

Pode a Vigilância em Saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise

Can Health Surveillance be emancipatory? An alternative way of thinking about alternatives in times of crisis

Marcelo Firpo de Souza Porto ¹

Abstract *This article in essay form is an invitation to reflect upon the emancipatory character of health surveillance, a debate that was interrupted in the 1990s. In these times of grave political and institutional crisis in Brazil and in the year of the first National Conference on Health Surveillance (1ª CNVS, acronym in Portuguese), it is particularly appropriate to revive the critical theoretical and epistemological discussions that have grounded the trajectory of Latin American social medicine and public health over the last 40 years. To this end, I draw on aspects of critical thinking on modernity devised by the Portuguese sociologist Boaventura de Sousa Santos, who postulates three pillars of domination: capitalism, colonialism (or coloniality), and patriarchy. In the current context of a crisis of civilization, rethinking emancipation requires us to refresh our understanding of the meaning of social struggles in terms of their relationship with the knowledges and epistemologies undermined by modern civilization and still present in the Global South, whether in spaces occupied by indigenous peoples and poor farmers or in urban peripheries.*

Key words *Health Surveillance, Crisis of civilization, Modernity, Coloniality, and epistemologies of the South*

Resumo *Este artigo, na forma de ensaio, é um convite à reflexão sobre o caráter emancipatório da vigilância em/da saúde, um debate interrompido na década de 1990. Em tempos de grave crise política e institucional no Brasil e no ano da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS), é estratégico renovar as discussões teóricas e epistemológicas críticas que fundamentaram a trajetória da medicina social latino-americana e da saúde coletiva nos últimos 40 anos. Para isso, baseamo-nos nos pensamentos críticos da modernidade que articulam o capitalismo, o colonialismo (ou a colonialidade) e o patriarcalismo como os três pilares da dominação, segundo o sociólogo português Boaventura de Sousa Santos. Em um contexto de crise civilizatória, repensar a emancipação significa atualizar o significado das lutas sociais em seu relacionamento com o conhecimento e as epistemologias desprezadas pela civilização moderna e ainda presentes no Sul Global, seja nos espaços indígenas e camponeses ou nas periferias urbanas.*

Palavras-chave *Vigilância em Saúde, Crise civilizatória, Modernidade, Colonialidade e epistemologias do sul*

¹ Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. marcelo.firpo@ensp.fiocruz.br

Introdução: para refletir sobre a vigilância e seu potencial emancipatório

A reflexão proposta por este artigo, em forma de ensaio, se orienta a partir de uma questão chave: em que medida podemos pensar a vigilância em seu caráter emancipatório, bem como seus limites e desafios nos tempos atuais? Nossa tentativa de contribuir para esse debate se baseia em mais de 40 anos de experiências do autor no campo da Saúde Coletiva (SC) em pesquisa, formação e construção de políticas no âmbito do SUS, basicamente nas áreas de saúde do trabalhador, de saúde e ambiente, e de promoção da saúde envolvendo trabalhos colaborativos e de pesquisa-ação com inúmeros grupos sociais vulnerabilizados nas cidades, campos e florestas.

Ao longo do artigo buscamos trilhar quatro discussões que se entrelaçam. Inicialmente sintetizamos os elementos que marcam o contexto atual da crise política e institucional apontados pelo documento orientador da 1ª CNVS¹. O documento apresenta seríssimos desafios para as políticas e ações de vigilância em contexto de retrocessos que rompem com pactos estabelecidos pela Constituição Cidadã de 1988 e com os avanços, ainda que limitados e contraditórios, de quatro gestões do governo do PT, encerrado com o impeachment da Presidenta Dilma Roussef.

Num segundo momento resgatamos a discussão em torno da vigilância da saúde iniciado nos anos 80 e 90, impulsionado pela Medicina Social latino-americana (MSLA) e, no Brasil, pela Reforma Sanitária e autores da Saúde Coletiva (SC). Nossa intenção é retomar um debate interrompido entre uma vertente mais ampla e emancipatória afinada com os princípios da determinação social da saúde, chamada de vigilância da saúde²; e outra concepção mais restrita que veio a ser denominada como vigilância em saúde, de caráter mais operacional e voltada ao controle de agravos, tornada hegemônica na organização do Ministério da Saúde e do SUS.

Como veremos, a concepção contra-hegemônica permanece até os dias de hoje com alguma vitalidade no campo acadêmico da SC, bem como por meio de experiências locais porém instáveis e descontínuas. Elas navegam por entre espaços político-institucionais de eleições e coalisões favoráveis à sua implementação, num frágil limiar entre o instituinte e o instituído. Mesmo no âmbito federal ao longo da gestão do PT, jamais a discussão da vigilância da saúde foi retomada, ou foram criados esforços mais sólidos, sistêmicos e sistemáticos para apoiar as experiências inovado-

ras próximas a uma concepção de vigilância da saúde.

Na terceira parte do artigo buscamos novos referenciais para discutir limites e possibilidades da vigilância para além de uma abordagem crítica pautada na economia política, na análise do desenvolvimento das forças capitalistas recentes no país, na conformação do Estado e das classes sociais que forjam contradições, avanços ou retrocessos das lutas sociais e conquistas democráticas. Sem negar tal leitura, marcante na história da MSLA e em diversos intelectuais envolvidos na reforma sanitária brasileira, bem como no documento orientador da 1ª CNVS, apresentamos outro referencial ainda pouco explorado pela SC. Baseamos-nos em autores que discutem a temática da modernidade, colonialidade e pós-colonialismo, principalmente o sociólogo português Boaventura de Sousa Santos. Para este autor, é necessário construir um *pensamento alternativo das alternativas*³ que possibilite repensar o papel das utopias e das lutas sociais emancipatórias em tempos de expansão do capitalismo globalizado, com inúmeras crises que se agravam nos vários continentes, como a da democracia, da violência e a ecológica.

