

Colonialidade e saúde: olhares cruzados entre os diferentes campos

Patricia Araújo Bezerra¹ (ORCID: 0000-0003-2696-576X) (pat.araujobezerra@gmail.com)

Pauline Cavalcanti² (ORCID: 0000-0002-1743-2075) (pauline.cavalcanti@gmail.com)

Leides Barroso de Azevedo Moura¹ (ORCID: 0000-0002-1208-4569) (leidesm74@gmail.com)

¹ Universidade de Brasília. Brasília-DF, Brasil.

² Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife-PE, Brasil.

Resumo: Elevada a um patamar de legitimidade juntamente com a ordem social global do capitalismo, a ciência moderna descreve e prescreve padrões sobre a ética do cuidado, a estética dos corpos e os desenhos das políticas de saúde. Este estudo objetiva analisar o campo da saúde à luz das teorias pós-coloniais e de políticas públicas, apresentando o desafio da interdisciplinaridade como contraponto ao *establishment*. Trata-se de uma revisão compreensiva de literatura sobre as políticas públicas e as teorias pós-coloniais, explorando produções da área com o intuito de desvelar dinâmicas e tendências atuais. Para as análises, adotou-se um referencial teórico decolonial visando explorar perspectivas da ética, estética e política no campo da saúde. A dimensão cuidadora do trabalho em saúde tem sido minimizada em detrimento de um profissionalismo permeado de distanciamento emocional e neutralidade, que está cada vez mais centrado em avanços tecnológicos. Na busca por “cuidado à saúde”, os indivíduos carregam demandas social e cientificamente construídas, tendo seus saberes, muitas vezes, deslegitimados. Perante a agenda neoliberal em curso torna-se imperativo discernir os desafios que cercam o sistema saúde brasileiro e fortalecer os saberes culturais locais.

► **Palavras-chave:** Colonialismo. Sistema Único de Saúde. Política Pública. Saúde.

Recebido em: 04/07/2022 Revisado em: 03/03/2022 Aprovado em: 29/07/2022

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333025>

Editor responsável: Rogério Azize Pareceristas: Flavia Souza e Leandro Gonçalves

Introdução

Entre a vida como um bem inalienável e a garantia constitucional do direito à saúde, é interessante perguntar: quais as contradições para o alcance do cuidado em saúde? Em que medida o ser humano tem o domínio do seu próprio corpo? O Sistema Único de Saúde (SUS) é capaz de enfrentar a supremacia da ciência moderna, das indústrias farmacêuticas, do complexo médico-industrial, do saber biomédico e desenvolver, a partir das forças de uma pedagogia anticolonizadora, o fortalecimento da democracia participativa em meio aos determinantes comerciais da saúde como opostos que coexistem sem se misturar? (RIVERA CUSICANQUI, 2010).

Essas indagações iniciais remetem à necessidade inadiável de envolver e adensar as reflexões sobre campo da saúde à luz dos estudos de colonialidade e de políticas públicas, apresentando o desafio da interdisciplinaridade como contraponto ao *establishment*. Vale ressaltar que há uma distinção entre fazer referência aos estudos “pós-coloniais”, com autores como Frantz Fanon, Aimé Césaire e Albert Memmi, mais circunscritos ao movimento iniciado por intelectuais indianos, na década de 1970, e ao termo “decolonial”, que tem relação com os estudos de Quijano, iniciados em 1992 (QUIJANO, 1992). Os primeiros põem ênfase em categorias de ordem política, tais como “classe”, “nação” ou “gênero”; já o foco central do pensamento dos últimos consiste em analisar a colonialidade que é relação social como um legado da expansão imperialista iniciado no século XV. A opção neste artigo é, assim, de considerá-los como estudos de colonialidade, pois trata-se de uma aproximação com o campo da saúde coletiva que não tem a intenção de se aprofundar em todos os aspectos.

Este debate no campo da saúde é fundamental entendendo-se que a colonialidade, estrutura de poder global, sustenta relações assimétricas e afeta a vidas das pessoas, uma vez que este poder “invisível” continua a existir nas mentes, vidas, línguas, sonhos, imaginações e epistemologias de assuntos modernos em todo o sul global (NDLOVU-GATSHENI, 2013).

Realizar uma análise com apoio de autores que pensam a colonialidade diz respeito a uma opção epistêmica, teórica e política que possibilita entender e atuar no mundo, marcado pela permanência da colonialidade global nos diversos níveis da vida pessoal e coletiva (BALLESTRIN, 2013).

A hipótese assumida neste estudo é a de que o cuidado em saúde, na sociedade contemporânea, está de alguma forma dominado pelo colonialismo do ser, saber

e poder (MIGNOLO, 2003). Compreendendo-se o colonialismo do saber como uma específica racionalidade ou hegemonia de conhecimento, que oprime outras formas de saber; o do poder como uma imposição baseado em raça, capital e/ou trabalho; e o do ser como uma perspectiva subjetiva relacionada a gênero e sexualidade (SILVA *et al.*, 2020).

