Entretanto, os jovens arrumam os pretextos mais variados para saírem de casa. Nessas saídas têm a possibilidade de consumir as paqueras, os flertes que foram despertados durante o dia ou mesmo numa outra noite qualquer. Então, namorar ou, simplesmente, “ficar”⁵ acaba por ter as conotações da frustração, pois se os jovens que estão interessados um no outro não têm um local para estarem a sós, acabam tendo que escolher locais mais escondidos dos olhos vigilantes, o que, por outro lado, se trata de um desafio. Muitas vezes são locais escuros, por exemplo, atrás da igreja, uma casa abandonada, um espaço a céu aberto e distante... como no depoimento de uma moça (17 anos, de uma comunidade rural morando no núcleo urbano, 3º ano do Ensino médio) sobre uma experiência de intimidade que teve com um rapaz: “Foi mais ou menos numa casa assim, uma assim... Não tinha ninguém na casa, assim. Foi num lugar assim de um nada, assim”. Enfim, situações que são tensas, pois se desejam e desejam estarem a sós, porém, temem serem descobertos. Como se realizar o desejo fosse realizar um sonho, uma transgressão sonhada. O desejo, assim, é ambiguidade tanto pode ser decisão como pode ser carência. (CHAUI, 1990, p. 22-23).

Os sujeitos sociais de Rosário das Almas, da Aldeia Alentejana que venho estudando e, talvez, de tantas outras localidades, jovens e adultos no seu desejo de visão sobre os corpos, sobre as coisas do mundo, sobre o outro, têm no rosto o principal foco para a avaliação de uma pessoa – homem ou mulher, rapaz ou moça – que venha de fora. Inicialmente, seus olhares funcionarão como Raios-X sobre o (a) visitante dando-lhe em seguida algum adjetivo qualificativo: bonito(a) ou feio(a), simpática(o) ou antipática(o); ou dirão, metido(a). Difícil definir ou interpretar como os moradores, por meio de uma análise a priori, qualificam ou desqualificam alguém. Muitas vezes, julguei que as avaliações tinham

⁵ Denominação usada, principalmente entre os jovens para expressar um relacionamento amoroso de curta duração, podendo ter relação sexual ou não; relacionamento sem compromisso em que duas pessoas se tocam, trocam beijos e carícias (SILVA, S. P., 2002).

algo de enigmático. No cotidiano, entre jovens e adultos, volta e meia me vi questionando: “mas por que não gostam daquela pessoa?” Algumas vezes percebia que havia um componente de controle, medo de perder o poder ou coisa parecida, pois quem era alvo de algum tipo de comentário depreciativo – o(a) visitante – estava destinado a ocupar alguma posição de relativo poder (como trabalhar em algum cargo da prefeitura local, um médico recém-chegado para assumir o Centro de Saúde), por exemplo. Ribeiro (2003) chama atenção para o fato de que o rosto é um referencial importante para a identidade (social e sexual). É por meio do rosto que, socialmente, se identifica; portanto é no rosto que mais se investe.⁶

Em outras ocasiões pessoas das quais alguns moradores diziam gostar também sofriam algum tipo de observação sobre uma parte do corpo de que não gostavam ou de todo o conjunto, pois diziam: “fulano(a) é feio(a), tem o nariz grande, tem uma bunda muito grande, o cabelo feio”. Poderia dizer que há neste município grupos que são distinguidos por meio de estereótipos, mas talvez tal afirmação seja pouco eficaz diante de realidades tão flutuantes, principalmente sobre o que diz sobre si ou como se veem uns aos outros cotidianamente, pois os comentários, as observações podem estar muito marcadas pelas emoções, mesmo as que não são conscientes e, assim, influenciar também nos valores, “nos pensamentos e atos articulados das pessoas”, como observa Alison M. Jaggar (1997, p. 169). Não é menor a flutuação e o grau de julgamento que é atribuído ao “estrangeiro” como o que venho observando em um outro contexto sociocultural, numa Aldeia portuguesa do Baixo Alentejo. Por exemplo, quando os moradores não estão satisfeitos com o atendimento do médico local, que é de nacionalidade indiana, passam a chamá-lo em tom ofensivo de “negro”.

Desta maneira, a imagem, talvez, seja o ponto de maior vulnerabilidade, uma vez que poderá despertar as mais variadas interpretações, pois se trata de uma preocupação sobre si, sobre o que se está emitindo e o que o outro estará pensando a seu respeito, a partir da sua percepção. Mesmo que, em alguns momentos, tudo não passe de uma encenação, uma dissimulação.⁷ Portanto a consciência de si surge enquanto experiência e pode, também, ser a de um corpo constrangido.

⁶ Ver *O Retrato de Dorian* (Oscar Wilde).

⁷ Como no depoimento de uma moradora do núcleo urbano (40 anos, casada) de Rosário das Almas: “Aqui eles te matam e depois vêm chorar no seu caixão”.

3 Constrangimentos: a intimidade divulgada

Tal como no comportamento de um rapaz entrevistado de Rosário das Almas (15 anos, de uma comunidade rural morando temporariamente no núcleo urbano) que disse à pesquisadora que, para seus colegas masculinos, principalmente os da escola, acabava tendo que esconder sobre sua virgindade, considerando o fato de que ele, até aquele momento de nossa primeira conversa, não tinha tido a experiência de ter relações sexuais com ninguém; porém, quando o rapaz dizia (a outros rapazes) que já havia beijado e trocado carícias íntimas, era para que estes não duvidassem de sua virilidade ou mesmo de seu gosto pelas moças. Pois, estar em espaço público é estar com outros rapazes, é estar *entre homens* e pertencer a este espaço e por isso mesmo tenha que, por intermédio da expressão verbal, comprovar a seus amigos a sua *performance* de rapaz *ativo*, viril. Mesmo que tal afirmação sirva apenas para despistar a curiosidade e ansiedade dos outros rapazes, talvez, mais *ativos* (JARDIM, 2001). Deste modo, realçando um aspecto predominante da vida dos jovens que diz deste terreno de demarcação da entrada na sexualidade, posto que esta “se faz por meio do olhar e do controle dos parentes e dos mais velhos [...]” (BOZON, 2004, p. 27), mas, também dos pares, sejam masculinos ou femininos.

Em outro caso, uma moça (17 anos, de comunidade rural morando no núcleo urbano, 3º ano do Ensino Médio) fala da sua dificuldade de lidar com as carícias e aceitá-las, mas principalmente de saber que sua intimidade passara a ser motivo de comentários devido a sua recusa em se entregar a um rapaz (18 anos, de comunidade rural). Em seu depoimento a moça diz que os comentários do rapaz com quem, inicialmente, tivera uma experiência de “ficar” a magoara, pois ela era virgem e isso não poderia ser motivo de gozação: “[...] Falou um bocado de coisas, sabe! Que ele me achava... esquisita... por causa de que eu não quis transar com ele. Só que no dia que ela falou pra mim isso, ele saiu do meu coração assim, ó, de uma vez por todas!” (17 anos)

Para esta moça, ninguém gosta de ser exposto, de ter a sua intimidade divulgada. Diante disso, a intimidade que “abriga a subjetividade e a intersubjetividade, assim como as manifestações da sexualidade” (BOZON, 2004, p. 35), está vulnerável, portanto, a toda manifestação que intente romper com o pudor em torno de tudo que esteja diretamente relacionado ao corpo e ao sexo; pois, está subentendido que há esferas da vida humana que estão divididas entre o que é público e o que é privado, um comportamento público e outro clandestino.

No entanto, porque na prática do “ficar” há a marca da *imprevisibilidade*, podendo haver ato sexual num encontro casual ou não, é que, para as moças, o constrangimento quanto à decisão no controle dos cuidados com o seu corpo, aumenta. Posto que nisso há a implicação da contracepção e o uso do preservativo masculino à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Situação que fica tanto mais acirrada quanto mais houver a predominância da *assimetria de gêneros*, sobretudo se vivem em contextos onde prevaleça e se revele nos encontros sexuais, a autoridade e o prestígio masculino. (HEILBORN et al, 2002, p. 22).

Em alguns dos depoimentos de Rosário das Almas, no Vale do Jequitinhonha, o conteúdo das brigas dos jovens enamorados não era suficientemente explicitado devido ao sentimento de pudor do(a) depoente, sensivelmente quando os motivos que deram início aos impasses, diziam da pressa do rapaz em avançar nas carícias; querer ter penetração genital sem preservativo na contrapartida da recusa da moça por medo de ficar grávida, por exemplo. Afinal, o que elas querem pode ser justamente o contrário. Tal como no caso da depoente (16 anos) ao me dizer que eles “ficavam” e logo terminavam, porém não se perdiam de vista tampouco deixavam de se provocarem. Quando lhe perguntei sobre seus sonhos, seus projetos, primeiramente ela me falou de viajar pelo mundo, trabalhar e viajar, mas logo em seguida, resume dizendo que deseja casar-se com o rapaz, este é o seu sonho.

Neste sentido, no caso brasileiro, o rapaz ao pressionar a moça para que mantivesse relação sexual com ele reproduz a norma ou o padrão de masculinidade vigente, manipulando-a para que o seu desejo fosse satisfeito, na contrapartida correspondente de que a moça o satisfaça. No caso da Aldeia portuguesa que venho pesquisando, as jovens não utilizam a virgindade como uma estratégia para o matrimônio, ao contrário, para algumas, o fato de estarem apaixonadas e ou o desejo de não ser mais virgem é um forte ingrediente para que venham a ter a sua primeira relação sexual.

Nos relatos de experiências e trajetórias amorosas-sexuais vividas pelos jovens de Rosário da Almas por meio do “ficar”, e tomando o caso explorado, pode-se verificar que, embora entre as moças que estão nas áreas urbanas do município se observe uma relativa igualdade em comparação com os rapazes tanto no trânsito pelos espaços – da casa para rua, da rua para casa e outros espaços entre comunidades rurais e distritos – bem como no engajamento nas conquistas amorosas, percebe-se que as moças vivem com maior ênfase nos sentimentos como a ansiedade frente às novas demandas. O sentimento de ansiedade também aparece entre os

rapazes nas situações de conquista amorosa, tanto pelo medo da rejeição quanto da não concretização do ato sexual. Todavia, para muitas moças do município do Vale do Jequitinhonha, está presente o discurso de não mais aceitar a dominação sexual masculina, principalmente quando elas me dizem que se negam a “transar” com o rapaz quando não se sentem preparadas; que querem ter sua experiência sexual sem o risco de uma gravidez. Entretanto, quando tentam colocá-las em prática, são confrontadas com valores e práticas vigentes que correspondem ao “padrão duplo de moralidade”⁸ e, novamente, repõe-se a distinção da moça virtuosa: decente e a moça sem virtude: vadia. Logo, a que está para o casamento e a que está para a diversão.

4 O prazer entre “erros” e “acertos”

Algumas moças têm experiências que dizem de quando o prazer⁹ é vivido sob o medo, quando a excitação provoca embaraço e também pode despertar no outro – neste caso, no rapaz – o sentimento de rejeição de seu corpo, principalmente de seu pênis, posto que pode se tratar da primeira vez de intimidade com uma moça. Muitas vezes, as iniciações sexuais de rapazes e moças podem ser marcadas por surpresas e risos... nervosos. Na narrativa de um outro momento de sua experiência sexual, a depoente (17 anos, de comunidade rural morando no núcleo urbano, 3º ano do Ensino Médio, Rosário das Almas) fala de uma situação que colocou o rapaz em constrangimento. Talvez porque este rapaz quisesse provocar uma situação de maior intimidade corporal com a jovem, e já tendo tido as primeiras trocas de carícias, beijos e abraços, baixou suas calças e exibiu o pênis para a mesma. Isso a levou a um estado de riso: “(rindo) Sem mais nem menos! (...) Eu falei: ‘não, eu não estou a fim de ficar com você, não’ (risos). Aí ele falou assim: ‘então você não gosta de mim’. Eu falei: ‘bom, isso não é motivo de’u gostar’. Ele falou assim: ‘então você não gostou de mim, do meu corpo’. Eu falei: ‘ ah, não... Até porque eu nunca vi homem nenhum assim’. (...) Eu não olhei, eu não observei direito porque eu não aguentei, sabe. Eu não sabia se eu estava assustada, se eu estava traumatizada, eu só estava rindo. Eu quase morria de rir. Eu não aguentei, eu não suportei, sabe, aquela coisa d’ele ficar descendo as calças...”