Esse pensamento alternativo reflete uma crítica mais ampla à modernidade eurocêntrica e ocidental enquanto projeto civilizatório universal. As lutas sociais emancipatórias são vistas para além da luta de classes e dos processos de emancipação-regulação da modernidade. Trata-se de incorporar outras visões, experiências e conhecimentos provenientes das lutas sociais do chamado Sul Global. Ou seja, dos espaços, povos, culturas e saberes que foram e continuam a ser radicalmente excluídos e invisibilizados ao longo de séculos de dominação colonial, capitalista e patriarcal que ainda não terminaram, já que se renovam e se articulam de diversas formas em tempos de globalização neoliberal.

Por fim, encerramos o artigo refletindo brevemente sobre a questão inicial – em que medida a vigilância pode ser emancipatória – a partir das discussões apontadas anteriormente, levantando desafios e alguns caminhos possíveis para a vigilância.

A 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde em contexto de crise

O tema da 1ª CNVS é “Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS Público de Qualidade”. O documento orientador¹ aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, faz uma

extensa análise da atual conjuntura brasileira. O eixo principal do documento é *Política Nacional de Vigilância em Saúde e o Fortalecimento do SUS como Direito à Proteção e Promoção da Saúde do Povo Brasileiro*. Em seguida são discutidos quatro subeixos estratégicos: (i) o lugar da vigilância no SUS; (ii) responsabilidades do estado e dos governos; (iii) saberes, práticas, processos de trabalhos e tecnologias na vigilância; (iv) vigilância em saúde participativa e democrática para enfrentamento das iniquidades em saúde.

Ao analisar o quadro atual, o documento descreve uma situação bastante complicada no país e no mundo. Por exemplo, afirma que, após a crise global do sistema financeiro em 2007-2008, paradoxalmente está em marcha um movimento neoliberal ainda mais ortodoxo que drena recursos da produção e de políticas sociais redistributivas através de políticas de austeridade fiscal, penalizando, desta forma, as classes médias e as classes populares em vez dos mais ricos cada vez mais ricos. Com o *impeachment* de 2016, rompe-se com o conflitivo e frágil pacto social em torno da “constituição cidadã” de 1988. A solução neoliberal (ou ultraliberal) em curso imposta por um governo não eleito enfrenta a crise econômica por meio do retrocesso das políticas de inclusão social e participação democrática, mesmo que limitadas após 13 anos de governo do PT. As propostas de Emendas à Constituição Federal em curso, como as reformas previdenciária e trabalhista, são avaliadas como sérias ameaças à cidadania, à democracia e aos direitos humanos.

Trata-se, em verdade, de um processo de radicalização de um conservadorismo existente no país e intensificado ao longo do governo Dilma Rousseff, principalmente desde 2014, que terminou por romper com a base da democracia representativa, e por isso foi denominado de golpe. Tal processo visa quebrar conquistas expressas em políticas públicas inclusivas em campos como a educação, o meio ambiente, a saúde, a seguridade social, o direito à terra, o acesso ao trabalho decente, a renda familiar, a agricultura familiar, a segurança alimentar e nutricional, a segurança pública cidadã, bem como o reconhecimento dos direitos de populações discriminadas e vulneráveis como os indígenas, os quilombolas, os camponeses, os negros, os favelados, as mulheres e a comunidade LGBT.

Um palco privilegiado desse retrocesso tem sido o Congresso Nacional por meio das bancadas vinculadas aos interesses do agronegócio, da mineração, das empreiteiras e construção civil, de grupos religiosos conservadores, da indústria de

armamentos, dentre outros. Além do Congresso, vários setores do judiciário e do próprio executivo, com enorme apoio da mídia hegemônica, têm sustentado as medidas excludentes e antidemocráticas que fragilizam direitos fundamentais e a defesa dos bens públicos e comuns. Também complica-se a questão urbana e do saneamento básico: o tema da cidade democrática, sustentável e saudável é considerado estratégico, dado o peso da população urbana no Brasil. Além da falta de saneamento nas periferias que marcam as desigualdades socioespaciais das cidades brasileiras, e que estão na base dos surtos de dengue, zika e chikungunya com graves impactos epidemiológicos, o documento destaca a tendência de agravamento de outros problemas socioambientais como a poluição, a crise hídrica e os desastres, sejam eles os decorrentes de eventos climáticos ou os de origem industrial, como a emblemática tragédia crime da mineradora Samarco em Minas Gerais ocorrida em novembro de 2015. A questão da produção de alimentos, a concentração fundiária pelo agronegócio, a contaminação por agrotóxicos e a obesidade são também apontados como grandes desafios.

O documento reconhece que não é novo o problema estrutural do país que reforça a concentração de renda e poder, as desigualdades socioespaciais e a degradação ambiental. Ele está ligado ao modelo capitalista em curso no Brasil e no conjunto da América Latina, assente em uma economia extrativista que se transformou numa encruzilhada: ao exportar *commodities* minerais e agrícolas produziu superávites primários com a redução da dívida externa, possibilitando certas políticas sociais redistributivas e a manutenção do frágil pacto social mencionado. Ao mesmo tempo, reforçou o poder político de grupos conservadores, a concentração fundiária, a riqueza dos mais ricos e o rentismo, a degradação da natureza e os conflitos de terra com indígenas, quilombolas e camponeses. Como esperado em países exportadores de *commodities*, a crise no mercado internacional e a retração do crescimento da China acabaram por produzir importantes efeitos econômicos e políticos.