Esse colonialismo no cuidado amálgama um padrão estético, massifica o consumo, descreve e prescreve o que é saúde e doença, interfere nos modos de cuidado por intermédio de modelos. Sob a égide de que fora do indivíduo há um conjunto de outros operadores do cuidado que são capazes de saber o que o outro necessita, delinham e prescrevem unilateralmente o que o outro deve ou não fazer. Desse modo, as subjetividades são reprimidas e as heterogeneidades das condições dos corpos são desconsideradas.

Ocorre, ainda, que o uso das tecnologias leves – vínculos, afetos, toques e olhares – como valores concretos e também simbólicos, de mediação na ação cuidadora, são cada vez mais substituídos por tecnologias duras – inúmeros exames, um conjunto de procedimentos e rígidos protocolos –, que podem produzir distanciamentos, em nome de um chamado profissionalismo e saber científico (MERHY, 2005). Então, como decifrar os interesses que interferem numa ordem socialmente justa no campo da saúde? Parece ser o campo da saúde um lugar privilegiado e sensível para entender interesses, desinteresses e desinteressamentos (CAILLÉ, 2013) públicos e políticos.

Sendo assim, o presente estudo objetiva analisar o campo da saúde à luz das teorias decoloniais e de políticas públicas, apresentando o desafio da interdisciplinaridade como contraponto ao *establishment*. Com isso, pretende-se produzir insumos para uma reflexão sobre o SUS como política pública que contém não somente o seu aparato legal, mas as ações dos seus executores diante do pacto federativo vigente, dos teóricos da reforma sanitária, dos novos sanitaristas e dos usuários do SUS, mediante o colonialismo do ser, do saber e do poder na saúde.

O texto está organizado em três partes: inicialmente, apresenta-se uma reflexão acerca da dominação dos corpos e dos saberes em saúde, com apoio das teorias decoloniais. Na sequência, aborda-se brevemente o uso das tecnologias e sua relação com as ciências da saúde. Por fim, expõe-se uma reflexão sobre o SUS como política pública, que contém contradições e desafios, fundamentada em teorias que tratam de políticas públicas e de desenvolvimento. O estudo discute interesses, poderes e racionalidades da agenda neoliberal vigente que disputa espaço

com políticas públicas mais solidárias, as quais ampliam a consciência individual e o poder dos coletivos, bem como seus saberes e capacidades de cuidado à escala humana (MAX-NEEF, 1994).

Metodologia

Trata-se de uma revisão compreensiva de literatura (EBY *et al.*, 2019) sobre as políticas públicas de saúde no Brasil e os estudos de colonialidade, explorando as principais produções da área que evidenciam situações nas quais essas questões estão inter-relacionadas, com o intuito de desvelar dinâmicas e tendências atuais, bem como identificar aspectos que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras.

Buscou-se incluir bibliografia nacional e internacional, com o objetivo de revelar o *modus operandi* que encerra as relações e redes envolvidas na atenção em saúde, identificando as estruturas de poder que influenciam a estruturação do SUS como estratégia de enfrentamento ao modelo neoliberal.

Para fins analíticos, adotou-se o referencial teórico decolonial, que possibilita explorar perspectivas da ética, da estética e da política no campo da saúde.

A colonização dos corpos, dos desejos e dos saberes em saúde

Pode parecer determinístico afirmar que a supremacia da ciência em saúde ocupa corpos, determina modos e diz como deve ser. Quando se analisa a relação de cuidado entre as pessoas e os profissionais, é possível questionar: os indivíduos conhecem o próprio corpo? Sabem diferenciar quando estão doentes ou saudáveis? São capazes de autocuidar-se ou delegam o cuidado de si para outros? Os serviços promovem apoio para a gestão do autocuidado?

Analisar a linha tênue que separa o domínio de si mesmo (cada um com o seu próprio corpo) e a desapropriação (completa ou parcial) da responsabilidade de autocuidado de si é como caminhar entre contradições. Se, por um lado, há os avanços científicos que possibilitam ao homem o aumento da esperança e da qualidade de vida, o descobrimento e tratamento eficaz de inúmeras patologias, por outro, há os subterfúgios, travestidos de distrações e simulações, em que tarjam-se da cor preta as dores que por vezes são da alma, elimina-se “qualquer coisa” com remédio, criam-se transtornos e novos diagnósticos, afastam-se as pessoas do interior

do seus próprios corpos, do saber de si mesmos e da capacidade de suportarem por si só o peso da própria vida, da solidão necessária e do manejo das insatisfações.