⁸ Qual seja, a ideia de que coexistem modelos de comportamentos distintos: um rígido em relação às mulheres e outro flexível em relação aos homens. Aos homens, liberdade sexual; às mulheres, cobrança com relação ao recato, à honestidade, à preservação da virgindade.

⁹ Cf. Nicola Abbagnano, “[...] a mais famosa definição do Prazer foi a de Aristóteles, que, aliás, utilizava os conceitos de Platão: ‘Prazer é o ato de um hábito conforme a natureza’ (...). Hobbes voltava à definição biológica, vendo no Prazer o sinal de um movimento proveitoso ao corpo, transmitido pelos órgãos sensoriais ao coração’. Nietzsche afirmava: ‘o Prazer: sensação de maior potência’. [...] A psicologia moderna manteve as características tradicionais atribuídas ao Prazer: reiterou sua função biológica, mas ao mesmo tempo, com base na observação, também confirmou o caráter ativo que Aristóteles reconhecia no Prazer.” DICIONÁRIO de Filosofia. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 786-787.

O depoimento de experiência de intimidade, como no caso da moça citada, pode ser interpretado como algo que desencadeou uma contrarresposta social; ou seja, a partir de uma realidade frustrada ou experiência “malsucedida”, a moça ou o rapaz poderão ter a sua intimidade exposta por meio de comentários que os desqualificam publicamente. Isto, de certo modo, pode também ser analisado como uma particularidade de um microcosmo da intimidade ou um processo de aprendizagem que se pressupunha; porém, o fato é que no que diz respeito às questões da sexualidade, sobretudo em populações cujo diálogo – entre pais e filhos ou instituições como escola, igreja – esbarra em *tabus*, há muito que as experiências são muito mais enfatizadas em “erros” do que “acertos”, em conflitos psicológicos como medos e culpas do que prazer. Tais conflitos assumem uma dimensão moral que colocam em xeque o sentimento de autoestima dos sujeitos sociais, de tal maneira que o menor descuido nas situações de intimidade pode ser “um destruidor de mundos”. (WOLF, 2000, p. 33).

Em Rosário das Almas, o que os depoimentos e observações de campo apontam é que os rituais de iniciação das experiências sexuais são muito mais marcados por medos, principalmente os da gravidez. Sentimentos de medo que veem acompanhados da culpa por estar escondendo dos pais a perda da virgindade, portanto, de estar fazendo algo que é considerado “errado”. Em muitas situações, há também as desconfianças das moças com relação aos rapazes, quanto ao uso do preservativo, posto que o que desencadeia tal desconfiança é quando ocorre uma gravidez, mas o rapaz diz que usou o preservativo. Em alguns casos, prevalece a ideia de que o rapaz mentiu para a jovem, não se cogitando a hipótese de que tal concepção pode ter sido fruto de um preservativo mal colocado ou mesmo que este rompeu durante o ato sexual. Assim, ressalto que a questão do uso do preservativo masculino ainda é uma matéria que não está suficientemente incorporada ao universo dos costumes dos jovens, tampouco dos demais moradores adultos, muito menos a combinação do uso do preservativo e da pílula anticoncepcional à prevenção da gravidez indesejada e das doenças sexualmente transmissíveis.

Na Aldeia Alentejana, entrevistando três rapazes (de 17, 17 e 22 anos, respectivamente), acerca de suas primeiras relações sexuais, soube que estas ocorreram em diferentes espaços: dentro de um banheiro (público); num quarto da casa (enquanto os pais não estavam); num colchão colocado em um terreno a céu aberto... Questionei-os se tinham atenção em colocar o preservativo. Antes que terminasse a pergunta, estes já se adiantavam em me dizer que, “seguramos na ponta, mas... às vezes, ele estoura!”, “acontece...”, “deve ser a pressão!”, argumentaram entre

risos¹⁰. E em seguida veio a informação por parte de um dos rapazes, que ele já comprara a “pílula do dia seguinte”¹¹. Em Rosário das Almas, por outro lado, a precariedade econômica juntamente com o constrangimento social e o pouco (ou nenhum conhecimento) sobre os direitos, impossibilita aos jovens a autonomia de comprar (ou adquirir gratuitamente) o preservativo, a pílula anticoncepcional, menos ainda a “pílula do dia seguinte”, por exemplo. Durante a pesquisa etnográfica soube de casos (em que se tinha relativa autonomia financeira), em que se podia pagar por um medicamento (caro) utilizado para tratamento da úlcera péptica, também com efeitos abortivos. Outro recurso utilizado, em caso de concepção, é a ingestão de chás à base de raízes e ervas que podem provocar o aborto. Daí, algumas moças e mulheres, sobretudo as que têm morada nas comunidades rurais, procurarem alguns homens e mulheres (sejam da família ou fora dela), que são conhecedores destas combinações: raizeiros, benzedeiros, mães e pais de santo. (SILVA, 2007).

Observa-se, entretanto, similaridades nos dois contextos quanto ao uso do preservativo, pois, entre os rapazes, a recusa está associada à diminuição do “prazer” no ato sexual, assim como, a ansiedade em não perder uma oportunidade de concretizar o ato, por não se estar prevenido. Entre as moças, nos depoimentos, sobressaem os embaraços quanto a iniciativa de exigir o uso da “camisinha”, mas talvez este esteja mais presente entre as moças do município de Rosário das Almas. Na Aldeia Alentejana, acompanhei o caso de uma rapariga que teve sua primeira relação sexual aos 14 anos, sem utilizar nenhum contraceptivo. Essa experiência foi seguida da compra e do uso da “pílula do dia seguinte”. Será que este é o contraceptivo mais utilizado pelos jovens desta Aldeia do Baixo Alentejo?

É importante sublinhar que, sobre o medo da gravidez antes do casamento e em se tratando, principalmente das jovens que procedem das comunidades rurais, em Rosário das Almas, há uma certa recorrência em dizerem que não olham para o corpo masculino, sobretudo para o pênis do rapaz quando vão manter relações sexuais. E, por outro lado, alguns rapazes também não assumem como sua, a responsabilidade nos cuidados para com a prevenção de uma gravidez e das DST/aids, donde

¹⁰ O riso veio mesmo para marcar o tom jocoso, assim como, para exaltar a virilidade. Cabe observar que noutra extremo, o entrevistado (de 22 anos) quis chamar atenção para o imaginário que talvez ainda perdure, tanto na Aldeia como fora, entre cidadãos vivendo em centros mais urbanizados, acerca da primeira relação sexual de rapazes que vivem em meio rural, com o seguinte comentário: “Foi com um cabra” (risos).

¹¹ Dependendo do laboratório, tal medicamento pode custar em torno de €12,00 (doze euros, mais ou menos). Valor que não é difícil os jovens da Aldeia terem ou virem a conseguir. Em Portugal é possível adquirir métodos contraceptivos e de contraceção de emergência gratuitamente, uma vez que é direito ao planeamento familiar assegurado pela Constituição Portuguesa na Lei nº 3/84. No Brasil, a Constituição Brasileira (1988) assegura o direito ao planeamento familiar por meio de um conjunto de ações e assistências às mulheres e à família, na concepção e contraceção.

se pressupõe que fica ainda mais difícil a negociação entre os jovens acerca dos cuidados que devem ter; sobretudo, quando ainda se está descobrindo o próprio corpo e, mais, não se tem domínio da linguagem com que se expressará uma dúvida ou um receio. Ao mesmo tempo em que estão, muitas vezes, reféns de "... emoções que se adiantaram ao conhecimento da situação, e por isso LeDoux lhes chama emoções pré-cognitivas" (RIBEIRO, 2003, p. 47), aliadas a um forte pensamento de que se está imune a qualquer tipo de doença, principalmente a aids, pois se está tendo um comportamento heterossexual ou se diz hetero.

Cabe, portanto, a observação de que é na linguagem do cotidiano que, desde a infância, rapazes e moças vão sendo orientados para suas condutas e comportamentos com relação ao sexo e que, também, se vão construindo suas orientações sobre masculinidade e feminilidade. Como bem observa Richard Parker (1991) por intermédio das "expressões, termos e metáforas" que são utilizadas para se referir ao corpo e suas práticas é que as crianças aprendem e descobrem os sentidos associados ao masculino e feminino que se dão como simples fato da natureza: as diferenças entre o pênis e a vagina. (BOURDIEU, 2002; HÉRITIER, 1998).

À medida que os rapazes que vão tendo mais experiências sexuais ou conversando com outros rapazes mais velhos passam a julgar os comportamentos das moças, bem como, a avaliar suas partes íntimas, percebe-se que para os jovens os corpos femininos são alvos de avaliação e, portanto, nesse tipo de experiência não há o *tabu* do sexo, tampouco do corpo. Desta maneira, o ato de comentar diz da própria necessidade de se autoafirmar perante os pares como alguém que tem experiência e potência sexual, e, também, uma vez que falam, os rapazes aprendem com outros rapazes novas formas de seduzir, de atrair outros corpos para si, além de testar seu próprio conhecimento sem se expor ao crivo do outro. Referir-se a uma jovem como "*vaca*", talvez uma forma de fazer alusão à passividade deste animal comparando a mulher, e a vagina como "*caverna*", "*grande*", "*arrombada*", todas essas referências sinalizam para o ato da penetração e de um relativo desvendar de um órgão que pode lhes parecer misterioso. Mas, uma vez rompidas as barreiras da castidade do corpo da moça, "*delimitada da cintura*" para baixo (BOURDIEU, 2002), esta passa a servir de exemplo para a *performance* de afirmação masculina e lhe é atribuído o nome pejorativo - "*vaca*" -, fruto da moral local.

Assim, no corpo masculino, o pênis exerce um papel fundamental que é o de representar o prazer compreendido enquanto potência, logo,

virilidade, na contrapartida da inferioridade anatômica feminina. (BOURDIEU, 2002). Deste modo, vê-se que as representações individuais dos rapazes encontram correspondência no plano coletivo do pensamento do grupo social, uma vez que estas também refletem o que lhes é transmitido por meio do processo de socialização. As dificuldades em falar sobre os temas relacionados ao sexo, ao corpo e seus fluídos não é prerrogativa apenas das jovens com pouca escolaridade e que têm pouco trânsito e convívio com outros jovens que estão na sede (área urbana do município de Rosário das Almas). Ao contrário, tal dificuldade pode refletir um padrão de educação familiar em que o desenvolvimento da sexualidade acontece como um segredo com que sempre se tem que tomar cuidado para não ser revelado, principalmente para as moças das comunidades rurais como, por exemplo, a permanência do *tabu* em torno do sangue menstrual. Novamente repondo matizes comportamentais correspondentes ao que é do feminino (privado) e ao que é do masculino (público), e do sexo vivido como um segredo. (FOUCAULT, 1988).

