


# Epistemologias do Sul e descolonização da saúde: por uma ecologia de cuidados na saúde coletiva


## Epistemologies of the South and decolonization of health: for an ecology of care in collective health

**João Arriscado Nunes<sup>a</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0003-0109-8268>

E-mail: jan@ces.uc.pt

**Marília Louvison<sup>b</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0003-1630-3463>

E-mail: mariliacpl@gmail.com

<sup>a</sup>Universidade de Coimbra. Centro de Estudos Sociais e Faculdade de Economia. Coimbra, Portugal.

<sup>b</sup>Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, SP, Brasil.

### Resumo

Este ensaio aborda a importância da descolonização da saúde, fundamentada no referencial teórico das epistemologias do Sul de Boaventura de Sousa Santos, e aponta para uma ecologia de cuidados a ser produzida no campo da saúde coletiva, abordando saúde e doença, sofrimento e cura, agravo e cuidado por formas de luta que emergem no enfrentamento das dinâmicas capitalista, colonialista e patriarcal. O processo de biomedicalização tem se produzido na emergência de uma monocultura de concepções dominantes do saber biomédico que define as condições de validade do conhecimento e das intervenções sobre saúde, doença, cuidado e cura. Esta análise aponta para a importância de pesquisas colaborativas e não extrativistas que partem do reconhecimento dessa diversidade de saberes, práticas e experiências, da sua copresença e dos seus encontros, das lutas pela justiça social e cognitiva e das múltiplas e diversificadas lutas pelo acesso à saúde e aos cuidados de saúde. As relações entre a saúde coletiva e os saberes e práticas do cuidado e da cura que fazem parte da experiência e do mundo dos povos indígenas aparecem como um exemplo importante para o aprendizado de um pensamento e de um agir ecológico em saúde.

**Palavras-chave:** Saúde Coletiva; Descolonização da Saúde; Biomedicalização; Epistemologias do Sul.

### Correspondência

Marília Louvison

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública.

Av. Dr. Arnaldo, 715. São Paulo, SP, Brasil. CEP 01246-904.

## Abstract

This essay focuses on the importance of decolonizing health care, based on the theoretical framework of the epistemologies of the South proposed by Boaventura de Sousa Santos, and points to an ecology of care to be produced in the field of public healthcare, approaching health and illness, suffering and healing, disorder and care through struggles that emerge in facing capitalist, colonialist and patriarchal dynamics. The process of biomedicalization emerges within a monoculture of dominant conceptions of biomedical knowledge that define the terms of validity of knowledge and interventions on health, illness, care and healing. This analysis points to the importance of collaborative and non-extractivist research projects based on the recognition of the diversity of knowledges, practices and experiences, of their copresence and their encounters, of the struggles for social and cognitive justice and of the multiple and diverse struggles for health and access to medical care. The relations between collective health and the knowledge, care, and healing practices that are part of the experience and of the world of the indigenous peoples emerge as an important example of how to learn to think and act ecologically in the field of health.

**Keywords:** Collective Health; Health Decolonization; Biomedicalization; Epistemologies of the South.

## Introdução

A medicina moderna ocidental constitui-se como um domínio de saberes e de práticas com uma relação privilegiada com o conhecimento biológico e sujeito a uma intervenção humana especializada, podendo ser separado e autonomizado quanto a outros aspectos da vida social. Mesmo as definições “ampliadas” de saúde adotadas na *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (ONU, 1948) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946) – posteriormente inscritas nas constituições de vários países, incluindo a do Brasil (1988) – partem da centralidade das definições de doença, saúde e bem-estar em que se baseia a medicina ocidental. As concepções dominantes do direito à saúde e do acesso a ela e a um ambiente e condições de vida que a protejam e promovam filiam-se numa monocultura da doença, da saúde, do cuidado e da cura que tem no seu centro a configuração de saberes, práticas e instituições que, desde o período posterior à Segunda Guerra Mundial, tem sido designada “biomedicina”, tornando-se a versão hegemônica do conhecimento e das práticas sobre saúde e doença.

Por todo o mundo, contudo, os distúrbios, as doenças ou aflições que afetam a vida humana são descritos e entendidos recorrendo a diferentes vocabulários, modos de conhecer e ontologias. As práticas de cura enquanto resposta a formas diversas de sofrimento encontram-se em todas as sociedades, mas são geralmente ligadas a forças, processos e entidades que não podem simplesmente ser divididos entre orgânicos, psíquicos e sociais, naturais ou decorrentes da ação humana. As maneiras de descrever e dividir o mundo podem ser muito diferentes quando se considera a imensa diversidade de sociedades, comunidades e coletivos.

A visão naturalista em que assenta a medicina ocidental moderna foi introduzida na maioria das sociedades pelos mesmos canais que trouxeram o colonialismo, trazendo em sua esteira um rastro de desqualificação, supressão, invisibilização ou apropriação de outros conhecimentos e práticas, chegando mesmo à eliminação física daqueles e daquelas que protagonizavam esses saberes e experiências. No Sul global, a biomedicina – resultado da fusão entre conhecimento biológico e

saberes e práticas médicas - e a concepção de saúde como um domínio separado de conhecimentos, práticas, profissões e instituições expandiu-se sob a forma da medicina tropical e, nos nossos dias, da saúde global.