Neste sentido, o ponto de interseção entre os estudos de colonialidade e o debate em saúde é o argumento de que existe uma supremacia das ciências da saúde calcada no positivismo, no ocidentalismo e no racionalismo, que garantiu a esta o *status* de legítima, junto com o conceito de “modernidade”, mas que subjuga saberes locais em saúde, colonizando corações e mentes sobre o que e como é ter saúde. Consequentemente, acaba por determinar padrões sobre a ética do cuidado, a estética dos corpos e a construção das políticas de saúde. Esse processo é gerador de contradições, disputas e, por vezes, confusões porque invariavelmente as realidades locais existem e naturalmente reagem, mesmo que seja pela dúvida ou pelas resiliências de determinados grupos, a esta ordem global.

Tal argumentação pode ser exemplificada a partir de indagações e, pelos seus extremos, por inúmeras situações que são quase como um dilema na sociedade brasileira, especialmente das últimas décadas: parto natural ou cesárea? Remédios alopáticos exclusivos ou fitoterápicos com práticas integrativas complementares? Mais ou menos medicações para saúde mental? Hiperatividade ou impactos do uso massivo das tecnologias da informação e comunicação sobre as quais a neurociência ainda pesquisa para decifrar as respectivas alterações? Orgânicos ou não orgânicos e geneticamente modificados? Especialidade com ou sem integralidade? E tantas outras questões que revelam e desvelam os poderes sobre os corpos.

A colonialidade se apresenta, portanto, como estrutura de poder que está no centro da ordem mundial presente como racialmente hierarquizada, imperialista, colonialista euro-americana, cristã, heteronormativa, patriarcal, violenta e moderna (GROSFOGUEL, 2011). Nessa perspectiva, nos limites dos riscos que os autores deste estudo podem incorrer pela ortodoxia no uso das categorias de maneira homogeneizante, as respostas podem ser contundentes: cesárea, porque asséptico; alopático, porque seguro; mais medicações, porque há evidências robustas; transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, porque neurobiológico, genético e epigenético; não orgânico e agroindústria, porque só assim se mata a fome do mundo, em uma aproximação neomalthusiana.

A parte pelo todo, porque o cientificismo moderno, legitimado pelo seu caráter de conhecimento especializado e superior (GROSFOGUEL, 2016), tem determinado modos e formas que envolvem a racionalidade sobre os corpos e a lógica do cuidado

em saúde. Quanto à “superioridade” científica moderna na saúde, pode-se dizer que o corpo biológico se tornou *locus* para explicar o normal e o patológico em qualquer circunstância. Esse objeto apreendido pelas ciências básicas e, conseqüentemente, pela prática médica, passou a ser compreendido como o verdadeiro e único, deslegitimando outros saberes e práticas por lidarem com objetos não verdadeiros (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Não se trata de questionar os inúmeros avanços que levaram a melhores condições de vida; mas de duvidar quando esse conhecimento científico parece se tornar o único saber legítimo – e uma “história única” (ADICHIE, 2019) pode ser muito danosa. Portanto, entender a colonialidade como estrutura global, que interfere no ser, saber e poder, faz todo sentido para os inúmeros debates possíveis nas ciências da saúde.

Os diferentes níveis de legitimidade social entre as diversas categoriais profissionais de saúde; o privilégio de algumas especialidades em detrimento de outras; a escolha pela confiança da vida nas medicações; o uso quando desnecessário de alta densidade tecnológica como garantidora do saber científico e única capaz de responder com “verdade”, e até a desvalorização de conhecimentos e saberes ancestrais sobre cura são aspectos que surgem como fruto da consagração do saber científico moderno em saúde inscritos nesta ordem de colonialidade. Esta colonialidade do poder existe pela manutenção estruturada no sistema-mundo moderno/colonial, que articula os lugares periféricos na divisão internacional do trabalho com a hierarquia étnico-racial mundial (GROSFOGUEL, 2008). Em vista disso, não há outra saída a não ser resistir e reinventar.

A importância de movimentos que trazem de volta para o centro da questão a pluralidade dos indivíduos, as realidades e as capacidades locais é fundamental. O crescimento dos movimentos de mulheres em prol da humanização do parto; o debate da redução de danos em saúde mental; a crítica crescente às formas de lidar com o término da vida e a reivindicação pela dignidade ao lidar com a finitude; as vozes dos diferentes saberes em saúde com suas ervas, chás e receitas representam, neste espaço de disputa, a abertura de um caminho potencial para subverter a ordem instituída.

É preciso fazer surgir paradigmas outros (MIGNOLO, 2013) onde hoje predomina o supostamente neutro e absoluto conhecimento científico, que se assume como “a mais perfeita de todas as linguagens” e remete “à mais pura estrutura universal da razão” (BALLESTRIN, 2013; CASTRO-GOMEZ, 2005). Isso significa fazer este paradigma outro acontecer no campo da saúde já que a produção de ações

cuidadoras diz respeito a todos os seres humanos (MERHY; FEUERWERKER, 2009). Ter clareza disso é fundamental para uma atitude decolonial.