5 Marcas silenciadas

Há que ser consideradas também, dentre tudo isso que está relacionado ao corpo feminino, as marcas por violação ou agressão. Houve um momento em que a pesquisadora esteve com mulheres grávidas que iam dos 17 aos 39 anos de idade, no Centro Médico do município do Vale do Jequitinhonha. Era dia de exames de pré-natal e o que vi foram muitos corpos roliços, barrigas nos seus vários meses de gestação e pernas inchadas. Dez mulheres cujos olhares distantes eram de preocupação ou de apreensão; e houve momentos de revelações à pesquisadora: como a marca de um ferimento que cicatrizava numa das pernas de uma das gestantes que estava de sete meses.

A enfermeira verificou se o ferimento da perna da gestante já estava melhor. Depois da confirmação da enfermeira de que tudo estava bem, tanto com a criança quanto com o ferimento que cicatrizava, a gestante sorriu e me pediu que tirasse uma fotografia sua para guardar de recordação. Assim o fiz. Após sua saída da pequena sala, fui informada de que tal ferimento em sua perna se originou quando ela tentava fugir do marido pela janela. Naquela altura, contou-me a enfermeira, a gestante estava com cinco/seis meses de gestação. O motivo da tentativa de fuga: o marido ao saber que a mulher esperava um menino e não uma menina, como era de sua vontade, tentou agredi-la. Como se a mulher tivesse algum controle ou domínio sob a realização do desejo do marido quanto à escolha do sexo do bebê.

Deste modo, talvez seja importante a observação de que, nem sempre, a gravidez é considerada “alegria do casal” ou, ainda, gravidez é sinal de união. Um histórico de violência doméstica da qual ainda se tem pouco conhecimento. É imperativo registrar que, nem sempre, moças e rapazes, homens e mulheres de origem rural vivem experiências positivas ou iniciam a vida sexual, propriamente, movidos pelo prazer e afeto. Ao contrário, podem eventualmente viver experiências de violência, dor, constrangimento e vergonha do corpo que foi violado, agredido e, nos casos extremos, mutilado ou morto.

Muitos corpos acabam por não espelharem as marcas dessas dores, se pensar sobre uma experiência que é um sentimento de constrangimento, vergonha, mas se formos buscar indagando, convivendo e observando chega-se às confirmações, por exemplo, como no depoimento de uma moça (17 anos, de comunidade rural morando temporariamente no núcleo urbano e trabalhando como empregada doméstica) que viveu a experiência de ser abordada por seu patrão para que mantivesse relações sexuais com ele. A partir daí passa a sentir vergonha da dona da casa, do filho do casal que também é um jovem de sua faixa etária. Teme contar para a mulher do patrão, sua patroa, e não ser acreditada; contar para a mãe e a mãe forçá-la a deixar o núcleo urbano, retornar à comunidade rural e abandonar os estudos.

Todavia, tais sentimentos como o de vergonha, dor, perdas podem vir em decorrência de uma dor mais traumática, como a do estupro, do abuso sexual e do aborto. Alguns boatos sobre moças que praticaram abortos são recorrentes no município. Nestes conteúdos, as marcas que denunciam um aborto são biológicas: a palidez estampada na face, a magreza do corpo. Houve comentários que diziam da tristeza dos olhos de fulana ou de sua “sem graça” (estado de quem está sem graça). No caso de Rosário das Almas, portanto, “os sinais alterados do corpo da mulher”, na maior parte das vezes, são bastante observados principalmente porque observar o corpo – tanto de rapazes e moças – é acompanhar suas transformações, mas, muito mais porque estão interessados em controlar seus comportamentos, sobretudo no que diz respeito à sexualidade. (SANTOS; AGUIEROS, 1999, p. 105).

Entretanto não posso deixar de mencionar sobre um de meus últimos campos, mais precisamente, a última viagem realizada a Rosário das Almas em que a confirmação – pública – de alguns boatos sobre casos de estupro e incesto ganham verbo em bocas de pessoas que trabalham com as crianças, os jovens e as famílias; ou seja, assistentes sociais trabalhando dentro da prefeitura local. Trata-se de um caso de estupro seguido

de gravidez e morte das crianças. Sem pormenores o caso me foi relatado assim: em uma das comunidades rurais de Rosário das Almas, duas mulheres são estupradas. Uma adulta e outra jovem, mãe e filha que foram estupradas por um mesmo indivíduo. A ocorrência do estupro não se dá em conjunto, tampouco a confirmação “pública” deste ocorrido de violência não acontece em tempo simultâneo.

Após o ocorrido e passado algum tempo – talvez do apaziguamento da dor e da vergonha – e com a confirmação pública da gravidez de mãe e filha, a indagação (por parte da agente de saúde responsável por acompanhar a comunidade) sobre quem seriam os pais das crianças, traz à tona a revelação do ato de violação. A partir daí crescem os comentários acerca do assunto. As crianças nascem, em períodos próximos, porém, as mães (mãe e filha) iniciam um movimento silencioso de negação e abandono das crianças, uma vez que passam a não alimentá-las. A agente de saúde preocupa-se com o estado dos corpos das crianças que aparentam desnutrição. A partir disso, a assistente social passa a insistir na alimentação dos bebês e também a fazer doações de alimentos para fortalecimento dos mesmos; porém, tal iniciativa foi em vão, pois, muito possivelmente, as mães das crianças os recebiam, porém não os davam aos filhos. Disse uma das assistentes sociais à pesquisadora que com a idade de, aproximadamente cinco meses e alguns dias faleceu um bebê seguido do falecimento do outro.

Este caso chamou a atenção dessa assistente social que trabalha há muito tempo com os moradores das comunidades rurais do município, pois, segundo ela, foi surpresa perceber que para muitos moradores da comunidade, quando ela os indagava sobre o “descaso” e “desinteresse” das mães para com os bebês a ponto de levá-los à morte, se justificava porque, de certo modo, aquelas crianças não foram “desejadas”, não foram frutos de um ato natural. Portanto, era natural que não vingassem.

6 Considerações finais

Assim, não tenho a pretensão de ir a fundo nos domínios de uma discussão sobre a violência e a violência doméstica tão presente nos campos brasileiros e na sociedade brasileira em geral (não menos na sociedade portuguesa); sobretudo porque quando tais desdobramentos das experiências da sexualidade destes moradores se descortinaram à pesquisadora, já era o momento de finalizar as pesquisas de campo no Vale do Jequitinhonha. Por isso, e reconhecendo a delicadeza e a gravidade destas questões, penso que necessitariam de mais campo etnográfico, talvez uma outra pesquisa; porém, nesta oportunidade elas permanecem

no estágio de registro. Não obstante, ressalto que a questão do comportamento machista, tanto no município de Rosário das Almas, mas, também, em contextos como o da Aldeia Alentejana (embora ainda necessite de maior aprofundamento na análise dos dados), contribui para aumentar as estatísticas de problemas que acabam por estar diretamente relacionado com a sexualidade, mas tratados e problematizados pelo viés biológico, logo, questão da saúde pública, sobretudo pelo que diz respeito à prevenção ou tratamento das DST (doenças sexualmente transmissíveis) / aids.¹²

Por isso, sublinho a importância de conhecermos os contextos socioculturais dos quais emergem os aspectos das emoções e sensorialidades nos quais estão inseridos os sujeitos sociais, alvo de nossos discursos acerca dos direitos humanos. De tal sorte que mais do que informar e dar acesso aos serviços de saúde, estes se insiram na vida cotidiana dos cidadãos e cidadãs, principalmente os que estão em situação de precariedade socioeconômica, vulnerabilidade emocional e de relações desiguais de gênero. Contribuindo para o processo de interiorização dos direitos e a possibilidade de se pensar e tratar a saúde e o bem-estar como um “meio”. Assim, corpo-prazer-saúde, talvez, seria uma das dimensões da relação social contemplados por intermédio do “cuidar” de si e do outro. Nestes termos, estaríamos implicados no reconhecimento dos valores morais e das representações que temos sobre o sexo, o corpo e a saúde, e que insidem em nossas emoções, inseguranças e desejos, principalmente quando nos vemos também constrangidos, em distintos tempos e espaços, no âmbito das relações, por questões de cor, classe, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual. Em outras palavras quero salientar que, concomitante aos estudos e campanhas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis/aids, gravidez indesejada, cabe a nos, profissionais que atuam junto ao humano, nos voltarmos também para os nossos próprios preconceitos, inseguranças e medos, bem como para os nossos desejos. Desta feita, no confrontar dos nossos constrangimentos, provavelmente estaremos construindo uma maneira mais honesta e menos verticalizada nas relações.

Referências

ABBAGNANO, N. *Dicionário de filosofia*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

¹² Numa divulgação recente sobre dados de uma pesquisa realizada pela organização não governamental Promundo (Brasília) sobre o machismo entre os jovens brasileiros, a pesquisa indicou que a violência não pode ou deve ser vista como um comportamento exclusivo ou diretamente associado às regiões pobres do Brasil. Conforme dados, “25 por cento dos homens entrevistados relataram ter-se utilizado da violência física contra mulheres em relacionamentos recentes”. Fonte: NERY, Natuza. Machismo prejudica a saúde dos jovens, indica pesquisa. *Yahoo! Notícias*, [S.l.], 26 abr. 2004.

ALMEIDA, M. V. de. *Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade*. Lisboa: Fim de Século, 1995.

BENJAMIN, W. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: _____. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense, 1994. (Coleção Obras Escolhidas, v. 1).

BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2002.

BOZON, M. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

CERTEAU, M. de. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

CHAUÍ, M. Laços do desejo. NOVAES, A. (Org.). *O desejo*. São Paulo: Companhia das Letras; Rio de Janeiro: Funarte, 1990. p. 19-66.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988. V. 1.

GALIZONI, F. M. *A terra construída: família, trabalho, ambiente e migrações no Alto Jequitinhonha, Minas Gerais*. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIDDENS, A. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1993.

GRIMBERG, M. Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención al VIH/SIDA em jóvenes de sectores populares: um análisis antropológico de gênero. *Horizontes antropológicos Sexualidade e Aids*, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 47-75, jun. 2002.

HEILBORN, M. L.; BRANDÃO, E. R. Introdução. In: HEILBORN, M. L. (Org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____ et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos Sexualidade e Aids*, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 13-45, jun. 2002.

HÉRITIER, F. *Masculino/Feminino: o pensamento da diferença*. Instituto Piaget: Lisboa, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico 2000*. Rio de Janeiro, 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) (Brasil). *Mulheres e homens em Portugal nos anos 90*. Lisboa, 2002.

JAGGAR, A. M. Amor e conhecimento: a emoção na epistemologia feminista. In: _____; BORDO, S. R. (Ed.). *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1997. p. 157-185.

JARDIM, D. F. Performances, reprodução e produção dos corpos masculinos. In: LEAL, O. F. *Corpo e significado: ensaios de antropologia social*. Porto Alegre: UFRGS, 2001. p. 189-201.

LEAL, O. F.; FACHEL, J. M. G. Jovens, sexualidade e estratégias matrimoniais. In: HEILBORN, M. L. (Org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 96-116.

NERY, Natuza. Machismo prejudica a saúde dos jovens, indica pesquisa. *Yahoo! Notícias*, [S.l.], 26 abr. 2004.

PAIS, J. M. *Vida cotidiana: enigmas e revelações*. São Paulo: Cortez, 2003.