A diversidade dos “idiomas da aflição” (Nichter, 1981) e dos vocabulários e expressões do sofrimento, ainda que não esgote o que está em causa quando se trata de concepções e experiências da vida e da morte, da violência e do sofrimento, da doença e da cura, oferece um ponto de entrada conveniente para o envolvimento e diálogo com compreensões não eurocêntricas do que conta como “saúde”, “transtorno” e “doença” e para a exploração das dinâmicas emergenciais de ecologias de saberes e práticas sobre o cuidado e a cura (Meneses, 2004). Esse diálogo não implica rejeitar os saberes e práticas da biomedicina, mas analisar rigorosamente tanto suas importantes e incontornáveis contribuições para o conhecimento e enfrentamento da doença como o seu caráter parcial, que justifica a exigência de se reconhecer a diversidade de experiências, saberes e práticas que procuram lidar com o sofrimento e a doença, o cuidado e a cura. Garantir o acesso aos recursos da biomedicina e às condições de produção dos seus conhecimentos é um dos lados da luta pela justiça cognitiva global e pelo direito à saúde; o outro lado é o reconhecimento dessa diversidade, que nasceu e nasce das lutas de povos, comunidades, movimentos sociais e diferentes grupos que criam formas próprias de experimentar e validar conhecimentos e práticas de cura.

Nas seções seguintes, apresenta-se um conjunto de proposições para um programa de pesquisa colaborativa e não extrativista que parte do reconhecimento dessa diversidade, da sua copresença e dos seus encontros, das lutas pela justiça social e cognitiva e das múltiplas lutas pelo acesso à saúde e aos cuidados de saúde, pelo reconhecimento das variadas concepções de saúde e dos conhecimentos e práticas do cuidado e da cura, e pelo direito à proteção dos modos de vida e das ecologias inseparáveis dessas experiências, saberes e práticas. As relações entre a saúde coletiva e os saberes e práticas do cuidado e da cura que fazem parte da experiência e do mundo dos povos indígenas apresentam-se como um exemplo importante para o aprendizado de um pensamento e de um agir ecológico em saúde.

## Epistemologias do Sul, descolonização da ciência e justiça cognitiva

As epistemologias do Sul constituem atualmente um programa de pesquisa materializado numa diversidade de projetos e intervenções em diferentes regiões do mundo, inspirado na obra de Boaventura de Sousa Santos. Segundo esse autor, “as epistemologias do Sul referem-se à produção e validação de conhecimentos ancorados nas experiências de resistência de todos os grupos sociais que têm sido sistematicamente vítimas da injustiça, opressão e destruição causadas pelo capitalismo, pelo colonialismo e pelo patriarcado” (Santos, 2018, p. 19). O Sul refere-se aqui ao conjunto muito amplo e diversificado dessas experiências que, em diferentes contextos e regiões do mundo, tanto no Sul como no Norte geográficos, nascem de lutas e ações de resistência à dominação imperial. Noutra formulação, o mesmo autor descreve o Sul como o nome do sofrimento injusto e desnecessário que existe no mundo, e as resistências e lutas contra esse sofrimento, nas suas múltiplas formas (Santos, 2014, 2018; Santos; Meneses, 2010).

As epistemologias do Sul abordam a saúde e a doença, o sofrimento e a cura, o agravo e as formas de cuidar por meio das formas de luta que emergem no enfrentamento das dinâmicas capitalista, colonialista e patriarcal. Estas potencializam-se mutuamente para criar formas de dominação, opressão e exclusão, gerando e perpetuando zonas de não ser e de predação, de destruição ecológica e de modos de existência, e de exclusão abissal de uma parte crescente da população mundial. A justiça cognitiva, indissociável da justiça social e da justiça ecológica, alimenta as respostas que emergem dessas lutas, exigindo o acesso aos saberes, meios e práticas da biomedicina, mas também o reconhecimento da diversidade de saberes e práticas de cura e de cuidado que existem no mundo. A descolonização dos saberes hegemônicos produzidos pela ciência moderna - incluindo a biomedicina - é um momento decisivo dessa luta pela justiça cognitiva.

Essa descolonização da ciência moderna e dos seus conhecimentos não implica em uma descontinuidade radical com a ciência moderna ou a sua rejeição. Procura-se, antes, identificar e

promover condições para o reconhecimento mútuo e o diálogo entre os conhecimentos e saberes existentes no mundo, incluindo os da ciência moderna, sem desqualificações ou supressões, com particular atenção aos saberes e práticas que emergem das experiências e lutas pela dignidade e pela vida contra as diferentes formas de opressão e de exclusão. Os encontros entre diferentes conhecimentos por meio de abordagens participativas e não extrativistas abrem caminho para ecologias de saberes apoiadas nos conhecimentos e práticas nascidas daquelas experiências e lutas.

Os idiomas utilizados para nomear o Sul são múltiplos e frequentemente têm origem na autonegação por aqueles e aquelas que sofrem as diferentes formas de opressão e dominação, mas também nas descrições e conceptualizações de intelectuais comprometidos com as suas lutas: “condenados da terra” (Frantz Fanon), “oprimidos” (Paulo Freire), “subalternos” (Antonio Gramsci, Ranajit Guha, Gayatri Spivak), “pobres” (Paul Farmer), “classes populares” (Victor Valla). As epistemologias do Sul dão especial atenção ao fenômeno da exclusão, distinguindo a exclusão não abissal, associada às desigualdades nas zonas de sociabilidade metropolitana caracterizada pela tensão entre regulação e emancipação, e a exclusão abissal, própria das zonas de sociabilidade colonial, dominadas pela relação entre violência e apropriação (Santos, 2014). O nexo entre a autonegação e a conceitualização pode variar conforme as orientações e proposições epistemológicas e teóricas e as formas de relacionamento entre a produção de conhecimento e as experiências e lutas de povos, comunidades, movimentos sociais e grupos marginalizados e perseguidos. O reconhecimento dessa relação é importante para entender os diferentes modos de relacionamento entre saberes, práticas, experiências, coletivos e modos de intervenção que encontramos associados a versões emancipatórias da saúde e do direito à saúde.