As tecnologias em saúde: uma ponte para analisar políticas públicas

Incluir a tecnologia como categoria analisadora dos desafios apontados anteriormente no debate de colonialidade é tomar a travessia dessa ponte quase em caráter experimental, de forma que o termo “tecnologia” é utilizado de maneira bastante abrangente. A discussão proposta aqui servirá também para refletir sobre o tema da tecnologia em saúde no âmbito das políticas públicas de saúde.

Bruno Latour (2012; 2017), mesmo estando fora da tradição de autores de colonialidade, nos serve de apoio quando identifica que ninguém mais sustenta uma separação entre os humanos e suas tecnologias, pois entende-se que os atores humanos e não humanos estão influenciando o curso da ação num *continuum* do tempo. Ao mesmo tempo que o homem cria a tecnologia, ele também é impactado por ela, mediante uma relação de criação, de uso e modificação constantes, de um e de outro.

Na perspectiva de José Aravena-Reyes e Aílton Krenak (2018), esse desenvolvimento tecnológico gera uma inseparabilidade homem-tecnologia que, em tese, redundaria em benefícios crescentes para o humano, porém a constatação é que essa relação parece dar sinais de esgotamento pelo uso e consumo desenfreado das tecnologias.

No campo da saúde, o termo “tecnologia” sofre variação e revela sentidos diferentes para a forma de produzir cuidado. As tecnologias duras ou materiais na saúde se inserem no pujante contexto atual de crescimento e adensamento tecnológicos em diversas áreas da vida humana, que têm colaborado para permanentes mudanças políticas de saúde, nas práticas clínicas, e expressivo aumento da demanda por serviços de saúde. O discurso invariavelmente se apoia na necessidade de introduzir tecnologias e inovações visando à qualidade dos serviços de saúde e à superação dos problemas de saúde antigos e novos, impactando cada vez mais nas formas de produção do cuidado.

Entretanto, há uma argumentação de que a supremacia da ciência provoca um certo desequilíbrio entre as ações de cuidado que envolvem tecnologias leves e tecnologias duras (MERHY, 2005). Nessa discussão aqui evidenciada, acredita-se

que as tecnologias leves ou relacionais parecem estar em desequilíbrio (para menos) quando se fala no uso de tecnologias duras ou materiais (que seguem em crescimento). A construção de vínculo e de solidariedade que compreende a necessidade e o lugar do outro é suprimida pela verdade científica contemporânea.

Como consequência, os profissionais de saúde estão, muitas vezes, centrados em solicitar procedimentos, exames laboratoriais e de diagnósticos, vários de alta densidade tecnológica e, muitas vezes, desnecessários. Ao mesmo tempo, podem encontrar-se cada vez mais esvaziados de interesse pelo “outro”, com escuta empobrecida (MERHY; FEUERWERKER, 2009) e destituídos de sensibilidade.

Nesse sentido, é possível questionar: parte dos profissionais da saúde se escondem por trás do pragmatismo produzido pela ciência da evidência e do desenvolvimento tecnológico? As abordagens de cuidado são fruto do paradigma científico moderno ou da inabilidade de “gente lidar com gente” e com os limites do humano? As inovações tecnológicas têm sido localizadas segundo uma construção do decolonial durante a formação dos profissionais? Em sendo homem e a tecnologia inseparáveis, como fazer brotar um ciclo virtuoso de cuidado que não comprometa a ampliação da consciência humana na fase tecno-humanista? (HARARI, 2015) Mais do que responder às perguntas, espera-se que elas auxiliem na linha de raciocínio acerca das implicações da colonialidade nas formas de cuidar atuais.

Há evidências que mostram excesso de condições, estados fisiológicos ou naturais, que em outros tempos seriam considerados normais, hoje em dia elevados ao *status* de doença, haja vista serem detectados por meio de exames e procedimentos tecnológicos disponíveis na atualidade. Podem ser chamados de pacientes sem necessidades, identificados pelos usos abusivos e excessivos de tecnologias de cuidado. Ou, como a literatura crítica na saúde tem chamado, de sobrediagnósticos e sobretratamento (WELCH, 2011).

Essa é uma questão que requer análise mais crítica sobre a formação dos profissionais de saúde, a produção de iatrogenias e o afastamento da promoção da saúde firmada na salutogênese do cuidado. Sabe-se que, na formação em saúde, a articulação entre teoria e prática, e a interdisciplinaridade são nós críticos em face das dificuldades de articulação entre os saberes e a fragmentação do conhecimento que persiste no processo formativo (MORAES; COSTA, 2016).

Atualmente, ainda se formam profissionais de saúde detentores de saber técnico-científico que não consideram as individualidades e particularidades do sujeito.

Uma das explicações para tal é a de que o legado do poder colonial, que tem como tantos outros efeitos o desaparecimento do senso de coletividade e de empatia, se reflete no modo de viver dos indivíduos nesses territórios.