Enfim, trata-se de um quadro sombrio e com poucas esperanças para avanços na proposição de uma vigilância universal, integrada, participativa e territorial. Diante disso, como pensar as bases de uma política nacional a ser discutida na 1ª CNVS? Como aproximar a vigilância do conjunto da sociedade, de forma integrada aos territórios e às lutas por democracia, direitos e saúde? Como interpretar o contexto e os desafios que a

atual crise colocam para a construção da vigilância? Enfim, é possível pensar numa vigilância emancipatória?

Não pretendo propriamente responder questões tão complexas, mas principalmente levantar alternativas de como pensá-las com referenciais até o momento pouco trabalhados pela SC, lançando mão de algumas ideias do pensamento crítico pós-colonial ou decolonial e as propostas de Boaventura de Sousa Santos. Nossa aposta é que elas podem nos ajudar a renovar formas de compreender e avançar em proposições emancipatórias no campo da saúde coletiva e, mais especificamente, no debate sobre a vigilância.

Porém, antes de entrar nas bases desse pensamento alternativo, faremos um breve resgate da construção do campo da vigilância para mostrar tensões e impasses que permaneceram ao longo da SC e da implementação do SUS.

Vigilância em ou da Saúde: um debate interrompido

É curioso que uma área tão estratégica para a saúde pública e coletiva como a vigilância tenha permanecido sem um aprofundamento teórico e político por tanto tempo no âmbito da SC, pelo menos em relação a outras áreas. Trata-se de uma questão relevante, já que historicamente a vigilância pode ser considerada como a área da saúde pública/coletiva que atua diretamente sobre os determinantes socioambientais da saúde e o modelo de desenvolvimento, tão discutidos no documento orientador. Passadas aproximadamente três décadas do fim do governo militar, da Constituição Cidadã de 1988 e do próprio SUS, e apesar de vários avanços operacionais, o campo da vigilância continua sem uma política e sem definições claras, principalmente no âmbito municipal local.

De acordo com a Portaria 3.252 de 2009 do MS, a vigilância em saúde engloba um conjunto de subáreas e setores, desde as tradicionais vigilâncias epidemiológica e sanitária, até outras áreas – saúde dos trabalhadores, saúde ambiental, promoção da saúde e análise de situações de saúde – que refletem tanto o desenvolvimento da *Nova Saúde Pública*⁴ como práticas inovadoras do SUS. Tais áreas são centrais por incidirem nos riscos e vulnerabilidades relacionadas ao modelo de desenvolvimento econômico do país. De acordo com Sabroza⁵, tal modelo é responsável pelas desigualdades sociais e regionais do País, resultando num tipo de transição epidemiológica bastante fora dos padrões dos países centrais, o que

tornou a desigualdade uma categoria central na epidemiologia latino-americana, adjetivada então de social.

Nos anos 1980 e 1990 a MSLA realizou discussões sobre os possíveis avanços no planejamento e organização de sistemas e serviços de saúde, sendo um dos principais autores o argentino Pedro Luiz Castellanos⁶, que enfatizou a importância da análise dos processos saúde-doença e das condições de vida das populações para enfrentar as desigualdades sociais.

Esta discussão frutifica no Brasil em consonância com os debates sobre a reforma sanitária e a construção do SUS desde o início dos anos 1990⁷, e possui como marco o texto seminal de Carmem Teixeira, Jairnilson Paim e Ana Luiza intitulado “*SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde*”². O texto sistematiza as principais diferenças entre os dois modelos hegemônicos, o médico-assistencialista e o sanitário, e a proposta emergente da vigilância da saúde a ser construída no SUS. Ela teria por objeto os danos, os riscos e as necessidades de saúde, as condições de vida e trabalho, incorporando meios de trabalho baseados na comunicação, no planejamento e programação local e situacional, assim como nas novas tecnologias médico-sanitárias. As formas de organização do modelo proposto previam ações intersetoriais, políticas públicas saudáveis e operações sobre problemas de saúde e grupos populacionais específicos. Enfim, uma proposta afinada com o espírito da saúde coletiva, ainda que pessem limitações como a convivência acrítica entre os saberes biomédicos especializados com os saberes populares e as lutas sociais na definição das necessidades e prioridades de saúde.

A proposta da vigilância da saúde refletia uma disputa existente nos Congressos de Epidemiologia já naquela época entre duas vertentes da vigilância^{5,7}.

(i) Uma mais restrita, de caráter operacional e voltada ao controle de agravos específicos com a incorporação de algumas técnicas modernas da Saúde Pública, e que mais tarde veio a se consolidar como vigilância em saúde. Tal vertente assumiu a hegemonia institucional na organização do MS e do SUS. Ainda que tenha incorporado avanços conceituais e metodológicos presentes em experiências inovadoras, jamais conseguiu materializar uma reorganização mais ampla do conjunto das ações e serviços de atenção, principalmente no nível local;

(ii) Outra vertente ampliada, ancorada na proposta de vigilância da saúde, parte dos princípios da Saúde Coletiva e da Reforma Sanitária

para pensar o setor saúde como promotor de políticas estratégicas de transformação social e enfrentamento das desigualdades sociais, intervindo sobre os determinantes sociais ou socioambientais. A proposta parte dos conhecimentos da epidemiologia e das ciências sociais em saúde para priorizar e enfrentar problemas em territórios e grupos populacionais delimitados, com ênfase em ações intersetoriais e setoriais de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, bem como na reorganização da assistência médico-ambulatorial e hospitalar em articulação com as necessidades de saúde. Possui nas vigilâncias em saúde do trabalhador e saúde ambiental, bem como ações de promoção da saúde, um locus privilegiado de experimentação.