A descolonização do conhecimento hegemônico tem dois momentos, associados a procedimentos distintos mas interligados. O primeiro momento é designado “sociologia das ausências”; o segundo, “sociologia das emergências” (Santos, 2014, 2018). A sociologia das ausências procura identificar

os silêncios, as supressões, invisibilizações e desqualificações que negam a existência de outros saberes ou os convertem em formas de ignorância, oposta ao conhecimento alegadamente verdadeiro e rigoroso da ciência. Dessa forma, os saberes validados pela ciência ou pelos conhecimentos reconhecidos como tal por instituições ou autoridades credenciadas (conhecimentos acadêmicos ou profissionais, por exemplo, ou sancionados por autoridades religiosas como teologia) adquirem a condição de monoculturas. Santos (2018) chama atenção para três condições que devem ser identificadas neste processo, constituindo o que designa “hermenêutica descolonizadora”. A primeira é a atenção à parcialidade de todo conhecimento: todas as formas de conhecimento têm como seu reverso formas correspondentes de ignorância; desconsiderar essa condição de parcialidade corresponde a desconsiderar aquilo que uma dada forma de conhecimento não é capaz de reconhecer, relegando aquilo que não se conhece à condição de inexistente ou de obstáculo ao avanço do verdadeiro conhecimento.

A segunda condição é a natureza abissal da parcialidade: “Juntamente com o direito, a ciência moderna tornou-se [...] o principal produtor de ausências, criando ativamente realidades invisíveis, irrelevantes, esquecidas e inexistentes” (Santos, 2018, p. 232). A destruição, declaração de inexistência ou apropriação predadora de outros conhecimentos está ligada indissociavelmente a essa produção ativa da linha abissal que separa sociabilidade metropolitana e sociabilidade colonial.

A terceira condição é a tensão entre autonomia e confiança, a que voltaremos mais adiante. A afirmação da autonomia e objetividade do conhecimento científico pode transformar-se em justificativa para a supressão de outros saberes e experiências, servindo de pretexto a uma reivindicação de autoridade que exige confiança incondicional no saber científico e nos seus porta-vozes, mas permitindo igualmente desenvolvimentos e apropriações desse conhecimento com vista a projetos de dominação e opressão.

A sociologia das ausências não se limita a identificar essas lacunas e as condições que permitem que uma dada forma de conhecimento as produza ativamente e transforme essa produção em

premissa da existência e afirmação continuada da sua condição de monocultura. Ela “opera através da substituição de monoculturas por ecologias” (Santos, 2014, p. 175), a qual passa por uma definição do que se entende, nesta perspectiva, por “ecologia”. Damos a palavra, de novo, a Boaventura de Sousa Santos (2014, p. 175):

Entendo por ecologia a diversidade sustentável baseada numa racionalidade complexa. Trata-se, assim, de um conceito normativo baseado nas seguintes ideias: O valor da diversidade, complexidade e relacionalidade deve ser reconhecido: nada existe por si mesmo; algo ou alguém existe porque existem outras coisas ou pessoas. A diversidade relacional e complexa significa que os critérios que definem a diversidade são eles próprios diversos. A escolha entre esses critérios é uma escolha política e, para que se respeite a diversidade, deve ser baseada em processos democráticos radicais e interculturais. A robustez das relações depende do cuidar da diversidade e do exercício da vigilância contra tentações monoculturais que vêm tanto de dentro como de fora, mesmo que a distinção entre o que está dentro e o que está fora seja intrinsecamente problemática.

A palavra “ecologia” designa inseparavelmente, nesta perspectiva, uma maneira de pensar/organizar o mundo e uma descrição de intervenção no mundo. O que a caracteriza é a ênfase na relação, na interdependência e na sustentabilidade, mas sempre com atenção à heterogeneidade e diversidade e à incerteza. O conceito de ecologia está vinculado de maneira indissociável a formas de política ontológica - de ações que contribuem para criar versões do mundo - distintas das que se baseiam em visões não ecológicas, como, por exemplo, formas de compreensão e de enfrentamento de doenças infecciosas ou do transtorno mental vinculadas a noções de causalidade linear: a causa da tuberculose é um bacilo, o distúrbio mental é causado por um desequilíbrio na química do cérebro. Em ambos os casos, a complexidade relacional e processual do adoecimento ou do aparecimento e evolução do transtorno é ignorada ou secundarizada perante a identificação da doença ou do transtorno com uma entidade ou processo reconhecível pelas nosologias das especialidades médicas respetivas.

A experiência do sofrimento associada à doença ou ao transtorno e a compreensão dos processos que estão na sua origem é assim fragmentada, reafirmando as segmentações e divisões do mundo resultantes da organização disciplinar do conhecimento científico, da sua parcialidade e da natureza abissal desta, como já foi referido. A ciência conhece mediante procedimentos que separam, fragmentam e reduzem aquilo que estuda. Mesmo quando reconhece a relevância de processos que se situam fora do seu espaço delimitado de saber, disciplinas e especialidades tratam-nos, em geral, como fatores externos, que podem condicionar ou influenciar processos, como o adoecimento, e que são descritos e explicados nos termos da disciplina ou especialidade em causa. Em certos casos, esses fatores considerados externos podem ser internalizados e convertidos em elementos da descrição e explicação do processo de adoecimento - como mostra a história do conceito e prática da prevenção na medicina ocidental moderna (Arouca, 2003).