Para enfrentar os desafios da formação em saúde no Brasil e superar a formalidade regimentar, são necessários projetos pedagógicos que ilustrem o perfil mais adequado do profissional, visando atender as necessidades da população e do sistema de saúde vigente. Assim, a formação deve ser orientada para uma atuação que priorize o cuidado integral, humanizado, multiprofissional, transpondo a preponderante visão curativista e prescritiva presente nas diversas profissões da saúde (MORAES; COSTA, 2016).

De fato, apesar de o juramento hipocrático exigir dos médicos o *primum non nocere* (“primeiro não prejudicar”), há cada vez mais dificuldade de se cumprir tal preceito, graças a uma distorcida interpretação da evolução científica e tecnológica que implica a medicalização da vida cotidiana e cria expectativas infundadas de intervenção médica continuada (MERCEDES; GÉRVAS, 2002).

Há uma complexa rede de fatores que criam esse fenômeno: a mídia ao promover o medo das doenças; o mito de que o tratamento precoce e agressivo é sempre melhor; os médicos que, com medos de ações judiciais, não deixam que nenhuma anormalidade seja esquecida. O fato é que lucros estão sendo obtidos a partir desses exames, procedimentos e produtos farmacêuticos (WELCH, 2011).

Parece que na prática clínica também se busca, com todo esse aparato tecnológico, descobrir mais “coisas” ou “tudo” que a pessoa tenha ou possa futuramente aparecer; sendo assim, só há um jeito de ser amplamente prospectivo: por meio do uso indiscriminado dessas tecnologias. A ideia é que, mesmo sabendo do que se trata o “problema do indivíduo”, é sempre melhor investigar mais, passando a complexificar o caso. Não é uma negação dos casos necessários, obviamente.

Mais do que entrar na polêmica, o importante é ilustrar o quanto pode ser confuso o exercício de ações cuidadoras e, por que não, a construção de políticas públicas, quando mediadas por diferentes ângulos e interesses. Fica a pergunta: quanto desses interesses implicam a lógica de atenção à saúde? Para uma ordem socialmente justa, não há como se isentar de discussões como esta, pois implicam pensar desde os corpos e suas subjetividades até a construção das políticas de saúde, tendo em vista uma ordem global de colonialidade.

Enfim, chegamos ao término da ponte. Refletir sobre essa temática possibilita evidenciar o equilíbrio e o desequilíbrio das ações de cuidado a partir do uso das

tecnologias leves e duras em saúde. A contribuição de Bruno Latour (2012; 2017), mesmo que não utilizada em todo seu potencial, possibilita pensar a interação entre humanos e não humanos e os respectivos resultados em forma de ação. Com essas contribuições, segue-se no caminho para desvencilhar essa rede na qual opera o campo da saúde e decifrar partes dessa “caixa-preta”.

Políticas públicas e desenvolvimento: dilemas da construção da atenção à saúde em uma sociedade de mercado

Partir da perspectiva de uma ordem global marcada pela colonialidade possibilita chegar a este ponto do texto visando desvelar um conjunto de conexões. Essas conexões possibilitam, de forma não inocente, compreender que, no âmago do cuidado em saúde, há a intromissão do lucro.

Da colonização dos corpos e mentes que produz uma determinada estética do ser, do domínio do saber que legitima um e desconstrói tantos outros e, pela construção cultural e científica de necessidades que coloca à disposição da população a saúde, como bem de consumo, não resta dúvidas: soluções para a vida, como sinônimo de saúde, podem ser encontradas no mercado.

Neste momento, não se pretende dizer da descoberta de algo novo, haja vista uma quantidade enorme de sanitaristas (e a própria reforma sanitária) realizarem semelhante debate e até em maior profundidade. A motivação para este debate está na possibilidade de realizar uma crítica fundamentada no pensamento decolonial, compreendendo o sistema mundo-moderno como uma economia-mundo capitalista, em que a prioridade por acumulação de capital é central e, portanto, necessariamente desigual e polarizadora do ponto de vista econômico e social (WALLERSTEIN, 2002).

Assim, o contexto da modernidade é dificultador da construção de políticas públicas na saúde e o processo de desenvolvimento econômico não aponta para uma ordem socialmente justa no campo da saúde. Em outras palavras, a lógica do capital que prioriza o consumo como categoria essencial (FURTADO, 1974) não faz sentido (ou não deveria fazer) quando se estruturam políticas públicas de saúde. Nessa lógica, o social fica subjugado pelo econômico (WALLERSTEIN, 2002).

Nesta perspectiva, a importância do *primum non nocere* torna a aparecer. Quando o lucro é moeda de troca no sistema capitalista, como não acreditar que há, sim,

produção de interesses na saúde que levam indivíduos da condição de “não doentes” para uma nova condição, de “enfermos”? Como não associar, nessa trama de relações, as ações que têm como consequência a precarização dos serviços, a privatização da saúde pública e o subfinanciamento?