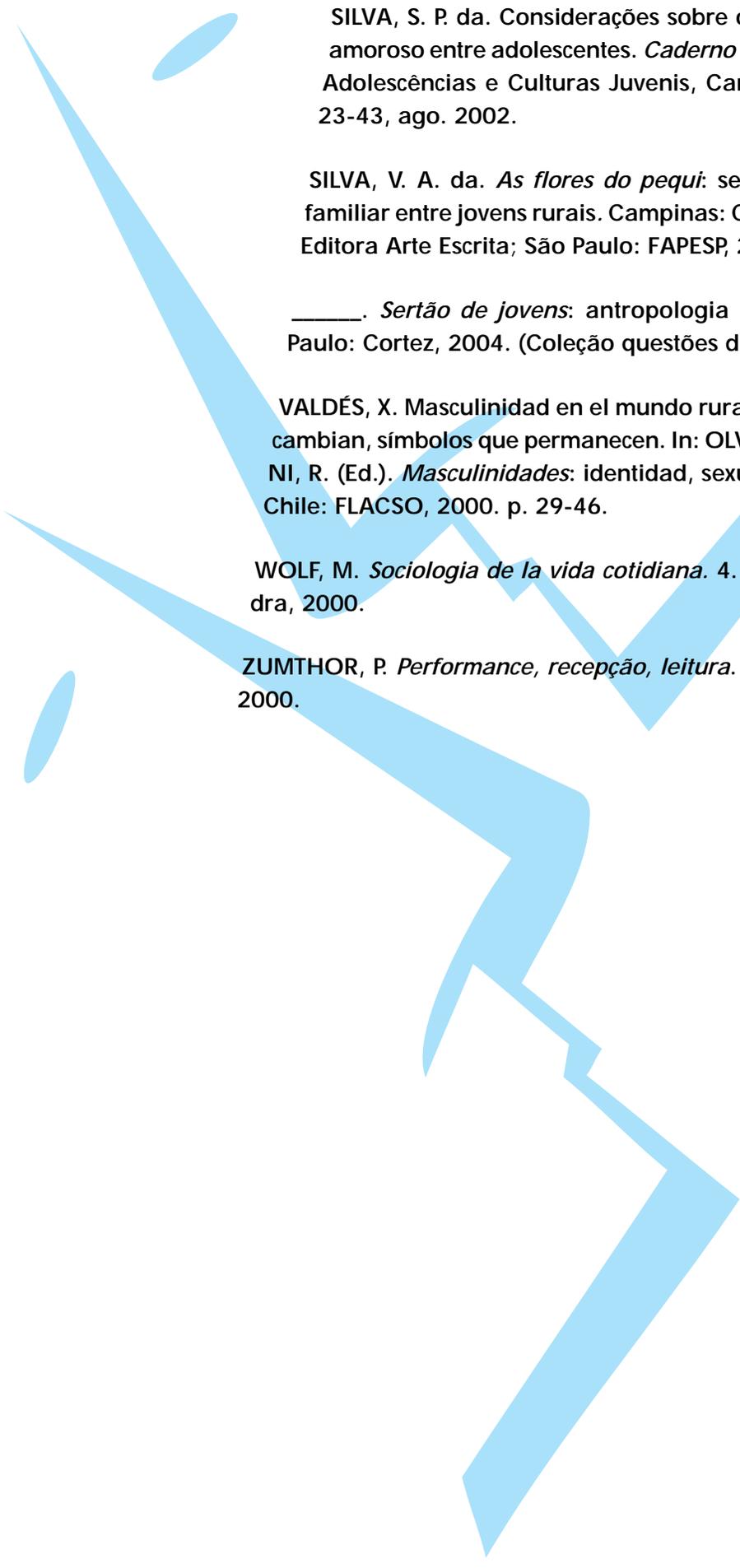
PARKER, Richard G. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller, 1991.

RIBEIRO, A. *O corpo que somos: aparência, sensualidade, comunicação*. Lisboa: Editorial Notícias, 2003.

SANTOS, C. S. dos; AGUIEIROS, G. H. O corpo e a intimidade: os espaços do constrangimento. In: MARTINS, J. de S. (Org.). *Vergonha e decoro na vida cotidiana da metrópole*. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 105-122.

SANTOS, M. O lugar e o cotidiano. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002. p. 313-330.

SCOTT, J. W. Experiência. In: SILVA, A. L. da; LAGO, M. C. de S.; RAMOS, T. R. O. (Org.). *Falas de gênero: teorias, análises, leituras*. Florianópolis: Mulheres, 1999. p. 21-55.



SILVA, S. P. da. Considerações sobre o relacionamento amoroso entre adolescentes. *Caderno Cedes: Educação, Adolescências e Culturas Juvenis*, Campinas, n. 57, p. 23-43, ago. 2002.

SILVA, V. A. da. *As flores do pequi: sexualidade e vida familiar entre jovens rurais*. Campinas: CMU-Publicações: Editora Arte Escrita; São Paulo: FAPESP, 2007.

_____. *Sertão de jovens: antropologia e educação*. São Paulo: Cortez, 2004. (Coleção questões da nossa época).

VALDÉS, X. Masculinidad en el mundo rural: realidades que cambian, símbolos que permanecen. In: OLVARRÍA, J.; PARRINI, R. (Ed.). *Masculinidades: identidad, sexualidad y familia*. Chile: FLACSO, 2000. p. 29-46.

WOLF, M. *Sociologia de la vida cotidiana*. 4. ed. Madri: Cátedra, 2000.

ZUMTHOR, P. *Performance, recepção, leitura*. São Paulo: Educ, 2000.

CONTROLE SOCIAL E DEMOCRACIA

Antenor Amâncio Filho¹

José Luiz Telles²

Ana Paula Abreu Borges³

¹ Doutor em Educação, Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde/Fundação Oswaldo Cruz. *E-mail:* amancio@ensp.fiocruz.br

² Doutor em Saúde Pública, Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública/Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde/Fundação Oswaldo Cruz. *E-mail:* telles@ensp.fiocruz.br

³ Mestranda em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília, Especialista em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Consultora Técnica do Ministério da Saúde/Área Técnica do Idoso. *E-mail:* ana.borges@saude.gov.br

Resumo: O presente ensaio versa sobre os conceitos e a importância do controle social e da participação popular para o Sistema Único de Saúde, à luz das deliberações emanadas da plenária da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Apresenta ponderações em relação a implicações do processo histórico brasileiro nas práticas de controle social e quanto às reais possibilidades desse mecanismo na defesa dos direitos sociais. Ao realçar a necessidade do controle social centrado no plano político e o papel preponderante a que se destina na construção e no fortalecimento do sistema de saúde, enfatiza a democratização das decisões e o protagonismo dos agentes sociais.

Palavras-chave: Controle social. Participação popular. Saúde.

Desde 1988, com a promulgação da Constituição Federal, o povo brasileiro vem buscando atingir e consolidar patamares fundamentais de cidadania. Um dos pressupostos dessa dinâmica refere-se aos movimentos sociais organizados, que a cada dia envolvem e comprometem segmentos mais amplos da população, objetivando participação mais efetiva não só no controle das políticas públicas, mas, também, no que se relaciona à sua formulação.

Na esfera da saúde, assumida como um direito de todos, cabendo ao estado garantir esse direito por intermédio do Sistema Único de Saúde, o controle social é exercido pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, além das Conferências de Saúde, instâncias colegiadas por intermédio das quais a comunidade participa da formulação de estratégias e da gestão da política de saúde, acompanhando e fiscalizando a sua execução. São organismos compostos com 50% (cinquenta por cento) de representantes de usuários do SUS, 25% (vinte e cinco por cento) de trabalhadores da saúde e 25% (vinte e cinco por cento) de gestores e prestadores de serviços.

Os conselhos são constituídos por membros do poder público (gestores), da sociedade civil (trabalhadores e usuários) e por prestadores de serviços, e neles é que são apresentadas, debatidas e encaminhadas as demandas e necessidades por saúde e que envolvem questões educacionais, de transporte, de meio ambiente, de lazer, de segurança, de moradia.

O presente ensaio, construído à luz das deliberações emanadas da plenária da 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 2007, pretende contribuir para uma reflexão sobre os conceitos e a importância do controle social e da participação popular, com vistas a reforçar o caráter democrático do sistema de saúde brasileiro.

Segundo Comparato (1975), a palavra *controle*, neologismo originário da língua francesa, sofreu, em sua evolução semântica, tanto a influência francesa, na qual assume o sentido de “verificação” ou “fiscalização”, quanto a inglesa, onde guarda conotação de “poder” ou de “dominação”. Dessa maneira, em nosso idioma *controle* significa não somente vigilância, verificação, fiscalização, mas, também, poder de dominar, de regular, de guiar, de restringir.

No âmbito do estado democrático, o termo *controle*, como expresso na Constituição Federal, é sinônimo de “poder de fiscalização”, assentado nos “princípios republicanos da legalidade, da isonomia e da intangibilidade das liberdades públicas, traçados a partir da ideia central de representatividade, originária da teoria da soberania popular” (SIRAQUE, 2004, p. 54).

O princípio da representatividade, por sua vez, requer que o governo responda pelos atos que pratica e que os cidadãos possam fiscalizar, controlar, e obter informações acerca desses atos. Como sintetiza Ataliba (1985, p. 3), “se a coisa pública pertence ao povo, perante este todos os seus gestores devem responder”, sendo função administrativa do estado “cuidar da coisa pública”, a qual é exercida pelos três poderes republicanos (Executivo, Legislativo e Judiciário) e pelas esferas jurídicas de governo (União, Estados, Municípios e Distrito Federal). Ainda segundo Siraque (2004), o controle sobre a função administrativa do estado pode ser classificado em dois âmbitos: a) controle institucional; b) controle social.

O *controle institucional* é interno à esfera do estado, sem a participação direta da sociedade, efetuado por meio de seus representantes eleitos ou das instituições públicas criadas para fiscalizar as atividades do estado, podendo ser subdividido, ainda, em interno e externo. O primeiro é uma autofiscalização e tem por objetivos: a) preparar a prestação de contas; b) fiscalizar as atividades dos agentes públicos; c) fornecer informações à administração superior; d) garantir a legalidade, a eficiência e a economicidade na aplicação dos recursos públicos; e) identificar erros e fraudes; f) preservar a integridade do patrimônio público; g) acompanhar a execução do plano plurianual, do orçamento público e demais planos e metas da Administração Pública (SIRAQUE, 2004, p. 108). Dadas as suas características, o controle institucional interno se configura como “a alma do plano de organização da Administração Pública, pois, sem ele, não seria possível garantir transparência da atividade administrativa e os objetivos constitucionais da República”. (SIRAQUE, 2004, p. 108).

Integram o controle institucional interno as Corregedorias (como a do Ministério Público, das Polícias Civil e Militar, do Judiciário); no caso de entidades como fundações, autarquias, empresas públicas e institutos, o controle se faz por intermédio das auditorias e dos conselhos fiscais, previstos em lei:

Um sistema eficiente de controle social interno da atividade administrativa do estado gera transparência dos atos da administração, eficiência administrativa, promove o profissionalismo nas relações internas à administração, garante igualdade na prestação dos serviços públicos e combate o tráfico de influências, o clientelismo político e, portanto, contribui com a participação popular e o controle social. (SIRAQUE, 2004, p. 110).

Por outro lado, o controle institucional externo é realizado por órgão estatal estranho àqueles responsáveis pelo ato a ser controlado, como as

Ouvidorias, o Ministério Público e o Poder Legislativo, com o auxílio dos Tribunais de Contas. Essas instâncias têm o dever de zelar pelo patrimônio público, pelo meio ambiente e por parcelas da população que, pela sua situação de maior vulnerabilidade, têm maiores probabilidades de serem atingidas em sua dignidade, como as pessoas idosas e as deficientes.

Já o *controle social*, em regimes republicanos e democráticos, tem a finalidade de fiscalizar a função administrativa do estado, propondo, acompanhando e verificando se as decisões tomadas nesse âmbito estão sendo executadas conforme decisões prévias e se as atividades estatais estão sendo realizadas obedecendo aos parâmetros estabelecidos na Constituição Federal e demais documentos legais e normativos. Se o controle institucional é aquele que recai sobre os próprios poderes estatais, o controle social é realizado por:

[...] um particular, por pessoa estranha ao estado, grupos de pessoas ou por meio de entidades juridicamente constituídas, sendo que neste caso não há necessidade de serem estranhas ao estado, mas há a necessidade de pelo menos uma parte de seus membros serem eleitos pela sociedade. (SIRAQUE, 2004, p. 112).