É importante, porém, reconhecer as diferenças entre as versões do conhecimento científico que emergem do pluralismo interno das ciências, a partir dos debates e experiências que envolvem os seus praticantes, e as que se forjam nas relações entre essas versões e os saberes e práticas emergentes de experiências e lutas contra formas de dominação e opressão que se manifestam no sofrimento, na doença, na violência em suas diferentes formas e na precariedade da existência, mas também no seu enfrentamento por meio de saberes e práticas da solidariedade, do cuidado e da cura. Importa, por isso, dar especial atenção às condições em que se constituem versões do pluralismo interno abertas à interlocução e ao diálogo com essas outras experiências e saberes (Nunes, 2019; Santos; Meneses; Nunes, 2004).

A sociologia das emergências, por sua vez, postula a identificação de experiências, conhecimentos e práticas nascidas das lutas e resistências contra as diversas formas de opressão e dominação, especialmente as que decorrem da dominação capitalista, colonial e patriarcal. Uma luta é uma afirmação de liberdade que, em certas condições, pode se transformar em ação coletiva de libertação. As práticas de sobrevivência cotidiana dos grupos, comunidades e pessoas

abissalmente excluídos constituem formas de luta, tal como os movimentos sociais e experiências de ação coletiva, muitas vezes resgatando, recriando ou reinventando experiências e histórias de lutas e resistências passadas (Santos, 2018).

Na seção seguinte propomos uma sociologia das ausências que identifica as principais características do que designamos uma monocultura de saberes e práticas da saúde medicalizada, procurando discernir as formas de pluralismo ou dissenso interno que abrem espaço para o diálogo.

## Saúde e (bio)medicalização

A medicina ocidental apresenta várias particularidades que a diferenciam de outros sistemas médicos e de saberes e práticas relacionados com doença e saúde. Primeiro, sua constituição em domínio separado e autônomo em relação a outras práticas sociais - como a religião, por exemplo -, reivindicando o direito de governar-se e regular-se segundo os seus próprios critérios de distinção entre o verdadeiro e o falso. Na história da medicina, esta reivindicação e afirmação de autonomia tem coexistido - e serviu para legitimar - com a medicalização de problemas de diferentes domínios da vida social, ou seja, a sua caracterização como questões que podem ser identificadas, diagnosticadas e solucionadas pela sua redefinição como fenômenos patológicos ou por intervenções modeladas pela medicina ou saúde pública. Esta autonomização do domínio dos saberes da doença e da cura caracteriza-se pela reivindicação de um exclusivismo epistemológico, à custa da invisibilização, desqualificação ou destruição de modos de cuidar que não assumem essa autonomia, as divisões corpo/espírito-alma-mente ou a ontologia naturalista próprias da ciência moderna.

Em segundo lugar, a tensão entre a capacidade de curar mas também de causar dano. Essa capacidade, reconhecida aos curadores em todas as formas de saberes e práticas de cura, é reformulada como obrigação inscrita no juramento hipocrático: acima de tudo, não causar dano ao paciente, sendo que, caso este ocorra, ele será atribuído seja a erro médico ou à violação, voluntária ou involuntária, desse preceito. A dimensão iatrogênica da biomedicalização -

ela própria geradora de efeitos patogênicos (Foucault, 1976; Illich, 1975; Tesser, 2017) - é assim entendida não como expressão da dupla condição de *pharmakón* (o termo grego para designar aquilo que pode ser remédio ou veneno, consoante a dose e o uso) que o conhecimento médico partilha com outros saberes do cuidado e da cura, mas como uma tensão que encontrará resposta no próprio progresso da biomedicalização.

Esta situação em escala global e nos diferentes contextos em que se manifestam essas carências - como se tornou claro nas emergências sanitárias recentes, como a epidemia de ébola na África Ocidental em 2014 ou a atual pandemia de covid-19 - obriga a reconsiderar o que se entende por direito à saúde (Nunes, 2009). Não é possível reduzir esse direito ao acesso a cuidados de saúde. Na história recente da saúde global, esse acesso foi frequentemente delimitado e reduzido, seja à resposta a problemas considerados urgentes, seja a iniciativas de prevenção e educação. Invocando argumentos que reproduzem ou requeimam velhas teses colonialistas sobre os obstáculos culturais, a ignorância ou a superstição dos “nativos” do Sul global, estes foram e continuam a ser privados de acesso a tratamentos de doenças evitáveis ou curáveis e de condições crônicas ou cronicadas - como a aids -, sem que sejam garantidos o acesso a atenção básica e a cuidados de maior complexidade, as condições para a formação de profissionais, o acesso e a produção de conhecimento e de recursos para a saúde e o reconhecimento e diálogo com a diversidade de saberes, práticas e experiências que têm permitido, em condições de grande vulnerabilização, responder a eventos extremos de emergência sanitária.

Tem por isso razão Petryna (2013) em evidenciar o fato de que a garantia do direito à saúde não pode ser apenas do direito ao acesso à atenção ou a medicamentos, mas também o que ela chama de “direito à recuperação”. Sem este, a condição iatrogenizadora da biomedicina potencializa a do colonialismo e do capitalismo neoliberal (Wallace et al., 2015). Essa realização, no entanto, pode encontrar múltiplas formas de limitação, como acontece com a cidadania farmacêutica instaurada no Brasil pelo programa de distribuição gratuita e universal de antirretrovirais a pessoas

soropositivas ou com aids sem que o atendimento no sistema de saúde seja garantido. A saúde como direito deve ser entendida como realização da justiça cognitiva, enquanto condição da justiça sanitária e da justiça social.