O SUS, dentro do atual contexto, é uma política paradigmática constituída de uma complexa trama de redes de disputas no interior do modelo neoliberal de desenvolvimento econômico do País. Tê-lo como analisador é buscar compreender a ação pública que tem estruturado o SUS (LASCOUMES; LE GALÉS, 2012). Entende-se que a ação pública inclui um conjunto das interações e correlações que acontecem nos vários níveis sociais, retirando a unicidade indiscutível do Estado na elaboração e realização das políticas (FREITAS, 2017).

Destá forma, avançando na ideia de que as políticas públicas devem estar voltadas à ação pública, importa perceber sobre as ações dos diversos atores que estão na arena pública (LASCOUMES; LE GALÉS, 2012). Segue-se, portanto, o caminho para refletir sobre os interesses em disputa quando o denominador comum é dinheiro; sobre como esse pode influenciar na consolidação de um modelo de atenção contra-hegemônico, universal e igualitário.

Em estudo de revisão bibliográfica, afirma-se que o SUS não representa uma ameaça à ordem burguesa, nem se contrapõe à sua existência, pois atua na manutenção e reprodução da sociedade de classes e possui desafios: a não garantia da regulação do mercado, favorecendo a própria desregulação do mercado, o que termina por infringir o próprio sistema; a atuação dos planos de saúde que utilizam a saúde como mercadoria; a produção de mais-valia a partir do uso da força de trabalho médico (DOURADO, 2012).

A partir da análise do SUS, é possível compreender a necessidade de abandono da crença do voluntarismo político, o rompimento com a ideia da unicidade do Estado e a descrença no fetichismo da decisão (LASCOUMES; LE GALÉS, 2012). A constituição do SUS não garantiu a execução de um projeto que desarticula o poder do mercado, apesar de toda sua trajetória marcada por disputas políticas, técnicas, sociais e culturais desde a criação até o momento presente.

Embora, ao longo dos anos, tenham sido alcançados avanços na universalidade, também ficam evidentes ações que diminuem gastos em saúde desconsiderando as reais necessidades do sistema de saúde mediante os problemas de saúde da população, mas que, ao mesmo tempo, maximizam lucro da iniciativa privada, por meio do

fomento a exames, procedimentos e intervenção da alta complexidade com subsídios públicos e precária regulação.

Exemplos recentes de medidas que afetam o SUS e enaltecem o mercado têm origem da acirrada disputa do modelo político de desenvolvimento do País dos últimos anos. Fato 1: a promulgação da emenda constitucional n. 95 (BRASIL, 2016), que estabelece um teto de gasto público para as despesas primárias, incluindo a saúde, mantendo-o congelado por duas décadas. Fato 2: na mesma época, houve a autorização pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de reajustes nos planos de saúde individuais em 13,55% (ANS, 2017).

O que representam essas ações se não um fortalecimento do modelo neoliberal em saúde? É difícil sustentar uma defesa que seja pela vida das pessoas e não pelo lucro. Haja vista o modelo estadunidense de organização de saúde, que contém um braço forte liberal representando um sério limite para uma atenção comprometida com a efetividade e a equidade, ainda que possa proporcionar assistência de qualidade, em algumas situações (BRASIL, 2004).

O que se vê é a elevação dos custos na saúde pública, sem necessariamente exercer impacto positivo em um conjunto de determinantes de saúde, considerando o complexo quadro epidemiológico brasileiro. No entanto, realizar vários procedimentos em pessoas saudáveis, em caráter “preventivo-intensivo”, é muito mais interessante do ponto de vista do lucro.

Se o atual momento mundial representa o triunfo do sistema capitalista ou o final de uma era (WALLERSTEIN, 2002), os teóricos ainda não apresentam um consenso. Para ambos os casos, é necessário o acirramento pela defesa de algo que diz respeito à própria vida: a retomada das “rédeas” a partir do próprio corpo. Como caminhos à frente, a indispensável capacidade do olhar para si mesmo, reconhecer-se e cuidar-se já é um lugar para (re)começar. E não seria simplesmente utopia, mas um ponto concreto por onde começar.

Considerações finais

Neste estudo, argumenta-se que atualmente a lógica de atenção à saúde está, de alguma forma, dominada pelo colonialismo do ser, do saber e do poder. Além disso, sustenta-se a ideia de que o dinheiro e o lucro se tornaram mediadores das relações de cuidado em saúde, a ponto de o setor saúde virar nicho de mercado.

Com base no pensamento decolonial, o texto caminhou pela discussão da dominação dos corpos, dos saberes e dos poderes em saúde, a partir de uma análise crítica às ciências em saúde. Elevada a um patamar de alta legitimidade, juntamente com a construção da nova ordem social global do capitalismo, a ciência moderna acaba por determinar padrões sobre a ética do cuidado, a estética dos corpos e a construção das políticas de saúde.