Como ressaltam Sposati & Lobo (1992), no Brasil, País cuja herança política é marcada pela violência e pelo *coronelismo*, a discussão sobre o papel e a importância do controle social não deve limitar-se a um patamar burocrático de “vigiar a burocracia”, mas ser compreendida como instrumento essencial no processo histórico para “criar uma nova cultura política/democrática que, ao democratizar as decisões, traga a alteridade¹”.

Uma das características centrais do estado democrático de direito é, justamente, a submissão dos destinatários do poder ao controle dos detentores do poder. Assim, o controle social tem a finalidade de submeter ao controle da sociedade os agentes que exercem função administrativa nos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário. Como assinala Siraque (2004, p. 117), o controle social:

[...] está classificado na categoria dos direitos e garantias individuais, mas não visa atender somente ao interesse individual das pessoas enquanto tais, mas ao interesse público, ao bem comum, ao interesse da sociedade, da coletividade, da cidadania e das próprias finalidades do estado.

Nessa perspectiva, o exercício da cidadania, expresso na ação do controle social, se dá quando o indivíduo age para defender interesses que beneficiam o conjunto da sociedade. Nesse plano, torna-se funda-

¹ Alteridade, aqui, tem o sentido de ressaltar a existência de “um sujeito que se contrapõe, que tem força e presença para pressionar e ter protagonismo, isto é, ser sujeito e não sujeitoado” (SPOSATI; LOBO, 1992, p. 372).

mental entender o controle social como espaço político de negociação dos diferentes interesses em jogo, assim como a questão da representatividade dos agentes que efetuam a ação de controle social.

A partir da ideia de protagonismo dos agentes sociais, denominada por Sposati & Lobo (1992) como alteridade e tendo como base as ponderações e posicionamento dessas autoras sobre o assunto, cabe assinalar três riscos em torno do controle social.

O primeiro deles é denominado de "*alteridade cooptada*", que ocorreria em dois sentidos: a) pela fragilidade da representação, por não possuir informação e capacidade argumentativa; b) pela prática da cumplicidade, que ao incluir o interesse restrito e imediato dos representantes populares, afasta-os da luta mais ampla em defesa dos representados.

O segundo, designado de "*alteridade subalternizada*", diz respeito à relação de deferência de quem tem o poder para com os representantes da sociedade. Nesse tipo de relação, o risco residiria em tratar os assuntos de maneira superficial, sob a premissa de que o povo, por ser ignorante, não entenderia a complexidades das questões envolvidas em determinados problemas.

Como terceiro risco, destaca-se a "*alteridade tutelada*", na qual segmentos técnicos que se identificam com os interesses populares, acabam ocupando o espaço da interlocução destinado às representações populares. Nesse tipo de relação, mesmo que se aumente o número dos interlocutores, ainda assim o que é discutido não repercute junto aos representados. É preciso salientar que o trabalho desenvolvido pelo controle social é um exercício democrático, uma forma de interlocução consequente entre a sociedade e os poderes instituídos.

Os pontos relacionados são de grande relevância, na medida em que alguns pressupostos são referência nas análises efetuadas pelos Conselhos de Saúde. O maior risco, entretanto, é o de que o controle social passe a ser visto e aceito pelo conjunto da sociedade apenas como um mecanismo de regulação dos serviços existentes, restringindo o papel a ser desempenhado em defesa do direito à saúde para todos, para o efetivo cumprimento dos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade em saúde. Desse modo, é imprescindível ter presente que:

- 1 - o controle social supõe um padrão de representatividade na construção, operação e gestão das políticas sociais;
- 2 - o controle social deve corrigir as lacunas da democracia repre-

sentativa, a partir da inserção de novos sujeitos no movimento participativo;

3 - o controle social deve ser entendido como espaço privilegiado para romper com o caráter “privatista”, isto é, de favorecimento de alguns em detrimento do bem comum;

4 - os espaços do controle social não podem ser reduzidos à burocracia de reuniões, mas sim instâncias coletivas onde se busca incentivar e manter o compromisso com os resultados esperados;

5 - o controle social necessita ser institucionalizado e adquirir visibilidade, de tal maneira que eventuais mudanças em sua composição, atribuições e propósitos se tornem públicas e sujeitas à crítica, objetivando a transparência e a garantia de continuidade;

6 - o controle social deve estar afeito não só aos serviços públicos, mas integrar, em sua agenda, os serviços privados.

Aceitando que “o direito social de ter garantida a condição de saúde de uma população supõe o próprio movimento dessa população em conseguir o reconhecimento e a efetivação desse direito” (SPOSATI; LOBO, 1992), tem-se que controle social é um dos mais importantes instrumentos na defesa dos direitos sociais, cujo foco de atuação deve estar centrado essencialmente no plano político, avançando além das ações que se localizam na esfera técnica, administrativa e burocrática. Cabe a ele papel preponderante na construção e no fortalecimento do sistema de saúde, seja em razão da luta para fazer valer o direito à saúde, seja por representar e garantir um espaço regular e permanente de exercício do controle das ações e serviços de saúde, zelando pelo cumprimento da política firmada para a área.

Por fim, cabe assinalar que os movimentos sociais são agentes políticos que demandam o alargamento da cidadania – direitos humanos e identidades sociais – por meio da organização autônoma e independente de sua disseminação para o conjunto da sociedade, particularmente como exigência ao cumprimento das atribuições do estado. Em essência, portanto, é possível perceber que os movimentos sociais são agentes de crise e de desestabilização social, na medida em que, ao demandarem direitos e identidades, participação e controle social, estão exercitando e fazendo visíveis o desejo e, mesmo, a utopia da construção de novas formas de organização social.

A luta contemporânea para garantir e ampliar os direitos fundamentais do homem passa, necessariamente, pela radicalização dos processos

democráticos participativos em todas as esferas da sociedade. Talvez seja esse o horizonte que permita almejar a “paz perpétua” entre os povos, imaginada por Immanuel Kant como o único caminho para o estabelecimento e a preservação de um estado mundial pacífico.

Referências

ATALIBA, G. *República e constituição*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1985.

COMPARATO, F. K. *O poder de controle na sociedade anônima*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1975.

CAVALCANTE, M. P. Os conselhos como mecanismos de democratização da política de saúde. JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2., 2005, São Luís. *Anais...* São Luís: UFMA, 2005.

SIRAQUE, V. *O controle social da função administrativa do Estado: possibilidades e limites da Constituição de 1988*. 2004. Dissertação (Mestrado)– Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e políticas públicas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 366-378, out./dez. 1992.



CONTROLE SOCIAL NO SUS: ASPECTOS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Flávia Silva de Oliveira¹

¹ Assessora Jurídica do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso, Especialista em Direito do Estado com Ênfase em Constitucional – *E-mail*: fla_via_@hotmail.com.

Resumo: A criação dos Conselhos de Saúde com a participação de representantes dos usuários, dos trabalhadores de saúde, dos prestadores de serviços de saúde e do governo representa um avanço importante no processo de democratização e fortalecimento do controle social. Os Conselhos de Saúde na atualidade constituem-se em um espaço responsável pela implementação da mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio dos Conselhos de Saúde, funcionando com a participação efetiva da sociedade, reivindicando e fiscalizando, que se obterá o direito à saúde integral e universal do cidadão, com fulcro na soberania popular. Estes espaços de gestão participativa foram conquistados por meio de lutas sociais e precisam ser incrementados para permitir a participação efetiva da cidadania na formulação, no monitoramento e na fiscalização da execução das políticas de saúde, mediante o estímulo aos Conselhos de Saúde, às Conferências de Saúde, aos movimentos sociais, aos mecanismos de educação permanente de conselheiros e agentes sociais e a implantação de ouvidorias do controle social, em prol da democracia.

Palavras-chave: Conselhos de saúde. Controle social. Participação da comunidade. Pacto de gestão.

1 Introdução

Na atualidade os Conselhos de Saúde possuem uma relevante representatividade social nas três esferas governamentais, como consequência do modelo de democracia participativa e da diretriz de participação da comunidade nas ações e serviços públicos do SUS, previstos respectivamente no artigo 1º, parágrafo único, e artigo 198, inciso III, da Constituição da República do Brasil de 1988.

Em atendimento a esses dispositivos constitucionais o legislador infraconstitucional criou as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, como órgãos de gestão do SUS, assegurando nas formatações destes últimos a representatividade de segmentos do governo; de prestadores de serviço privados conveniados, ou sem fins lucrativos; de trabalhadores de saúde e de entidades de usuários, dando critérios norteadores para a implementação da gestão das políticas públicas de saúde, de forma sintonizada com os interesses da coletividade.

O que se observa é que o direito constitucional à gestão participativa no SUS é instrumentalizado para ser exercido especialmente por meio dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados, incumbidos de zelar pela definição das políticas dos serviços de saúde, bem como fiscalizar essas ações de relevância pública, como meio de viabilizar a atuação da comunidade.

Pretende-se, assim, verificar os aspectos fundamentais da matéria sob preciso enfoque, auxiliar nos aspectos práticos do funcionamento dos Conselhos de Saúde no tocante à Constituição Federal, às leis, às resoluções e à doutrina, de maneira a contribuir com os atores da saúde, sendo eles: os gestores, os trabalhadores da saúde, os prestadores de serviço de saúde, os profissionais que laboram na seara do direito sanitário, a grande parte da população que participa do controle social no SUS e todos que usufruem os serviços públicos de saúde.

2 Justificativa

A gestão democrática do SUS, que se efetiva principalmente por meio das Conferências de Saúde, de caráter propositivo e dos Conselhos de Saúde, que são deliberativos e permanentes no SUS, em cada esfera de governo, é um importante modelo de participação da cidadania, que se dá por intermédio da sociedade civil organizada e da consagração do processo de controle social.

De acordo com o que preceitua a obra *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios* (BRASIL, 2006b, p. 94), o controle social:

Abrange as práticas de fiscalização e de participação nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas de saúde e de gestão no SUS. Há mecanismos institucionalizados que garantem a participação e o controle social, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, com representatividade dos diversos atores sociais. As Conferências de Saúde, que ocorrem a cada dois anos, devem avaliar o cumprimento das diretrizes contidas no respectivo Plano de Saúde e produzir diretrizes que orientem novas políticas e programas no seu âmbito de atuação. Conselhos e conferências são garantidos nas três esferas de gestão do SUS pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. O SUS garante aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios autonomia para administrar os recursos da Saúde. Para isso, é preciso que cada esfera de gestão tenha seu Conselho de Saúde funcionando de forma adequada. Ao Ministério da Saúde (MS) e às secretarias estaduais e municipais de Saúde cabe a implementação de mecanismos para a gestão e apoio ao fortalecimento do controle social no SUS.

Tendo em vista que os Conselhos de Saúde representam um pólo de qualificação de cidadãos para o controle social, nas demais esferas da ação do Estado, e visando consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de controle social no SUS é que se mostra relevante o estudo da temática dos aspectos constitucionais e legais destes órgãos colegiados. Na ótica de Gonçalves e Almeida (2002, p. 168) os Conselhos de Saúde:

[...] são espaços de conflito e integram os atores com diferentes projetos e interesses. Mas são também possíveis espaços onde os sujeitos sociais podem, por meio do controle social, exercer a cidadania, o poder participativo, e construir sujeitos políticos com capacidade e potência para intervir positivamente na implementação do SUS no nível local.