Após a Segunda Guerra Mundial, o campo da medicina passou por um processo de reconstrução/redefinição e transformação pela convergência/imbricação dos saberes e práticas das ciências da vida e da medicina, especialmente da medicina clínica e da epidemiologia. Essa convergência e reconstrução dos saberes da área coexiste com divisões disciplinares e com a fragmentação do saber médico, ampliando a tendência para a especialização. Este processo, designado nas ciências sociais em saúde de “biomedicalização da saúde”, transforma de maneira significativa as formas de ampliação da jurisdição dos saberes da medicina (Nunes, 2012).

As características principais desse processo de biomedicalização podem ser resumidas do seguinte modo:

- emergência de uma monocultura do (novo) saber biomédico, que define a validade do conhecimento e das intervenções sobre a doença para a sua prevenção, diagnóstico, tratamento, prognóstico e cura; dependência de uma tecnocultura que implica fortes investimentos em pesquisa e desenvolvimento; definição de um novo regime de verdade, assente na pesquisa laboratorial e no ensaio clínico aleatório e com controle, na medicina baseada em evidências e sua extensão para a saúde pública como procedimentos de produção e validação de conhecimento que gera uma bateria de métricas de aplicação alegadamente universal (Adams, 2016); reafirmação da centralidade do hospital como espaço de plataformas que articulam biologia e patologia, os saberes da clínica e os saberes do laboratório; domesticação da incerteza pelo conceito de risco e da ignorância por via da noção de efeito placebo; privilégio da escala celular e molecular na explicação da doença, coexistindo com

práticas interescares na clínica; ampliação da ideia de prevenção para incluir efeitos iatrogênicos dos procedimentos médicos; persistência de divisões de especialidade em tensão com uma maior fragmentação temática da pesquisa, implicando formas de interlocução e articulação entre saberes disciplinares e de especialidade; pluralismo interno, mas sujeito a validação pelas normas da monocultura;

- criação ou transformação das instituições de cuidado, pesquisa, formação e certificação em saúde, sociedades científicas e médicas, publicações, reuniões e encontros científicos;
- ampliação do que conta como saúde, ligando o passado, o presente e o futuro mediante o conceito central de risco e de novas formas de vigilância permitidas pelos recursos tecnocientíficos (genética, genômica, imagiologia);
- privatização tendencial do setor da saúde e da prestação de cuidados; emergência de um setor capitalista na saúde, incluindo seguros de saúde, parcerias público-privadas, unidades de saúde e organizações de pesquisa clínica privadas e outras;
- importância crescente do biocapital e de formas extrativistas-predatórias de territórios, corpos, biodiversidade, saberes e práticas ditas tradicionais e locais como base de novas formas de acumulação de biocapital; alianças com setor financeiro, de seguros e indústria farmacêutica e biotecnológica;
- emergência de novas profissões ligadas à expansão da saúde e à sua transformação em imperativo;
- criação de novos sujeitos da saúde e de novas formas de cidadania (biológica, farmacêutica, sanitária, biossocial etc.); emergência de movimentos sociais ligados à condição de portador(a) de doença ou distúrbio, ou pelo reconhecimento destes (Nunes, 2009);
- criação de uma infraestrutura de âmbito tendencialmente global e com pretensão de universalidade, por meio da saúde global e das novas instituições globais, fundações

e outras, com correspondente redução do papel e do poder da Organização Mundial da Saúde e a modificação na definição de prioridades de pesquisa e intervenção e do seu financiamento; concepção do mundo como laboratório, atualizando uma tradição que vem do pasteurismo e passa pela medicina colonial e a medicina tropical; orientação crescente para doenças “emergentes” ou “reemergentes” que ameaçam o Norte, redefinição de condições endêmicas nos países do Sul e entre setores de populações excluídas do Norte como doenças negligenciadas ou de populações negligenciadas; articulação entre dois regimes, biossegurança/vigilância global e medicina humanitária (Lakoff, 2017).

## Para uma ecologia de saberes e práticas na saúde

O pluralismo interno atravessa a história da medicina moderna desde a sua consolidação no século XIX, como mostrou Rudolf Virchow (apud Farmer, 2005), que foi não apenas um dos pioneiros do uso de práticas laboratoriais, mas também da medicina social e da ideia da natureza da medicina como política por outros meios.

Os debates e as controvérsias que marcam a história da área incluem não só o enfrentamento interno de posições na medicina e na epidemiologia, mas também diálogos com correntes críticas ou heterodoxas noutras disciplinas e áreas do saber, como, por exemplo, a biologia ecológica do desenvolvimento (Gilbert; Epel, 2015) ou as correntes da imunologia que postulam uma compreensão ecológica desta (Tauber, 2017). Estas correntes colocam sob escrutínio a ideia da individualidade das espécies/organismos e da sua evolução, propondo em seu lugar conceitos como **holobionte**, que considera um organismo como um consórcio de organismos diversos existindo em relações de cooperação (Gilbert; Sapp; Tauber, 2012).

Dessa forma, é sublinhada a condição generalizada de interdependência que torna possível a vida. A própria existência de monoculturas não é concebível sem essas teias de interdependências,

como se pode verificar no caso da monocultura das espécies vegetais e animais, mas também das monoculturas do saber, como a da saúde biomedicalizada, que se sustenta em trocas, apropriações e circulações de conhecimentos, práticas, instrumentos e competências expressas na própria caracterização da medicina contemporânea como encontro entre a patologia e a biologia, os saberes da doença e os saberes da vida. A celebração e legitimação da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade – e, ocasionalmente, da transdisciplinaridade – coexiste com uma prática seletiva de relação entre saberes e práticas, a que voltaremos mais adiante.