A disputa entre as vertentes restrita (hegemônica) e a ampliada de vigilância continua até o presente, muitas vezes na forma de paradoxo, contradições e silenciamentos nas negociações que definiram a(s) vigilância(s) e seus setores ou, se preferirmos, seus “bunkers” especializados. Permanecem lacunas não só entre as promessas de se enfrentar os determinantes socioambientais em saúde, como na gestão e autonomia no nível territorial e local enquanto estratégico para a efetivação do SUS em seu deslocamento para um modelo que superaria as vertentes assistencialista e sanitarista. A questão territorial local inclui questões vitais para o enfrentamento das desigualdades sociais para além da eficiência tecnoburocrática das instituições reguladoras e fiscalizadoras, como a democracia e a participação social/comunitária onde vivem e trabalham pessoas de corpo e alma.

Em linhas gerais, podemos dizer que as concepções ampliadas de vigilância permanecem com certa força principalmente no âmbito acadêmico, com algumas experiências periféricas e descontinuadas dentro do SUS em realidades regionais e locais propícias, caso das ações de governos mais progressistas e profissionais engajados. Tais experiências contra-hegemônicas ocorrem desde os primórdios do SUS como práticas sociais com avanços conceituais e metodológicos importantes que buscam cruzar as fronteiras entre o instituinte e o instituído, sendo experiências instáveis, descontínuas e periféricas à estrutura organizacional do SUS. Dentre os temas, conceitos e métodos incorporados nesse processo destacamos: território e territorialização, incluindo ferramentas do geoprocessamento para a análise socioespacial de problemas de saúde⁸; complexidade e vulnerabilidade que contribuem para pensar as diferentes escalas espaciais e temporais

na compreensão e modelagem de problemas⁹⁻¹¹; as interfaces entre as ciências ambientais e do risco, e mais recentemente da ecologia política em contextos socioambientais de maior vulnerabilidade e injustiça¹²; o enfoque ecossistêmico em saúde como alternativa teórico-metodológica transdisciplinar para a intervenção no âmbito comunitário¹³.

Experiências inovadoras no âmbito local frequentemente se apoiaram na articulação entre grupos acadêmicos, o SUS e setores da sociedade, incluindo movimentos sociais, com profissionais engajados da saúde conquistando ou mantendo espaços para implementá-las. No nível local as ações de vigilância tendem a diluir as fronteiras fragmentadoras entre as clássicas vigilâncias epidemiológica e sanitária com as de saúde dos trabalhadores e saúde ambiental, o que contribuiu tanto para integrar como para complexificar e limitar as ações. Apesar disso, em que pese contribuições específicas, jamais houve um processo de reflexão teórica mais abrangente e uma consolidação dessas experiências no âmbito federal do SUS, que estancaram na proposta seminal da vigilância da saúde².

Por exemplo, entre 2009 e 2011 chegou a ser desenvolvida uma proposta de vigilância e promoção da saúde em territórios específicos financiada pelo Ministério da Saúde a partir de um projeto de capacitação docente organizado pela Rede de Escolas de Saúde Pública e realizado pela ENSP/Fiocruz. A proposta resgatava e atualizava os debates da vigilância da saúde, tendo por eixo a análise das condições de vida, saúde e seus determinantes socioambientais, bem como o desenvolvimento de ações integradas de prevenção e promoção com forte componente participativo e comunicacional com atores locais, incluindo uma agenda pactuada de problemas de saúde prioritários¹⁴. Negociada no final da segunda gestão do governo Lula, a proposta não teve continuidade na gestão Dilma Roussef. Ao mesmo tempo, reforçava-se no governo federal a concepção de uma vigilância em saúde pautada pela inserção do Brasil na rede global de vigilância num contexto de globalização e crescente preocupação com a segurança frente à emergência de novas doenças, difusão de riscos de pandemias, bioterrorismo e possibilidade de catástrofes¹⁴.

As dificuldades de avanços aparecem mesmo em áreas com políticas em tese melhor definidas. É o caso da promoção da saúde, cuja política nacional foi publicada inicialmente em 2006. Vários autores^{15,16} identificam um profundo fosso entre o que preconiza a Política e a realidade das práti-

cas institucionais hierarquizadas e centralizadas, em contextos de fortes desigualdades socioespaciais. As críticas indicam uma ausência sistemática de escuta das necessidades e interesses das pessoas e comunidades justamente as mais vulneráveis e que têm seus direitos fundamentais não garantidos e invisibilizados. Mesmo com diversos avanços na atenção básica, o diagnóstico aponta os limites do modelo biomédico e produtivista na organização de um sistema de saúde verticalizado e pouco dialógico, o que impossibilita avanços inovadores na participação social, no exercício da cidadania e no trabalho em redes com a sociedade.

Como refletir as lacunas de políticas, conhecimentos e práticas, suas contradições e paradoxos que permanecem ao longo quase 40 anos de ABRASCO e 30 de SUS? Como resgatar o sentido de emancipação nos dias atuais e aproximar a vigilância das lutas e transformações sociais mais candentes de nosso tempo?

Um pensamento alternativo para pensar alternativas: pós-colonialismo, colonialidade e epistemologias do Sul

Para refletir sobre as questões anteriores, lançamos mão dos trabalhos de intelectuais e ativistas políticos que atuam nas últimas décadas na Ásia, África e América Latina. Eles compreendem a globalização econômica hegemônica a partir da crítica do capitalismo em articulação com processos coloniais e patriarcais que, ao longo dos séculos, sempre estiveram presentes nas clivagens não somente econômicas e sociais, mas epistemológicas e culturais.