Assim, os Conselhos de Saúde se apresentam como um instrumento de gestão participativa, onde são definidas as políticas de saúde, por meio da troca de experiências e embates entre os conselheiros das esferas municipais, estaduais e nacional, para a consolidação do SUS.

3 Revisão de Literatura

Os Conselhos de Saúde na atualidade são um espaço responsável pela implementação da mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de saúde. Consoante Ieciona Carvalho (1995, p. 104):

Nada há, na história do Estado Brasileiro que se assemelhe aos Conselhos de Saúde da atualidade, seja pela representatividade social que expressam, seja pela gama de atribuições e poderes legais de que são investidos, seja pela extensão em que estão implantados por todo o País, nas três esferas governamentais.

Os Conselhos de Saúde têm como competência a definição das diretrizes para elaboração dos planos de saúde, os programas de saúde, os contratos e convênios e a aprovação da proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, nos termos do artigo 195, parágrafo 2º, da Lei Maior, observado o Princípio do Processo de Planejamento e Orçamentação Ascendentes, esculpido no artigo 36 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Cabe aos Conselhos, também, fiscalizar e controlar gastos; acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde; deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União; analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras; aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS; apoiar e promover a educação e o controle social.

O direito à saúde integral e universal do cidadão, com paradigma na soberania popular, constitucionalmente assegurada no artigo 1º, que prevê o exercício da democracia direta ou participativa, só poderá ser alcançado se os Conselhos de Saúde funcionarem com a participação efetiva da sociedade, reivindicando e fiscalizando.

Segundo Ferreira (2000, p. 208) democracia significa:

1. Governo do povo; soberania popular. 2. Doutrina ou regime político baseado nos princípios da soberania popular e da distribuição equitativa do poder” e participar quer dizer “1. informar, comunicar. 2. Ter ou tomar parte em. 3. Ter parcela em um todo.

Sendo assim, os Conselhos de Saúde têm como fulcro a democracia participativa na gestão pública.

Alhures, na lição de Gama (2006, p. 131) a democracia direta é a “forma de governo em que o povo controla diretamente a gestão da sociedade”, ou seja, é quando o poder do povo é exercido de modo mais efetivo do que na democracia indireta, que ocorre quando “o povo governa por meio dos seus representantes que elege”. Dallari (1990, p. 31) afirma que:

Primeiramente a Democracia surge como um processo de democratização, entendido como processo de aprofundamento democrático da ordem política, econômica, social e cultural. Depois, o princípio democrático recolhe as duas dimensões historicamente consideradas como antitéticas: por um lado, acolhe os mais importantes elementos da teoria democrática-representativa (órgãos representativos, eleições periódicas, pluralismo partidário, separação de poderes); por outro lado, dá guarida a algumas exigências fundamentais da teoria participativa (alargamento do princípio democrático a diferentes aspectos da vida econômica, social e cultural, incorporação de participação popular directa, reconhecimento de partidos e associações como relevantes agentes de dinamização democrática).

O ilustre doutrinador Moraes (2006, p. 131-132) leciona que:

A consagração de um Estado Democrático pretende, precipuamente, afastar a tendência humana ao autoritarismo e concentração de poder. [...] Assim, o princípio democrático exprime fundamentalmente a exigência da integral participação de todos e de cada uma das pessoas na vida política do País, a fim de garantir-se o respeito à soberania popular.

Bobbio (2002, p. 68-69) assevera:

Hoje, se se deseja apontar um indicador de desenvolvimento democrático, este não pode mais ser o número de pessoas que têm o direito de votar, mas o número de locais, diferentes dos locais políticos nos quais se exerce o direito de voto; sintética mas eficazmente: para dar um juízo sobre o Estado de democratização, num dado País, o critério não deve ser mais o de "quem" vota, mas o do "onde" se vota (e fique claro que aqui entendo o "votar" como ato típico e mais comum do participar, mas não pretendo de forma alguma limitar a participação ao voto).

Nesta esteira, a democracia implica a participação efetiva do povo na coisa pública, que pode se dar de forma direta ou indireta, sendo este um princípio fundamental da república, especialmente no que tange às ações e serviços de saúde, cuja participação da cidadania se dá por meio dos Conselhos de Saúde.

4 Desenvolvimento

Prima facie, traz à calha fazer um breve intróito sobre o histórico da participação da comunidade como diretriz constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS). Nos termos do artigo 1º, da Resolução nº 291, de 06 de maio de 1999, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), este egrégio órgão colegiado foi criado pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Era

integrado por notáveis, que auxiliavam o Ministro da Saúde na condução das políticas de saúde. De acordo com ensinamento de Carvalho (1995, p. 33) o CNS “não alcançava senão uma elite médica”, por possuir um perfil técnico. Neste sentido, Wendhausen (2002, p.108) relata o seguinte:

Em 1970 o Conselho Nacional de Saúde adquire feições de um órgão técnico, com funções normativas, legitimado pelo Estado, que tinha como fim compatibilizá-lo com o processo de privatização da saúde em andamento no País. Seus membros são indicados pelo Estado: com exceção dos representantes de outros ministérios, todos os conselheiros eram indicados pelo Ministro da Saúde (CARVALHO, 1995). Estas práticas exemplificam o fechamento do Estado sobre si mesmo e são exacerbadas após a revolução de 1964, quando se institui a ditadura militar no Brasil.

Esse cenário mudou quando surgiram movimentos sindicais e populares na área de saúde, que buscavam a denominada Reforma Sanitária, a fim de modificar a assistência à saúde, que era contributiva, centralizada e vinculada ao Ministério da Previdência.

Neste contexto, a 8ª Conferência Nacional de Saúde teve importante papel, por proporcionar a discussão e a propositura de diretrizes para a saúde, no sentido de passar a ser descentralizada e com a participação da cidadania na gestão, como meio de assegurar o direito isonômico e universal à saúde.

Arouca (1998), ícone da Reforma Sanitária, ao tratar deste processo de modificação da abordagem da saúde pública, consolidada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, relatou que:

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

Este movimento pela Reforma Sanitária teve importante influência na Assembleia Constituinte de 1987 e 1988. Segundo Gravrnski (2003, p. 35) consta a adoção do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, como base do anteprojeto da Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, pelo seu relator, o constituinte Carlos Mosconi. Preconizou o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (2006), entre outros, que:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

[...] 3. O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios:

a) referente à organização dos serviços:

- descentralização na gestão dos serviços;
- integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo;
- unidade na condução das políticas setoriais;
- regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços;
- participação da população, por meio de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde.

Nos termos da Ata da Décima Primeira Reunião da Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembleia Nacional Constituinte (BRASIL, 1987, p. 124) “dessa reforma sanitária profunda destacar-se-iam dois princípios entre vários outros: qual seja a necessidade de unificação desse sistema e a necessidade de participação da comunidade no controle do mesmo”.

Resta claro que quanto à saúde, a Carta Magna foi construída com fundamento no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o qual foi elaborado na nova lógica dos princípios da Reforma Sanitária.

Com o advento da Constituição Cidadã de 1988, a democracia participativa ficou consagrada como se lê em seu artigo 1º, inciso II e parágrafo único, ao definir a cidadania como um de seus fundamentos e que “todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”. (BRASIL, 1988).

Por sua vez, no título que trata da Ordem Social, no Capítulo da Saúde, a universalidade e a igualdade no acesso aos serviços públicos de saúde foi assegurada no artigo 196, o qual determina:

Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Já o artigo 198, da Constituição Federal assegura como diretriz do SUS a unificação do sistema de saúde; a descentralização com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a participação da comunidade, sendo que esta última consagra a democracia participativa, senão vejamos:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

Tudo isso representa o resultado do que foi pensado pelo Movimento de Reforma Sanitária e na 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual se propôs que o controle social e a descentralização política e administrativa seriam elementos importantes para garantir o direito universal e igualitário à saúde, assegurando a participação ativa da cidadania como diretriz do SUS. Ao tratar das conquistas de referido movimento, Correia (2000, p. 85) dispõe que:

O Movimento Sanitário sempre defendeu a descentralização dos serviços de saúde e a adoção da municipalização, vista como uma estratégia para democratizar o sistema nacional de saúde e como um dos princípios do SUS. Além de desburocratizar o sistema, o que gera maior resolubilidade dos problemas apresentados, a descentralização dos serviços de saúde aproxima a gestão do cidadão, podendo este cobrar e interferir mais de perto na política pública do município.

Assim, os Conselhos de Saúde representam na atualidade um instrumento relevante para viabilizar a participação da cidadania no SUS, oportunizando o exercício da democracia direta. Por sua vez, na esfera federal, foi editada a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica do SUS, que prevê atribuições para o CNS, como órgão da gestão do sistema, como se lê nos artigos 12, 26, 33 e 37, abaixo transcritos:

Art. 12 - Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos complementares e por entidades representativas da sociedade civil.

Art. 26 - Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

Art. 33 - Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde - SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

Art. 37 - O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa. (BRASIL, 1990a).

Embora a Lei Orgânica do SUS disponha sobre a Conferência e o CNS, como órgãos de gestão do SUS, ela deixou de dizer de que forma isso seria viabilizado, em face dos vetos que sofreu. Coube, então, à Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, a definição destes órgãos.

Nos incisos do artigo 1º, da supramencionada norma, preconiza que o SUS contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde como instâncias colegiadas.

Aduz, em seu parágrafo 2º, que o Conselho de Saúde possui caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo, nos termos em que se lê *in verbis*:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I - a Conferência de Saúde; e
- II - o Conselho de Saúde.

[...] §2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990b).

E não é só, pois o artigo 4º, inciso II, parágrafo único, da lei acima citada dispõe que os entes políticos deverão contar com Conselhos de Saú-

de, sob pena de ter seus recursos administrados pelo Estado, no caso dos Municípios e pela União, no caso dos Estados, *in litteris*:

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

[...] II - Conselho de Saúde [...]

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União. (BRASIL, 1990b).

Assim, a criação e o funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, de forma paritária, não é uma faculdade ou graciosidade, mas sim, uma ordem taxativa imposta pela Constituição e pela Lei nº 8.080 e nº 8.142, em homenagem à democracia participativa. Acerca do tema, Vázquez (2005) afirma:

No Brasil, a participação da população é um dos eixos principais na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) e está claramente definida dentro do marco legal da reforma do setor saúde (Constituição Federal, 1988; Leis 8.080 e 8.142, 1990; NOB's 1/91, 1/92 e 1/96). A Constituição Federal estabelece que é um direito e um dever de todo cidadão participar em todos os níveis de governo. Este novo marco legal recolhe uma concepção democrática da participação em saúde, significando a integração, em parceria com o Estado, dos diferentes setores da população na definição de políticas de saúde a serem implementadas, bem como no monitoramento de sua implementação, incluindo aspectos econômicos e financeiros.

Inequívoco externar que para cumprir sua árdua missão, os conselheiros de saúde advindos dos diversos segmentos que compõem estes órgãos colegiados têm que estar em igualdade com os representantes do governo, devendo-lhes ser proporcionado pela administração pública os meios para tanto, até mesmo porque a lei não criou distinção entre eles, não cabendo ao intérprete fazê-lo.

Importante frisar o que determina o artigo 12 da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, a qual dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências, abaixo transcritas, quanto à necessidade de apresentação de Relatório de Gestão trimestral, que deve conter, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, pelo gestor do SUS, para análise e ampla divulgação dos Conselhos de Saúde:

Art. 12. O gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao conselho de saúde correspondente e em audiência pública nas câmaras de vereadores e nas Assembleias legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada. (BRASIL, 1993).

Daí advém o dever da remessa de Relatório de Gestão trimestral ao Conselho de Saúde e da realização de audiência pública nas Câmaras de Vereadores e nas Assembleias Legislativas respectivas, para viabilizar a discussão e a divulgação das ações de saúde à população.