No domínio da saúde, a noção de ecologia convida, por exemplo, a considerar a diversidade de entidades, forças e relações que constituem as ecologias – como vírus, bactérias, fungos, líquens –, os processos metabólicos que tornam possível a vida e que problematizam a noção de organismo, ou as novas concepções da imunidade e do sistema imunitário. Mas ela pode abrir também para um olhar mais complexo e amplo a partir do momento em que entram relações que têm a ver com as intervenções humanas, como é o caso das intervenções em saúde ou em políticas ambientais ou com impacto ambiental e na saúde. O que está dentro e fora da ecologia torna-se, assim, uma definição decorrente de uma política ontológica (Levins, 1998).

A leitura ecológica permite mostrar os limites da leitura monocultural da saúde biomedicalizada e, simultaneamente, mobilizar os recursos do saber científico para a procura das conexões parciais que abrem esse espaço para as ecologias dos saberes da/na saúde e para ecologias do cuidado.

Como abrir um espaço de interlocução entre as versões das ciências da vida e da saúde que exploram e, em certos casos, colocam desafios aos limites da sua concepção monocultural e outros saberes da saúde e da doença, do cuidado e da cura, como os saberes dos povos indígenas? Esta interlocução torna-se indispensável perante as novas formas de infecção que proliferam e que parecem exigir o recurso à biomedicina para poderem ser enfrentadas. Mas há um ponto em que essa interlocução pode apoiar-se: o reconhecimento pelas cosmovisões indígenas de entidades e de



forças invisíveis ou irreconhecíveis por outras epistemologias/ontologias, e a possibilidade de encontro dos diferentes existentes através das próprias histórias que essas cosmovisões constroem e que abrem para a construção “sobre” a diferença de respostas dirigidas a problemas urgentes, como os surtos infecciosos ou as ameaças ao equilíbrio ecológico.

Para este diálogo, a abordagem ecológica, entendida como descrição de fenômenos mas também como modo de criar relações entre saberes e práticas baseadas na tradução intercultural, deve ter em conta, nessas duas perspectivas, questões como as escalas e relações entre escalas, as temporalidades, o que é relevante e não é para o problema em causa, os modos de decidir qual forma de saber ou de configuração de saberes permite responder mais adequadamente ao problema.

A partir das situações de copresença radical e das formas de tradução intercultural que possibilitam a criação de espaços de interlocução que respeitem a diferença de saberes e de culturas, podem emergir os conjuntos de semelhanças/proximidades (Santos, 2018) que permitem as ecologias de saberes e de práticas, as ecologias do cuidado, no sentido amplo recordado por Puig de la Bellacasa (2017): tudo o que fazemos para manter, continuar e reparar o mundo em que procuramos a melhor vida possível, como parte de uma teia complexa e interdependente, em que tecemos as relações que sustentam a vida e a existência.

Neste processo, é fundamental reconhecer e articular as formas de conexão parcial entre biomedicina e outras formas de saberes e práticas do cuidado e da cura, da forma que for mais adequada e eficaz para responder à situação.

A apresentação e discussão das invenções metodológicas que nascem das diferentes resistências e lutas na saúde e dos desafios que elas enfrentam, dada a centralidade da metodologia na afirmação do conhecimento hegemônico e da sua autoridade epistêmica, terá de ser deixada para outra ocasião. Alguns desses desafios, colocados a várias experiências na saúde coletiva ou no diálogo com esta, começaram a ser discutidos noutros lugares - por exemplo, por Fasanello, Nunes e Porto (2018), Siqueira-Silva e Nunes (2018) e Vieira (2019). Para responder a esses desafios, é importante resgatar as experiências

de intelectuais engajados como Paulo Freire e Orlando Fals Borda, entre outros, que nos legaram uma vasta experiência e elenco de procedimentos participativos e não extrativistas e de práticas da educação popular hoje reapropriadas e renovadas pelo diálogo e pelas artesanias de práticas nascidas das lutas e resistências pela dignidade humana, seja esta expressa na linguagem dos direitos humanos ou noutras linguagens. Contra a separação moderna entre razão e afeto, as metodologias colaborativas e não extrativistas afirmam uma razão quente, um sentirpensar, como lhe chamou Fals Borda (2009), que não separa a validação do conhecimento da sua capacidade de responder ao sofrimento humano e de reconhecer a pertença dos seres humanos a um mundo que partilham com outras espécies, entidades e forças. Assim se torna possível trabalhar para o conhecimento mútuo e tradução intercultural entre universos de experiência, pensamento e linguagem e explorar as possibilidades de respostas apoiadas no diálogo entre experiências e saberes artesanais e os saberes científicos e técnicos produzidos em relação com lutas ou que são apropriáveis para essas lutas (Santos, 2018).

Como abrir um espaço de interlocução entre as ciências da vida nas suas novas versões e, por exemplo, os saberes indígenas? Esta interlocução aparece não apenas como desejável, mas como necessária e urgente perante novas ameaças à vida e à própria existência de um planeta capaz de a sustentar e alimentar, como a poluição ambiental e contaminação decorrentes de intervenção humana associada a tecnologias ou formas capitalistas e predatórias de produção. As condições desse novo diálogo passarão pelo reconhecimento de entidades e de forças invisíveis para a epistemologia/ontologia ocidental/moderna, por meio das próprias histórias que culturas e epistemologias/ontologias indígenas constroem, permitindo elaborar “sobre” a diferença formas adequadas de resposta a problemas urgentes, como os surtos infecciosos ou as várias formas de destruição e degradação ecológica. E o que trazem esses saberes e práticas “outros” sobre a maneira de responder? As experiências dos encontros dos povos indígenas do Brasil com a biomedicina e com a saúde coletiva podem ajudar a compreender as possibilidades e dificuldades da emergência de novas configurações de saberes e de práticas.