Em reconhecimento da resposta cultural a esse contexto, problematizou-se que os indivíduos, na busca por “cuidado à saúde”, estão carregados de demandas construídas social e cientificamente, tendo seus saberes deslegitimados, com alternativas escassas ou nulas de como recorrer. Entregam a dádiva da vida na mão de outrem, neste caso, o profissional da saúde – afinal, este representa o lócus onde reside o “melhor” conhecimento.

Como que na travessia de uma ponte, foi realizada de forma complementar uma análise acerca dos usos das tecnologias em saúde nas ações de cuidado. Com isso, é possível afirmar que há um desequilíbrio na utilização de exames e procedimentos como forma de legitimar o saber científico, por parte dos profissionais. Tal raciocínio levou a pensar sobre como se insere nesse cenário a busca pelo lucro, isto é, a partir da instituição da categoria consumo na relação cuidador-pessoa a ser cuidada.

Foi discutido, também, que o SUS, apesar de avançar na perspectiva de uma proposta de uma política universal, que visa garantir inúmeros direitos aos cidadãos, não é capaz de superar a lógica do mercado em saúde. O SUS foi estabelecido no espaço de um Estado-instituição que reduz a importância da vida de muitos praticando o racismo estrutural, o sexismo e o ageísmo ao assumir o caminho da negação do direito à saúde de todos, conforme evidenciado ao longo do enfrentamento inadequado do governo federal na pandemia da Covid-19. Tal lógica influencia a constituição das políticas públicas de saúde nos seus diversos segmentos, nos meandros da força de trabalho e dos mecanismos de desproteção, da regulação público-privado, do financiamento ou no modelo de atenção. Também, é possível reconhecer que, apesar dessa proposta de universalidade, há um conjunto de grupos populacionais e condições de saúde que continuam à margem da garantia de acesso e utilização dos serviços prestados no SUS, a exemplo da população negra, LGBTQIA+, privada de liberdade.

Uma dificuldade observada na realização do presente trabalho está relacionada à escassez de estudos sobre o tema da colonialidade no campo da saúde, especialmente

no SUS, ainda que já seja possível identificar um início de produção bibliográfica que, ao se expandir, poderá suprir essa lacuna na compreensão dos aspectos epistemológicos para elaboração de uma crítica epistêmica. Trata-se, portanto, de uma iniciativa de aproximação e diálogo no intuito de contribuir com a literatura especializada sobre o tema no campo da saúde pública brasileira. Sendo assim, não se tem a pretensão de, por meio de deste trabalho, aprofundar todos os seus aspectos, o que seria uma tarefa justificadamente impossível.

Conclui-se que, perante a agenda neoliberal em curso globalmente, torna-se ainda mais imprescindível ter a clareza dos limites das políticas públicas de saúde, pois o ter é fundamental para seguir avançando. Mas, também, é possível avançar em direção às fortalezas locais, aos saberes regionais, à retomada do reconhecimento dos corpos. Por que não práxis decolonial? Por políticas outras, é fato. E isso não deve significar o “ensimesmar-se”, mas, sim, o reflorescer.¹

Referências

- ADICHIE, C. *O perigo da história única*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *ANS divulga teto de reajuste autorizado para planos individuais*. 19 maio 2017. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/3907-ans-divulga-teto-de-reajuste-autorizado-para-planos-individuais-2017?fbclid=IwAR31_KeZifM-eaZnmd7N9z6GVwCLqmiB9fXUS545ClEyua-mK5YHz-sspnc>. Acesso em: 02 mar. 2017.
- ARAVENA-REYES, J.; KRENAK, A. K. O cuidado como base epistemológica da produção técnica do antropoceno. *Revista Epistemologias do sul*, UNILA, Paraná, v. 1, n. 2, p. 129-163, 2018.
- BALLESTRIN, L. O giro decolonial e a América Latina. *Revista Brasileira de Ciência Política*, Brasília, n. 11, p. 89-117, maio-ago. 2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. *Relatório Final - 12.ª Conferência Nacional de Saúde*: Conferência Sergio Arouca. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. *Emenda Constitucional nº 95*, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 2 mar. 2022.
- CAILLÉ, A. O dom entre interesse e desinteressamentos. *Realis: Rev. Estud AntiUtilitaristas Poscoloniais*, v. 3, n. 1, p. 7-42, 2013.

CASTRO-GOMEZ, S. *La hybris del punto cero: ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816)*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2005.

FREITAS, U. F. da C. Participação e Destinação de Terras da União para habitação de interesse social: o que se aprendeu com a luta e o que mudou no território? *Revista NAU Social*, v. 8, n. 15, p. 67-78, nov. 2017/abr. 2018.

SILVA, R. O. da; ANDRÉ, R. G.; WANDERLEY, S. E. D. P. V.; BAUER, A. P. M. (2020). Josué de Castro e a colonialidade do poder, do ser e do saber: Uma contribuição para a opção decolonial em Estudos Organizacionais. *Sociedade, Contabilidade e Gestão*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan/abr, 2020.