Vale trazer à baila o advento da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, a qual representa importante avanço no que diz respeito ao financiamento do setor de Saúde, com a vinculação orçamentária, como forma de diminuir a instabilidade no repasse dos recursos do SUS. Isto porque o artigo 77, parágrafo 3º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), ao versar sobre o financiamento do Sistema, passou a determinar que compete aos Conselhos de Saúde fiscalizar os recursos dos respectivos Fundos de Saúde:

Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

[...] § 3º - Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no Art. 74 da Constituição Federal.

§ 4º - Na ausência da lei complementar a que se refere o Art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo. (BRASIL, 1988).

Já o parágrafo quarto, acima transcrito, determina que enquanto não for regulamentado o parágrafo terceiro do artigo 198 da Constituição Federal, que define a criação da Lei Complementar, a ser reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecendo os seguintes parâmetros: percentuais, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas Federal, Estadual, Municipal e no Distrito Federal, deve-se aplicar o que dispõe o artigo 77 do ADCT.

Ressalte-se que existe o Projeto de Lei Complementar nº 01, de 2003, de autoria do ex-deputado Roberto Gouveia, tramitando no Congresso Nacional para regulamentar o artigo 198, § 3º da Magna Carta, incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. A regulamentação de referida emenda tem sido uma das principais bandeiras dos Conselhos de Saúde nos últimos anos, para que seja aprovado este projeto de lei que obrigue os entes a cumprir o percentual mínimo previsto no texto constitucional, uma vez que estes órgãos colegiados combatem as constantes tentativas de dilapidação do orçamento da saúde.

Ante a necessidade de esclarecimento conceitual e operacional do texto constitucional, de modo a lhe garantir eficácia e viabilizar sua perfeita aplicação pelos agentes públicos até a aprovação da Lei Complementar a que se refere o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal, o CNS editou a Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003, com o intuito de promover a aplicação uniforme e harmônica destes ditames constitucionais.

Outrossim, com o objetivo de acelerar e consolidar a participação da população e o controle social do SUS, por intermédio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com base na Constituição Federal e na legislação supracitada nas definições emanadas da 9ª Conferência Nacional de Saúde, o CNS editou a Resolução nº 033, de 23 de dezembro de 1992, aprovando as Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, as quais serviram como um norteador para a criação e funcionamento dos mesmos.

Já em 4 de dezembro de 2003 foi publicada a Resolução nº 333 do CNS, com fulcro nas discussões das 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal, e Municipais de Saúde, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, que revogou a Resolução acima disposta, e trouxe em seu bojo as atuais diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Mencionada Resolução estabelece os Conselhos de Saúde como uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. Determina, ainda, como diretriz, a composição paritária de 50% (cinquenta por cento) de representantes de usuários, 25% (vinte e cinco por cento) de trabalhadores de saúde e 25% (vinte e cinco por cento) de representantes do governo

e de prestadores de serviços de saúde, conveniados, ou sem fins lucrativos, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.

Acerca da questão do presidente do Conselho de Saúde ser eleito, existe uma polêmica quanto ao fato de haver Conselhos em que o presidente é nato, sendo ele o Secretário de Saúde, por se acreditar que existiria um conflito, uma vez que nesta função estaria fiscalizando e deliberando sobre sua própria gestão.

Outro aspecto favorável à eleição do presidente é que este fator representa elemento essencial para o fortalecimento da democracia, uma vez que sendo o presidente nato restaria ferido Princípio da Isonomia, constitucionalmente previsto no artigo 5º, *caput*, da Lei Maior, por se inviabilizar o igual direito de concorrer a funções num órgão que tem em seu fundamento constitucional a participação popular.

O Decreto Presidencial nº 5.839, de 11 de julho de 2006, em seu artigo 6º, definiu o processo eleitoral para o presidente do CNS, de forma inédita, consoante abaixo se lê:

Art. 6º O Presidente do CNS será eleito, entre os conselheiros titulares, em escrutínio secreto, na reunião em que tomarem posse os novos membros, votantes somente os membros titulares. (BRASIL, 2006a).

Assim, a eleição do presidente do CNS representa um avanço importante no processo de democratização e fortalecimento do controle social, que deve refletir nos conselhos de todo o País. Neste sentido, o novo Presidente do CNS, Batista Júnior (2006), afirmou que:

A eleição por si só não resolve tudo, mas, com certeza, o fim da obrigatoriedade de que a presidência do conselho esteja atrelada à gestão vai contribuir positivamente para dar mais autonomia à atuação do Conselho, aprimorando o exercício do controle social.

Desta maneira, a Resolução nº 333 se mostra favorável à eleição dos presidentes dos Conselhos de Saúde para fortalecer a independência destes órgãos colegiados. Aduz também que os conselhos devem possuir estrutura administrativa, secretaria executiva e dotação orçamentária, que deve ser gerenciada por ele próprio. Relaciona demais atribuições aos conselheiros, tais quais as de fiscalizar os serviços de saúde e as denúncias de irregularidades, entre outras.

Sendo assim, os Conselhos de Saúde são instâncias responsáveis pela proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação, fiscalização, formulação e proposição de estratégias, no controle da execução de políticas de saúde.

Neste diapasão, o Pacto pela Saúde estabelecido pela Portaria Ministerial nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, integrado pelo Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do Sus e Pacto de Gestão do SUS, contempla o pacto que deve ser firmado entre os gestores das três esferas governamentais, em especial mediante a assinatura dos Termos de Compromissos do Gestor da Saúde que representam um rol de compromissos expressos por intermédio de responsabilidades e metas que cada ente deve assumir como responsável pelas ações e serviços de saúde pública.

À luz das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, pactuadas na reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), do dia 26 de janeiro de 2006, e aprovadas na reunião do CNS, de 9 de fevereiro de 2006, as ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer este processo de participação da cidadania na gestão do SUS são as seguintes:

- a) Apoiar os Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis;
- b) Apoiar o processo de formação dos conselheiros;
- c) Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;
- d) Apoiar os processos de educação popular na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS;
- e) Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS;
- f) Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do pacto. (BRASIL, 2006d, p. 37).

Deste modo, o Pacto de Gestão assegura a participação popular com vistas ao apoio aos Conselhos e Conferências de Saúde, aos movimentos sociais, à capacitação do controle social no SUS e à implantação de ouvidorias ligadas aos Conselhos de Saúde.

No que tange à formação de conselheiros de saúde da população para participarem do Sistema Único de Saúde, o CNS editou a Resolução nº 354, de 14 de setembro de 2005, que aprova as Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do Sistema Único de Saúde (SUS).

Mencionadas diretrizes reconhecem que os processos de educação permanente para o controle social no SUS devem ter como nível de abrangência a sociedade, na qual o cidadão tem o direito de conhecer, propor, fiscalizar e contribuir para o fortalecimento do controle social no SUS, e o

aperfeiçoamento dos Conselhos de Saúde como instâncias deliberativas da política de saúde. Neste contexto, determina que sejam de responsabilidade intransferível dos próprios Conselhos de Saúde a educação permanente para o controle social no SUS de seus conselheiros.

Já na 168ª Reunião Ordinária nos dias 9, 10 e 11 de agosto de 2006, o CNS elaborou a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS) entendendo como educação permanente para o controle social os processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, oportunizando o acesso às informações e aos conhecimentos sobre o SUS para o efetivo exercício da cidadania à sociedade brasileira.

Também é de suma importância o apoio à criação e implementação das ouvidorias, uma vez que representam um instrumento para o fortalecimento da gestão participativa, por propiciar a ampliação dos canais de relação e participação da população, ao detectar as sugestões, reclamações, denúncias e elogios dos usuários do SUS.

Ademais, a ouvidoria é responsável por encaminhar as demandas reprimidas aos setores competentes, para viabilizar uma resposta ao usuário, sob pena da perda da credibilidade do serviço, bem como por dar um diagnóstico para o Conselho de Saúde, pois ao detectar as possíveis falhas do sistema, os chamados nós górdios, e fornecer esses indicadores para este órgão colegiado, contribui para a redefinição das políticas de saúde, em homenagem ao Princípio da Eficiência. O professor Speck (2006) ao discorrer sobre a atuação da ouvidoria aponta que ela funciona como:

Um braço da administração: Um canal adicional de queixa e reclamações, complementando os caminhos hierárquicos de recorrer contra decisões.

Ouvidoria-corregedoria: Um mecanismo da administração para responsabilizar funcionários e aplicar sanções administrativas.

Ouvidoria-auditoria: Avaliação da eficiência e lisura dos processos, visando a identificação de riscos e o encaminhamento de reformas.

Defensora do cidadão: Instituição com vocação para independência funcional e atuação autônoma.

Outrossim, para que haja participação efetiva da sociedade e, por consequência, o exercício da cidadania, devem existir canais de comunicação entre os usuários do SUS e a gestão, sendo que a implantação e implementação das ouvidorias vinculadas aos Conselhos de Saúde representam

um avanço no que tange à sua autonomia, como um verdadeiro instrumento de controle social.

Nas palavras do conselheiro nacional, Carajá (2006), ao tratar das diretrizes nacionais para o fortalecimento do controle social no SUS:

Entendemos que os conselhos e os atores sociais que militam no SUS, que são os trabalhadores, usuários, gestores e prestadores de serviço, têm que conhecer a realidade do sistema para garantir o fortalecimento do SUS no Brasil.

Deste modo, a participação da comunidade deve ser fomentada, mediante estes mecanismos de fortalecimento dos espaços de participação, para que os conselheiros tenham condições de desempenhar suas atividades a contento.

5 Conclusão

A República Federativa em que vivemos é um Estado Democrático de Direito, e por isso tem como fundamento que todo poder emana do povo, o qual pode ser exercido diretamente por ele ou indiretamente, de modo que a atuação da cidadania deve ser efetiva.

Neste diapasão, os Conselhos de Saúde representam um instrumento legítimo de consagração da diretriz constitucional da participação da comunidade no SUS, como uma conquista advinda das mobilizações sociais ocorridas durante a ditadura militar e no início da democracia, assegurada em nossa Constituição de 1988 e demais normas infraconstitucionais.

A participação de representantes da sociedade civil organizada, dos trabalhadores de saúde, dos prestadores de serviços de saúde e do governo na gestão do SUS marca um avanço importante no processo de democratização e fortalecimento do controle social.

Esses espaços democráticos de gestão foram conquistados pela sociedade e precisam ser fortalecidos para permitir a participação efetiva do cidadão na formulação, monitoramento e fiscalização da execução das políticas de saúde, em especial por meio do apoio aos Conselhos de Saúde; às Conferências de Saúde; aos movimentos sociais; aos mecanismos de educação permanente de conselheiros e agentes sociais e da implantação de ouvidorias, para que os conselheiros tenham condições técnicas de exercer suas funções de relevância pública, com eficiência.

Ex expositis, a construção de uma gestão participativa, na qual a cidadania exerce um papel ativo no SUS, é um avanço social e tem como

pressuposto a participação da população e o apoio institucional aos instrumentos de fortalecimento do controle social, sendo toda a sociedade responsável pela concretização desta conquista.

Referências

AROUCA, Sérgio. *Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. Disponível em: <<http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 12 dez. 2006.

BATISTA JÚNIOR, Francisco. *Conselho Nacional de Saúde elege presidente pela primeira vez*. Brasília, [2006]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2006/novopresidente.htm>. Acesso em: 11 dez. 2006.

BOBBIO, Norberto. *O futuro da democracia*. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte. *Diário da Assembleia Nacional Constituinte*. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1987.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jul. 2006a.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jul. 1993.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde*. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 dez. 2003.