## Epistemologias do Sul, saúde coletiva e saúde indígena: rumo a ecologias da vigilância e do cuidado

A saúde coletiva tem sido caracterizada como um campo de saberes e de práticas (Paim; Almeida Filho, 2000) ou, tendencialmente, como um espaço de saberes e de práticas que se organiza como um campo, no sentido apontado por Bourdieu (Vieira-da-Silva, 2018). Na sua origem está o encontro entre a medicina social e as ciências sociais, em particular a sociologia (Vieira-da-Silva, 2018). Atualmente, são identificadas como matriciais para o campo da saúde coletiva três grandes áreas de saberes e práticas: a epidemiologia, o planejamento e gestão de políticas de saúde e as ciências sociais e humanas. Não é possível, no espaço deste artigo, recapitular a história da saúde coletiva, da sua constituição como campo e das suas transformações, mas é importante apontar algumas questões que sobressaem quando se procura interrogar a relação entre a saúde coletiva e a diversidade de saberes e práticas da saúde e da doença, do cuidado e da cura que existem na sociedade brasileira e que são uma parte fundamental da heterogeneidade e da diversidade social, cultural e territorial do país, assim como das múltiplas manifestações do sofrimento humano e da exclusão, abissal e não abissal, que afetam a maioria da sua população.

A história da saúde coletiva tem sido marcada por uma atenção prioritária ao pluralismo interno da saúde biomedicalizada e, em particular, às manifestações do que, retomando uma expressão de Donna Haraway e María Puig de la Bellacasa, podemos chamar as formas de **dissenso interno** que a atravessam (Puig de la Bellacasa, 2017). Segundo estas autoras, esse dissenso abre um espaço que permite pensar formas do que designam de **ontologia relacional**.

O conceito de ecologia de saberes, proposto no quadro das epistemologias do Sul, amplia e complexifica essa abertura, a partir da ideia de copresença radical de pluriversos com os seus saberes e práticas. A possibilidade de emergência de ecologias de saberes depende da capacidade de identificação do que Boaventura de Sousa

Santos (2018) chama “conjuntos de semelhanças/proximidades”, que permitem o reconhecimento de preocupações e o trabalho conjunto de criação de respostas a problemas definidos como comuns. Essas respostas se assentam, simultaneamente, no reconhecimento e respeito das diferenças e na procura dos pontos de convergência e acordo para a ação comum. Elas emergem de lutas contra diferentes formas de opressão, de exclusão e de violência. Neste processo, os saberes e práticas associados ao referido dissenso interno da saúde biomedicalizada são levados a reconhecer os seus limites e as possibilidades de diálogo com outros saberes e práticas.

A experiência da saúde coletiva mostra que o dissenso interno não garante as condições que possibilitam a emergência de ecologias de saberes e de práticas, mas que ele é um momento significativo de abertura ao reconhecimento dos limites e das formas específicas de ignorância que caracterizam todos os saberes. A possibilidade de emergência de ecologias de saberes depende da relação que os saberes e práticas da saúde coletiva consigam forjar com lutas que produzam outros saberes e práticas. Há vários momentos na história da saúde coletiva em que esses conjuntos de semelhanças alimentaram diálogos fecundos e processos de mobilização e transformação movidos pela afirmação da dignidade, da justiça social e da justiça cognitiva.

O movimento da Reforma Sanitária constituiu-se como um projeto civilizatório de defesa da saúde como direito que produz mobilização perante as desigualdades e a mercantilização da saúde, impactando a constituição de um sistema universal de saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (Arouca, 2003). A Reforma Psiquiátrica brasileira mostrou como o desafio à opressão e ao sofrimento ligados à instituição manicomial implicou uma crítica radical ao saber psiquiátrico e à sua hegemonia no campo da saúde mental, assim como a exploração, com usuários, ativistas e profissionais, de novas respostas ao sofrimento e a afirmação da dignidade e dos direitos a quem viu negada a sua humanidade em nome da defesa de uma razão excludente (Amarante, 1998; Nunes; Siqueira-Silva, 2016; Oliveira; Pitta; Amarante, 2015). A condição de “não existência” social atribuída à loucura passa ao reconhecimento da diferença a partir

de práticas de criação estética e de saberes e práticas coletivas e solidárias, produzidas como ecologias de saberes que deslocam o saber hegemônico (Nunes; Siqueira-Silva, 2016).

Outras experiências, como a da luta contra os agrotóxicos e em defesa da agroecologia, pela saúde de povos indígenas, quilombolas, comunidades periféricas urbanas, populações do campo, em defesa de águas e florestas, as iniciativas de educação popular e saúde, os diálogos com as práticas integrativas e complementares ou as propostas de vigilância popular em saúde são exemplos, entre outros, de como a capacidade de ligação da saúde coletiva às diferentes lutas pela saúde e pela dignidade potencializa a capacidade libertadora dos diálogos entre saberes e experiências e das formas de tradução intercultural e artesanias de práticas que transformam essa capacidade em ação coletiva para a libertação.