Trata-se, em realidade, de uma vasta produção intelectual com inúmeros autores e correntes^{17,18}. Na Ásia e África surgem os estudos pós-coloniais e subalternos no campo da filosofia, literatura e cultura com nomes como o palestino Edward Said, o indiano Homi Bhabha e Frantz Fanon, nascido na Martinica, mas que atuou na independência da Argélia e influenciou no Brasil Paulo Freire. Mais próximos e recentes, na América Latina o programa de pesquisa denominado modernidade/colonialidade reúne, principalmente com a virada do século XXI, autores como o venezuelano Edgardo Lander, o peruano Aníbal Quijano, o argentino Walter Dignolo, o colombiano Arturo Escobar e o argentino radicado no México Enrique Dussel, dentre inúmeros outros. As origens desse grupo remontam a importantes autores do pensamento latino-americano crítico ligados à teologia e à filosofia da libertação, à bus-

ca de uma ciência social autônoma e anti-imperialista, além de teóricos da dependência, como Orlando Fals-Borda, Rodolfo Kutsch, Pablo González Casanova, Paulo Freire e Darcy Ribeiro.

Para Arturo Escobar¹⁷, alguns elementos sintetizam a posição dos autores que apostam numa leitura não eurocêntrica para repensar o mundo e suas possibilidades emancipatórias. A seguir, destaco de forma resumida algumas dessas características^{3,17-21}.

- Uma visão crítica acerca da modernidade e da globalização enquanto um fenômeno histórico, sociológico, cultural e filosófico universal e totalizante. O projeto moderno é visto como eurocêntrico, uma visão particular de mundo no qual concepções de sociedade, natureza e progresso negam, desqualificam e invisibilizam outras visões. O sujeitos não modernos são considerados sub-humanos a serem subalternizados, explorados e subordinados ao centro capitalista e colonial. A tarefa central, portanto, é desconstruir e descolonizar tais pressupostos e reconstruir novas racionalidades e imaginários a partir da presença dos sujeitos, povos e culturas excluídas.

- O reconhecimento de que o fim das colônias na geopolítica mundial, iniciado nas Américas e aparentemente encerrado no século XX no pós-guerra, não foi o fim do colonialismo. Este permanece não apenas pela dominação capitalista no sistema-mundo entre centro e periferias, mas enquanto um domínio que nega e invisibiliza existências, sujeitos e saberes. Trata-se, portanto, de uma colonialidade do saber e do poder que reproduz formas de dominação cegas às alternativas de outros mundos, uma epistemologia da cegueira. As propostas de descolonizar formas de pensar e sentir fazem parte de um movimento teórico, ético e político que questiona as pretensões universalizantes da modernidade, de suas ontologias e conhecimentos científicos assumidos como superiores epistemológica e moralmente, ao mesmo tempo em que busca reescrever alternativas a partir dos saberes, culturas e ontologias do Sul Global sistematicamente desprezados.

- Ainda que se reconheça o caráter emancipatório do marxismo, ele é visto como parte de uma modernidade intrinsecamente eurocêntrica, um espelho da ideologia liberal, com um ideal universalizante e totalizante impregnado por ideias evolucionistas como progresso e determinismo social, sendo necessário superá-lo a partir de outras perspectivas. Por exemplo, a ideia de Dussel de uma transmodernidade pós-colonial implica um princípio ético de liberação de todos os oprimidos, não apenas trabalhadores, por

meio de uma solidariedade de todos os grupos subalternizados, cuja existência e identidade foram negadas ontologicamente. Daí a importância de inúmeras frentes de lutas sociais emancipatórias, como as antirracistas e feministas, e o protagonismo de grupos sociais desvalorizados pelo marxismo até então, como camponeses, indígenas, negros, mulheres, moradores de periferias urbanas, grupos LGBT, dentre outros.

- Por fim, a centralidade da disputa epistemológica nas lutas sociais em busca de uma nova razão decolonial ou pós-colonial. Assume-se como central o papel da ciência moderna e ocidental nos processos de dominação e exclusão de outras alternativas de mundo e de saberes. As lutas sociais passam a ser também lutas pelo reconhecimento de outras e múltiplas formas de saber que ultrapassem dicotomias como moderno-tradicional, avançado-primitivo, ou científico-ignorante. Originam-se proposições como conhecimentos híbridos, pensamento de fronteira ou ainda Epistemologias do Sul e ecologia de saberes.

Boaventura de Sousa Santos, sociólogo português e principal autor dessa língua dentro dos estudos coloniais, possui grande importância para o Brasil. Não apenas pela língua, mas pelo fato de circular entre diferentes continentes, em especial a África e a América Latina, articulando diálogos entre diferentes proposições advindas de intelectuais e ativistas de língua inglesa, espanhola e portuguesa. Com vasta obra – livros¹⁹⁻²¹ e artigos^{3,22} – publicada em português e uma intensa produção atual, o diálogo com Boaventura irá nos ajudar para que possamos avançar nas questões de saúde e vigilância que nos propomos a refletir.

Uma das proposições mais originais de Boaventura é a ideia de pensamento abissal, central em sua proposta das Epistemologias do Sul^{3,21,22}. A linha abissal faz parte de uma proposta epistemológica e política para entender como a modernidade, em sua tríplice forma de dominação (capitalismo, colonialismo e patriarcado), mais que excluir trabalhadores explorados, exclui radicalmente pessoas da condição de humanos e sujeitos portadores de direitos e saberes. A linha abissal é simultaneamente radical, invisível e invisibilizadora, e se encontra por detrás de fenômenos como o racismo, a xenofobia e outras formas de violência contra indígenas, favelados, mulheres e homossexuais, dentre outros. Trata-se de uma linha que

impede a copresença do universo “deste lado da linha” com o universo “do outro lado da linha”. Do lado de lá, não estão os excluídos, mas os seres sub

-humanos não candidatos à inclusão social. A negação dessa humanidade é essencial à constituição da modernidade, uma vez que é condição para que o lado de cá possa afirmar a sua universalidade. Assim, práticas que não se encaixam nas teorias não põem em causa essas teorias, e práticas desumanas não põem em causa os princípios da humanidade³.