_____. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília, 2006d.

CARAJÁ, Eni. *Conselhos de saúde discutem diretrizes nacionais para o controle social no SUS*. Aracaju: 2006. Disponível em: <<http://www.saude.se.gov.br>>. Acesso em: 18 nov. 2006.

CARVALHO, Antônio Ivo. *Conselhos de saúde no Brasil: participação e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. *Relatório final...* Brasília: CNS, 2006. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 29 nov. 2006.

CORREIA, Valéria Costa. *Que controle social?: os conselhos de saúde como instrumentos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DALLARI, Dalmo de Abreu. *O renascer do direito*. São Paulo: Saraiva, 1990.

FERREIRA, Buarque de Holanda. *Miniaurélio século XXI: o minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

GAMA, Ricardo Rodrigues. *Dicionário básico jurídico*. Campinas: Russell, 2006.

GAVRONSKI, Alexandre Amaral. 2003. *A participação da comunidade como diretriz do SUS: democracia participativa e controle social*. Monografia (Especialização em Direito Sanitário à distância)–Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, 2003.

GONÇALVES, Maria de Lourdes; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. Construindo o controle social e a cidadania em uma experiência concreta: o conselho municipal de saúde de Ribeirão Preto (SP). *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, 2002.

MORAES, Alexandre de. *Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional*. São Paulo: Atlas, 2006.

SPECK, Bruno Wilhelm. *O papel das ouvidorias na avaliação das ações e serviços de saúde*. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/ouvforum/files/Bruno%20Wilhelm%20Speck.ppt>>. Acesso em: 18 nov. 2006.

VAZQUEZ, Maria Luíza. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do nordeste do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, n.10, p. 141-155, set./dez. 2005. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 14 nov. 2006.

WENDHAUSEN, Âgueda. *O duplo sentido do controle social: (des)caminhos da participação em saúde*. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2002.



INSTRUÇÕES AOS COLABORADORES

- 1 - Saúde e Direitos Humanos aceitam trabalhos inéditos para publicação. Os trabalhos deverão ser de interesse teórico e prático e situar-se no campo dos Direitos Humanos e Saúde;
- 2 - todos os artigos terão sua publicação condicionada a pareceres dos membros do Conselho Editorial. Eventuais sugestões de modificações serão previamente acordadas com o autor;
- 3 - todos os trabalhos devem ser enviados dentro dos seguintes critérios: 10 laudas (1 lauda tem 1.400 caracteres com espaço), fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaçamento 1,5;
- 4 - todos os artigos deverão ter resumo com o máximo de 700 caracteres (120 palavras), incluindo palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho;
- 5 - os limites estabelecidos para os trabalhos podem ser excedidos, em casos excepcionais, a critério da editoria;
- 6 - do encaminhamento do artigo deveram constar o nome completo do(os) autor(es), endereço, *e-mail*, filiação institucional e titulação;
- 7 - ao título, seguir-se-á o nome do autor, ou dos autores, com indicação da instituição de pertencimento do autor principal;
- 8 - em rodapé, menção e auxílios ou quaisquer outros dados relativos à produção do artigo e seus autores. Artigos resultados de pesquisa com financiamento, citar a(s) agência(s) financiadora(s);
- 9 - os artigos de opinião (textos referentes a trabalhos publicados na revista ou de interesse nacional e internacional) serão submetidos ao conselho editorial para a publicação. Devem conter cinco laudas;
- 10 - os artigos poderão ser aceitos em inglês, francês ou espanhol. Preferivelmente, porém, em português;
- 11 - todos os trabalhos deverão apresentar declaração do articulista principal de que o texto não contém "conflito de interesses";

12 - os artigos deverão ser apresentados impressos (duas vias) e em disquete (programa *Word for Windows*).

As referências bibliográficas devem ser apresentadas em ordem alfabética ao final dos artigos, obedecendo aos critérios estabelecidos pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Os exemplos aqui utilizados foram retirados da NBR 6023/2002, que contém as definições necessárias para publicações periódicas. A veracidade das informações contidas na lista de referência é de responsabilidade dos autores.

Autor pessoal

MACHADO, C. R.; PRADO, V. F. PENA, S. D. J. Aspectos genéticos do envelhecimento. In: PETROIANU, A.; PIMENTA, L. G. (Ed.). *Clínica e cirurgia geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1999. p. 42-27.

Mais de três autores

HESS, Geraldo et al. *Engenharia econômica*. 4. ed. ver. e ampl. Rio de Janeiro: Fórum, 1974.

Ou quando a menção dos nomes for indispensável para indicar autoria:

DIAS NETO, E.; STEINDEL, M.; PASSOS, L. K. F.; SOUZA, C. P.; ROLLINSON, D.; KATZ, N.; ROMANHA, A. J. G. The use of RAPDs for the study of genetic diversity of *Schistosoma* and *Trypanosoma cruzi*. In: PENA, S. D. J. et al (Ed.). *DNA Fingerprinting: state of the science*. Birkhäuser Verlag, 1993. p. 331-338.

Autor desconhecido

CATECISMO da Igreja católica. São Paulo: Vozes, 1993.

Entidade como autor

ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE OF GREAT BRITAN AND IRELAND.

Guia prático de antropologia. Preparado por uma comissão do Real Instituto de Antropologia da Grã-Bretanha e da Irlanda. Tradução de Octavio Mendes Cajado. São Paulo: Cultrix, 1971. 431 p. Título original: *Notes and queries on anthropology*. Bibliografia: p.417-431

Como um todo

NAGEL, Thomas S. RICHMAN, Paul T. *Ensino para competência*. 7. ed. Porto Alegre: Globo, 1983.

Parte de monografia

AMABIS, José Mariano; MARTHO, Gilberto Rodrigues; MIZUGUCHI, Yoshito.

Os seres vivos. 2. ed. In: _____. *Biologia*. São Paulo: Moderna, 1978-1979. v. 2.

Publicação periódica como um todo

GEOLOGIA E METALURGIA. São Paulo: Centro Moraes Rego, 1945-1978.

Artigo e/ou matéria de revista, boletim, etc.

ALABY, Michel Abdo. Direito comunitário do Mercosul. *Cadernos de Direito Constitucional e Ciência Política*, São Paulo, v. 5, n. 18, p. 238-240, jan./mar. 1997.

Partes de revistas, boletim etc. (volumes, fascículos, números especiais e suplementos, sem títulos próprios)

BRASÍLIA 40 ANOS: uma história que continua sendo escrita.

Brasília, DF: Correio Braziliense, 21 abr. 2000. 151p. Edição especial

Matéria de jornal

COUTINHO, Sônia. O diário que Graciliano Ramos (não) escreveu. *O Globo*, Rio de Janeiro, 12 set. 1981. Caderno B, p. 9.

Evento como um todo: (atas, anais, resultados, proceedings, dentre outros).

BIENNALE ITALO-LATINO AMERICANA DI TECNICHE GRAFICHE,

1., 1979, Roma. *Anais...* Roma: Instituto Ital Latino Americano, 1979.

Trabalho apresentado em evento (parte do evento)

SANTOS, Maria Irene Ramalho de Sousa. A história, o vagabundo e a armadilha da ficção. In: **CONGRESSO ABRALIC, 3.**, 1992, Niterói. *Anais...* São Paulo: Edusp: Abralic, 1995. p. 317-328.

Documentos Jurídicos:

Legislação

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil).
Câmara de Educação Superior. Resolução nº 11. Diário
Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001.
Seção 1, p. 12-13.

Jurisprudência (decisões judiciais, súmulas,
enunciados, acórdãos, sentenças)

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Exceção de sus-
peição de Ministro. Arguição de suspeição nº 10. Ednardo
Silva de Araújo e Exmo. Sr. Ministro Aldir Passarinho. Rela-
tor: Ministro Moreira Alves. 26 de fevereiro de 1986. *Revista
Trimestral de Jurisprudência*, Brasília, DF, v. 117, p. 457-458,
ago. 1986.

Em meio eletrônico:

Monografia

WINTER, Robert. *Multimedia Stravisnsky: na illustrated,
interactive musical exploration*. [S.l.]: Microsoft Corporation,
c. 1993. 1 CD-ROM. Windows 3.1 ou posterior.

Artigo e/ou material de revista, boletim etc.

MISSELS, Gilson Wesseler. O princípio da ampla defesa e o
procedimento de apuração das infrações contra a ordem econômi-
ca. *Revista de Direito Econômico Internacional*, Florianópolis, n. 4,
out. 1998. Disponível em: <<http://www.ccj.ufsc.br/~rdei4/michels.html>>. Acesso em: 21 dez. 2000.

Matéria de jornal

A NANTES, la nuit unique pénètre les jardins intimes de l'art de
la politique. *Le Monde*, Paris, 16 fév. 2003. Disponível em: <[http://
www.lemonde.fr/article/0,5987,3246--309457-,00.html](http://www.lemonde.fr/article/0,5987,3246--309457-,00.html)>. Acesso
em: 16 fev. 2003.

Evento como um todo

CONGRESSO BRASILEIRO DE ECONOMIA E SOCIOLOGIA RURAL,
37., 1999. Foz do Iguaçu. *Anais...* Brasília, DF: SOBER, 1999. 1 CD-ROM.
Windows 95, 98 ou NT.

Trabalho apresentado em evento

DAHL, Gustavo. A re-politização do cinema brasileiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CINEMA, 3., 2000, Porto Alegre. *Artigos*. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://www.congressocinema.com.br/sumulas/stj39.html>>. Acesso em: 24 abr. 2001

Jurisprudência

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula nº 39. Prescreve em vinte anos a ação para haver indenização por responsabilidade civil, de sociedade de economia mista. Disponível em: <<http://www.jurinforma.com.br/sumulas/stj39.html>>. Acesso em: 24 abr. 2001.

Legislação

BRASIL. Lei nº 9.995, de 25 de julho de 2000. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária de 2001 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 de jul. 2000. Disponível em <<http://www.jurinforma.com.br/sumulas/stj39.html>>.

Acesso em: 24 abr. 2001



ASSINATURAS

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Estado: _____ Cep: _____

País: _____ *E-mail:* _____

Tel.: _____ Fax: _____

Instruções aos colaboradores:

1. A revista aceita trabalhos inéditos para publicação. Os trabalhos deverão ser de interesse teórico e prático e situar-se no campo dos Direitos Humanos e Saúde.
2. Todos os artigos terão a sua publicação condicionada a pareceres dos membros do Conselho Editorial. Eventuais sugestões de modificações serão previamente acordadas com o autor.
3. Os limites estabelecidos para os trabalhos podem ser excedidos, em casos excepcionais, a critério da editoria.
4. Todos os trabalhos devem ser enviados dentro dos seguintes critérios: cinco laudas (12 mil caracteres, incluindo espaços), fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaçamento 1,5.
5. Ao título seguir-se-á o nome do autor, ou dos autores, com indicação da instituição de pertencimento do autor principal. Em rodapé, menção e auxílios ou quaisquer outros dados relativos à produção do artigo e seus autores.
6. Os artigos serão publicados em português, inglês, francês ou espanhol (preferivelmente, porém, em português).
7. Todos os trabalhos deverão apresentar declaração do articulista principal de que o seu texto não tem "conflito de interesses".
8. Todos os artigos deverão ter resumo com o máximo de 700 caracteres (120 palavras), incluindo palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho.
9. Referências (normas do Ministério da Saúde).

Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde
Helena Besserman

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ Fiocruz/ Ministério da Saúde
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo, Sala N, Manguinhos
Cep: 21041-210 - Rio de Janeiro/RJ
Tel.: (21) 2598-2899; Fax: (21) 2270-2618
E-mail: revista.saudedh@ensp.fiocruz.br



EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>
Brasília – DF, outubro de 2009
OS 2009/0402