DOURADO, V. V. O Papel da saúde na sociedade Capitalista: como a medicina contribui na reprodução do Capital. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas. Campinas; 2012. Disponível em: https://saudecomunista.files.wordpress.com/2014/07/o-papel-da-sac3bade-na-sociedade-capitalista-_victor-baiano_.pdf

EBY, L. T.; ALLEN, T. D.; CONLEY, K. M.; WILLIAMSON, R. L.; HENDERSON, T. G.; MANCINI, V. S. Mindfulness-based training interventions for employees: A qualitative review of the literature, *Hum. Resour. Manag. Review*, v. 29, n. 2, p. 156-178, 2019.

FURTADO, C. *O mito do desenvolvimento econômico*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1974.

GROSGOUEL, R. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. *Soc estado*, v. 1, n. 31, p. 25-49, 2016.

GROSGOUEL, R. Decolonizing post-colonial studies and paradigms of political-economy: Transmodernity, decolonial thinking, and global coloniality. *Transmodernity: journal of peripheral cultural production of the luso-hispanic world*, v. 1, n. 1, 2011.

GROSGOUEL, R. Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 80, p.115-147, 2008.

HARARI, Y. N. *Homo Deus: A brief history of tomorrow*. London: Harvill Secker; 2015.

LASCOURMES, P.; LE GALÉS, P. *Sociologia da Ação Pública*. Maceió: EDUFAL; 2012.

LATOUR, B. O objetivo da ciência não é produzir verdade indiscutíveis, mas discutíveis. *Correio do Povo* [entrevista concedida ao site Correio do Povo] 2017. Disponível em: <https://www.correiodopovo.com.br/blogs/di%C3%A1logos/bruno-latour-o-objetivo-da-ci%C3%A2ncia-n%C3%A3o-%C3%A9-produzir-verdade-indiscut%C3%ADveis-mas-discut%C3%ADveis-1.306155>

LATOUR, B. *Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede*. Bauru, SP: EDUSC, Salvador, BA: EDUFBA, 2012.

- MAX-NEEF, M. A.; ELIZALDE, A.; HOPENHAYN, M. *Desarrollo a escala humana: conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Barcelona: Icaria Editorial, 1994.
- MERCEDES, P. F.; GÉRVAS, J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Méd. Clín. (Barc)*, England, v. 118, n. 2, p. 65-67, 2002.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANADARINO, A.C .S.; GOMBERG, E. (org.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora, 2009. p. 29-74.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
- MIGNOLO, W. *Histórias globais projetos locais*. Colonialidade, saberes subalternos e pensamento liminar. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.
- MIGNOLO, W. D. *Historias locales/diseños globales: colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo*. España: Akal As, 2003.
- MORAES, B. A.; COSTA, N. M. da S. Compreendendo os currículos à luz dos norteadores da formação em saúde no Brasil. *Rev. esc. enferm. USP* [periódico da Internet], v. 50, n. spe, p. 9-16, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016001100009&lng=en. Acesso em: 04 set. 2019.
- NDLOVU-GATSHENI, S. J. Why decoloniality in the 21st century. *The thinker*, v. 48, p. 10-15, 2013.
- QUIJANO, A. Colonialidad y modernidad/racionalidad. *Perú indígena*, v. 13, n. 29, p. 11-20, 1992.
- RIVERA CUSICANQUI, S. Ch'ixinakax utxiwa. Una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores. Buenos Aires: Tinta Limón, 2010.
- WALLERSTEIN, I. *O fim do mundo como o concebemos: ciência social para o século XXI*. Rio de Janeiro: Revan, 2002.
- WELCH, H. G. *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health*. Boston: Beacon Press, 2011.

Nota

¹ P. A. Bezerra, P. Cavalcanti e L. B. de A. Moura participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Abstract

Coloniality and health: cross-looks between different fields

Raised to a level of legitimacy in synch with the global social order of capitalism, modern science describes and prescribes standards for the ethics of care, aesthetic consideration of bodies, and for the layouts of health policies. This study aims to analyze the health field in the light of postcolonial and public policy theories, presenting the challenge of interdisciplinarity as a counterpoint to the establishment. This is a comprehensive review of literature on public policies and postcolonial theories, exploring the main productions of the area in order to unveil current dynamics and trends. A decolonial theoretical framework was adopted to explore perspectives of ethics, aesthetics and politics in the health field. The caring practices dimension of health work has been minimized in detriment of a professionalism impregnated by emotional distancing and neutrality, which is increasingly focus on technological innovations. In search for “health care”, the individuals carry socially and scientifically constructed demands, but their knowledge is often delegitimized. Given the current neoliberal agenda, it is imperative to discern the challenges surrounding the Brazilian health system and to strengthen local cultural knowledge.

► **Keywords:** Colonialism. Unified Health System. Public Policy. Health.