A ideia do pensamento colonial/abissal permite analisar a presença de duas realidades que convivem simultaneamente: (i) a metropolitana, espaço da modernidade e do Norte Global eurocêntrico no qual o capitalismo globalizado expressa tanto seus benefícios como suas contradições mais visíveis. Trata-se de uma realidade orientada por um conhecimento-regulação assente no tripé da ciência, do Direito e do Estado modernos com suas instituições; (ii) as realidades do Sul Global, assumido para além de um espaço geográfico, como metáfora do sofrimento humano provocado pelo capitalismo, pelo colonialismo e pelo patriarcado que geram formas radicais de exclusão. Nesse espaço as modernas noções de Estado-Direito-Ciência não operam, predominando formas de espoliação e violência sem a proteção das leis e do Estado. Ao mesmo tempo é também o espaço das lutas sociais, das resistências e alternativas a essas formas de opressão, por definição lutas que apontam para sociedades pós-coloniais e pós-abissais.

O pensamento abissal permite-nos falar de um Norte dentro do Sul, ou seja, os espaços metropolitanos com certo estado de direito que coabitam diferentes formas de violência e espoliação principalmente nos países periféricos ou semi-periféricos do sistema-mundo no capitalismo global^{23,24}. É esse Norte “moderno” e colonial dentro do Sul que nos permite entender a cegueira das elites e classes médias diante de tantas formas de violências e massacres que ocorrem, por vezes ao lado, nos grupos excluídos radicalmente pela linha abissal.

Para Boaventura, as duas grandes utopias da modernidade, restritas ao espaço metropolitano, funcionam como espelho dentro do mesmo marco civilizatório eurocêntrico. De um lado o liberalismo, transformado nas últimas décadas em neoliberalismo e que expressa o que Polanyi²³ denominou da grande transformação moderna: a criação da sociedade de mercado baseada na propriedade privada com poderosos grupos econômicos que se descolaram radicalmente das necessidades e da dignidade da vida das pessoas e comunidades. O mercado capitalista cada vez mais passou a desprezar e restringir economias e mercados de reciprocidade e redistribuição, os

quais persistem, resistem e se reinventam nos espaços comunitários e outros, basicamente no Sul Global; (ii) de outro, a utopia socialista, marcada no século XIX pelo trabalho de Marx ao analisar o capitalismo como sistema social que dialética e inevitavelmente caminhará para relações sociais e sociedades mais justas e distributivas, as sociedades socialistas ou comunistas. Cresceram então duas linhas utópicas socialistas que passaram a atuar de forma mutuamente críticas e divergentes: a reformista via social-democracia, fortalecida no pós-guerra com a construção do Estado de Bem Estar Social na Europa ocidental; e a revolucionária, referenciada principalmente na revolução soviética de 1917 e nos processos revolucionários na América Latina, África e Ásia, curiosamente em sociedades que seriam as menos propícias para o amadurecimento das condições objetivas revolucionárias previstas por Marx.

Reflexões sobre o ser emancipatório para a saúde coletiva e a vigilância em tempos de crise

A questão das utopias e o resgate possível da esperança nas lutas emancipatórias são centrais nos trabalhos de Boaventura, já que, nas últimas décadas, presenciamos uma profunda desilusão com as utopias modernas. De um lado, a queda do Muro de Berlim e o fim da União Soviética atingem de uma só vez os sonhos socialistas (revolucionários ou reformistas), ao mesmo tempo em que tornam cada vez mais problemáticos os sonhos de emancipação via crescimento econômico por um mercado que se expande sem limites. A hegemonia do neoliberalismo em instituições internacionais (FMI, Banco Mundial e OCDE) e nacionais dentro dos Estados-Nação e da mídia está na base da desregulamentação do Estado e dos processos de mercantilização e privatização sobre a vida e a natureza, incluindo os planos privados de saúde. Tal processo é relatado com força pela análise de conjuntura do documento orientador da 1ª CNVS, mas uma leitura mais ampla do capitalismo contemporâneo revela se tratar de um movimento global, não específico do Brasil ou da América Latina, mas da própria modernidade colonial cada vez mais em crise social, econômica, política e ecológica.

É por isso que devemos problematizar e avançar, ainda que defendendo-o taticamente, um projeto de país caracterizado como nacional, desenvolvimentista, soberano, que seja inclusivo, publicista, universal nos direitos e em suas garantias, que promova o desenvolvimento sustentável

com crescimento econômico e redistributivo, dentre outros jargões do campo dito progressista e que vem marcando o posicionamento intelectual na Saúde Coletiva. Não é que não devamos defender esse projeto de país, principalmente em momentos críticos dos retrocessos que vivemos. A questão é que ele reproduz uma visão de desenvolvimento econômico, científico e tecnológico que se encontra na raiz da modernidade e seu projeto colonial. Sem um profundo renovar de formas de pensar e sentir, que alguns chamam de giro decolonial ou corazonar, campos fundamentais como a saúde coletiva fechar-se-ão em suas instituições modernas – universidades, centros de saúde, hospitais – como claustros de verdades instituídas impermeáveis a novos processos instituintes de natureza emancipatória.

As atuais crises, ao mesmo tempo em que geram perplexidades, são vistas de forma superficial por uma modernidade que cada vez mais encastela-se na fugacidade do presente. Vive-se um presente rasteiro, superficial, entrincheirado entre o passado e o futuro, cuja alienação imobilizadora reside na expectativa de um futuro que se expande indefinidamente na via da única da racionalidade moderna, com sua ciência objetiva e universal. O progresso, inevitável, seria uma questão de tempo. As crises mostram outra coisa.

Como as utopias buscam responder necessidades e aspirações de um tempo presente com o paradoxo de se realizar num tempo futuro, reinventar a utopia é se aproximar dos sujeitos e saberes excluídos ou desprezados radicalmente pela modernidade, uma utopia que reinventa a tolerância e a solidariedade a partir das lutas e das Epistemologias do Sul.

Sem dúvida, vivemos tempos difíceis para tal tarefa: Boaventura observa que com a globalização a crise se agrava mais e mais pelo fato da exclusão metropolitana não radical e mais protegida pelo Estado de Direito está a se encolher, enquanto que a exclusão radical dos processos de espoliação e violência está a se expandir. É o Sul invadindo e ocupando o Norte de várias maneiras, fortalecendo a formação de guetos e muros dentro das metrópoles. Essa é uma forma de falar da crise da democracia em várias partes do mundo, inclusive no centro capitalista.

A obra de Boaventura, ao analisar a crise em seu caráter cada vez mais amplo, planetário e complexo, reconhece-a enquanto civilizatória moderna, cujo enfrentamento passa por uma inversão da lógica do tempo: expandir o presente, tarefa da sociologia das ausências, e contrair o futuro, tarefa da sociologia das emergências.

Resumidamente, o objetivo central da sociologia das ausências consiste em transformar objetos impossíveis (os saberes e experiências dos povos e culturas do Sul desprezados pela cegueira epistemológica da modernidade colonial e seu pensamento abissal) em possíveis e, a partir daí, transformar ausências em presenças. Daí a importância central da aproximação do novo pensamento crítico com as lutas sociais de indígenas, negros, mulheres, trabalhadores, grupos étnicos, favelados, mulheres, grupos LGBT, dos aprisionados. A proposta decolonial aposta que o reconhecimento dos saberes e expectativas dessas pessoas e comunidades sejam respeitados em sua dignidade. Daí a importância de metodologias colaborativas engajadas em lutas sociais que promovam a presença ativa dos sujeitos excluídos abissalmente, com o encontro ou a ecologia de saberes.

De forma complementar, a tarefa da sociologia das emergências consiste em construir um futuro de possibilidades plurais e concretas, simultaneamente utópicas e realistas, que se vão construindo a partir do que emerge no presente em movimentos que buscam quebrar monoculturas de saber e poder, possibilitando a emergência de alternativas que formarão as bases da transição civilizatória e paradigmática. O pensamento alternativo permite pensar a transescalaridade das lutas simultaneamente enquanto microespaços de lutas cotidianas na busca de microutopias, com os espaços mais globais e nacionais que refletem as macroutopias envolvendo questões como o papel do Estado, as políticas públicas, a convivência pacífica entre povos e países, enfim, outra globalização alternativa. Ambos os espaços de lutas e utopias não são excludentes, podem se articular de várias formas, ainda que problemáticas, complexas e incertas. Esse é o desafio do global: pensar e agir local e globalmente.

Repensar alternativas é fundamental frente à crise que, assumindo ser civilizatória, permanecerá nos próximos tempos mesmo com a reversão mais ou menos parcial do golpe em curso, com possíveis eleições diretas e a retomada do crescimento econômico. No contexto brasileiro e da saúde, diversos constrangimentos e tendências de retrocessos já existiam mesmo antes do golpe, e tudo indica que o modelo desenvolvimentista extrativista seguirá com força mesmo num governo mais à esquerda. A questão aqui é o nível de conflitos e o grau de liberdade para o exercício de resistências e a construção de alternativas em cenários mais conservadores ou progressistas.

Por tudo dito, é estratégico refletir sobre o papel da vigilância e da promoção da saúde para

além de visões restritas atreladas a uma concepção de Estado regulador e promotor do desenvolvimento econômico. Como desafio central, apontamos a necessidade de superação de um pensamento calcado numa ciência positivista de especialistas que não dialogam com outros saberes e se afastam das lutas sociais mais candentes de nosso tempo. Talvez seja esse o maior dos desafios da saúde coletiva: enfrentar um inimigo ainda invisível que reside em epistemologias e paradigmas da ciência moderna, entranhados na biomedicina, na epidemiologia ou mesmo nas ciências sociais que se arrogam especializadas e superiores, que estudam sujeitos objetos e falam deles, por eles, dificilmente junto e com eles.

A concepção de ciência encontra-se no centro de disputas epistemológicas ainda desconsideradas pela grande maioria dos intelectuais da saúde coletiva, que acredita dogmaticamente no papel universal e superior da ciência como base para o progresso e a resolução de problemas de saúde. Pouco avançaremos enquanto não reconhecermos que o inimigo, mais que ao lado, mora dentro de nossas mentes e ideologias que conformam uma visão de ciência que invalida e se afasta de encontros genuínos entre saberes internos e externos à ciência presentes no contexto das lutas sociais.

É preciso superar a ideia de que as instituições de Estado atuam exclusivamente na perspectiva de uma racionalidade moderna universal que embasa o conhecimento-regulação. Essa visão faz com que técnicos e burocratas de instituições como a Anvisa assumam-se como especialistas em comunidades e processos decisórios fechados aos não especialistas, radicalmente excludentes e distante dos saberes, práticas e lutas de povos e grupos sociais subalternizados pela racionalidade moderna. É essa pretensão de universalidade, objetividade e neutralidade que permite um pequeno agricultor familiar, ainda que de um assentamento da reforma agrária, agroecológico e envolvido em importantes lutas sociais ser tratado pela Anvisa da mesma forma que uma gigante transnacional da alimentação.

Superar tais limites não implica, como muitos podem imaginar, um abandono das conquistas da ciência, de muitas de suas tecnologias, uma espécie de retorno à barbárie primitiva temida pela racionalidade moderna. Descolonizar a saúde coletiva, a vigilância e as práticas de promoção implica promover diálogos mais horizontais em contextos de lutas sociais com os radicalmente excluídos do Sul Global, permitindo a emergência de saberes e práticas emancipatórias para

além de universalismos que invisibilizam alternativas em termos de outras socialibilidades, outras economias, outras formas de saber, sentir, trabalhar e produzir. Tais emergências assumirão um crescente protagonismo nas lutas sociais de nosso tempo, que é o tempo das transições civilizatórias e paradigmáticas em que se agudizam as distopias do desenvolvimento, ao contrário das esperanças prometidas pela modernidade.

A saúde, quer os intelectuais da saúde coletiva assumam ou não, continuará a ser um campo privilegiado de experimentações sociais para as Epistemologias do Sul e as ecologia de saberes. Pensemos, por exemplo, nos encontros de saberes e práticas potencialmente emancipatórias em torno da saúde indígena, da saúde no campo, da saúde dos quilombolas, da saúde nas favelas, da saúde mental, dos encontros da saúde e a arte nos espaços liminais entre conhecimentos definidos, das fronteiras que não se submetem e se revoltam à colonialidade do saber e do poder. Temas como

alimentação saudável, soberania e segurança alimentar, agroecologia, o saneamento no campo e nas favelas simultaneamente à luta por moradia e por cidades inclusivas e democráticas. Outro tema impulsionador de novas práticas envolve a crise ecológica e os conflitos decorrentes da poluição, dos desastres, do acesso à água e escassez de recursos hídricos, ou mesmo do sentido de sagrado de rios, árvores e florestas presentes em inúmeras cosmovisões. Em todos esses espaços e questões, marcados sempre por lutas emancipatórias, a própria concepção de desenvolvimento, saúde e natureza serão colocadas em xeque, retrabalhadas em lutas sociais a favor da dignidade e do bem viver das pessoas e dos povos. Uma vigilância emancipatória implicará num despojar permanente de posições que, em nome da suposta objetividade e superioridade da ciência e eficácia das normas, formam as linhas abissais que impedem encontros e mobilizações fundamentais para a transformação em tempos de crise.

Referências

1. Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Documento orientador da 1a. Conferência Nacional de Vigilância em Saúde*. Brasília: CNS; 2017.
2. Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS, Modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do Sus* 1998; 7(abr-jun):9-27.
3. Santos BS, Araújo S, Baumgarten M. As Epistemologias do Sul num mundo fora do mapa. *Sociologias* 2016; 18(43):14-23.
4. Paim JS, Almeida Filho ND. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas. *Rev Saude Publica* 1998; 32(4):299-316.
5. Sabroza PC. Estudos epidemiológicos na perspectiva do aumento da vulnerabilidade dos sistemas sócio-ambientais brasileiros. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2007; 16(4):229-232.
6. Castellanos PL. Epidemiologia y organización de los servicios. In: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). *La formación en epidemiología para el desarrollo de los servicios de salud*. Washington: OPS, OMS; 1987. p.30-40. Série Desarrollo de Recursos Humanos, n° 88
7. Paim JS, Teixeira MG. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica, Anais. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde- CENEPI, 1992. p. 93-144.
8. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saude Publica* 2005; 21(3):898-906.
9. Castellanos PL. O ecológico na epidemiologia. In: Almeida Filho N, Barreto ML, Veras RP, Barata RB, organizadores. *Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces e tendências*. Rio de Janeiro: Abrasco, Editora Fiocruz; 1998. p. 129-147.
10. Samaja J. *Fundamentos epistemológicos de las ciencias de la salud* [tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
11. Ayres JRJM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003. p. 117-139.
12. Porto MF. *Uma ecologia política de riscos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
13. Gómez CM, Minayo MCS. Enfoque ecossistêmico de saúde: uma estratégia transdisciplinar. *InterfacEHS* 2006; 1(1):1-19.
14. Sabroza P, Porto MF. *Uma proposta de capacitação em vigilância das condições de vida e saúde para o SUS de base local e territorial: Oportunidades e Desafios*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2010. mimeo.
15. Traverso-Yépez MA. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface (Botucatu)* 2007; 11(22):223-238.
16. Silva PFA, Baptista TWF. Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Physis* 2014; 24(2):441-465.
17. Escobar A. Worlds and knowledges otherwise 1: The Latin American modernity/coloniality research program. *Cultural studies* 2007; 21(2-3):179-210.
18. Miglievich-Ribeiro A. Por uma razão decolonial: Desafios ético-político-epistemológicos à cosmovisão moderna. *Civitas-Revista de Ciências Sociais* 2014; 14(1):66-80.
19. Santos BS. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez; 2002.
20. Santos BS. *A gramática do tempo. Para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez; 2006.
21. Santos BS, Meneses MP. *Epistemologias do Sul*. 2ª ed. Coimbra: Aledina, CES; 2014.
22. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estudos-CEBRAP* 2007; 79:71-94.
23. Polanyi K. *A Grande Transformação*. Rio de Janeiro: Ed. Campus; 2000.
24. Wallerstein I. Globalization or the age of transition? A long-term view of the trajectory of the world-system. *International Sociology* 2000; 15(2):249-265.

Artigo apresentado em 30/05/2017

Aprovado em 26/06/2017

Versão final apresentada em 12/07/2017