Mas o reconhecimento e a validação dos saberes nascidos dessas experiências e dessas lutas passa pelos filtros disciplinares ou interdisciplinares dos saberes reconhecidos como científicos que embasam a saúde coletiva como campo. Importa salientar, por isso, o que distingue a diferença resultante do dissenso interno numa monocultura - como a da ciência moderna e, no caso que nos ocupa, a da biomedicina - da que resulta dos encontros de saberes distintos associados a epistemologias/ontologias diferentes. No primeiro caso, o dissenso opera pela referência a postulados hegemônicos da monocultura - por exemplo, o naturalismo ou o excepcionalismo humano, no caso da biomedicina -, mesmo quando os critica ou procura alternativas às formulações hegemônicas ou convencionais desses saberes. Como observa Santos (2018), os conhecimentos produzidos em condições de dissenso interno podem emergir em contextos de luta e responder a problemas ou condições suscitadas pelas próprias lutas. A alavancagem crítica da produção de conhecimento resulta em geral do encontro entre o desafio colocado pelas lutas e pela solidariedade pragmática (Farmer, 2005), por um lado, e pela crítica interna às posições hegemônicas no campo ou área científica em causa.

Em qualquer uma destas versões de um conhecimento científico resultante do dissenso interno, é importante ter em conta o caráter

parcial do conhecimento científico - como de todas as formas de conhecimento -; as exclusões e os silenciamentos associados a essa parcialidade, especialmente através de alegações de validade e autoridade que subalternizam ou desqualificam liminarmente outros saberes; e a tensão entre confiança e autonomia que define os espaços próprios do conhecimento científico em contextos de luta (Santos, 2018).

No segundo caso, as posições dissidentes ou críticas referem-se a e ancoram-se em epistemologias e ontologias que se assentam em postulados distintos daqueles que são próprios da ciência moderna. Para entender as possibilidades de encontro criativo e de diálogo entre umas e outras dessas posições, é importante regressar à proposição central de pensar e agir a partir da noção de ecologia, em oposição às monoculturas.

O modo de pensar/agir ecológico que atravessa as epistemologias do Sul convida a que no próprio campo da saúde coletiva a noção de ecologia possa ampliar e complexificar algumas das contribuições decisivas do campo à compreensão da saúde, da doença e do cuidado, como o conceito de processo saúde-doença-atenção ou a passagem da ideia de determinantes da saúde e da doença à da determinação como processo dinâmico. Essa ampliação e complexificação pode ser alimentada a partir de duas fontes principais. A primeira é a da diversidade de cosmovisões, linguagens, histórias, formas de expressão, modos de vida e de relação com o território e os diferentes "existentes" - humanos e não humanos, vivos e não vivos (Povinelli, 2016). A segunda vem do debate atual sobre a necessidade de pensar uma saúde única, que seja capaz de colocar em relação e em diálogo a saúde humana, a saúde animal e a saúde dos ecossistemas, conhecida como *one health* (Wallace et al., 2015). Este debate tem mostrado a importância decisiva da diversidade de saberes na procura de respostas aos atuais desafios à saúde, como a pandemia da covid-19, mas também a todos os que há muito tempo têm afetado a parte mais vulnerabilizada da população mundial.

A defesa dos povos indígenas do Brasil, da integridade dos seus territórios, ecologias e modos de vida, alimentada por uma memória dos desastres ligados às doenças trazidas pela colonização, ao

mesmo tempo que exige as medidas de proteção que só o Estado pode garantir, mostra como o atual estado de exceção convoca para a reafirmação da vida. A luta pela terra e a produção de existência ficam cada vez mais ameaçadas pela opressão dos saberes e poderes hegemônicos. Essa diversidade de saberes negados ou destruídos pelas monoculturas do saber e do cuidado e a urgência de um pensar/agir ecológico encontram nas epistemologias/ontologias dos povos indígenas uma afirmação exemplar. Deixamos por isso a última palavra a Krenak (apud Vieira, 2019, p. 210):

Eu acho que uma boa parte do povo das aldeias consegue tratar o subsistema da saúde como um complexo complementar. Quando pajé não cura, quando os rituais não curam, quando as terapêuticas indígenas não curam, você tira uma pessoa e deixa... deixa os médicos brancos cuidar. Quando alcança esse grau de autonomia, eu acho que é um avanço [...]. Que, pelo menos, a gente ainda tenha alguma infraestrutura, que a gente conseguiu esboçar e que se essa infraestrutura não se perder de tudo, a gente continua tendo uma base sobre a qual construir novos paradigmas pra [...] interação medicamentosa daqui de fora, das farmácias, do remédio, das interações com as diferentes terapêuticas que as nossas aldeias ainda têm, são capazes de seguir reproduzindo de maneira criativa, integrado alguns conceitos do diagnóstico e coisas dos brancos.

## Referências

ADAMS, V. (Org.). *Metrics: what counts in global health*. Durham: Duke University Press, 2016.

AMARANTE, P. (Org.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

AROUCA, S. *O dilema preventivista*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 out. 1988.

FALS BORDA, O. *Una sociología sentipensante para América Latina*. Bogotá: Siglo del Hombre: Clacso, 2009.

FARMER, P. *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press, 2005.

FASANELLO, M. T.; NUNES, J. A.; PORTO, M. S. F. Metodologias colaborativas não extrativistas e comunicação: articulando criativamente saberes e sentidos para a emancipação social. *Reciis: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 396-414, 2018.

FOUCAULT, M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación Médica y Salud*, Washington, DC, v. 10, n. 2, p. 152-169, 1976.

GILBERT, S. F.; EPEL, D. *Ecological developmental biology*. 2. ed. Sunderland: Sinauer, 2015.

GILBERT, S. F.; SAPP, J.; TAUBER, A. I. A symbiotic view of life: we have never been individuals. *Quarterly Review of Biology*, Chicago, v. 87, n. 4, p. 325-341, 2012.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LAKOFF, A. *Unprepared: global health in a time of emergency*. Berkeley: University of California Press, 2017.

LEVINS, R. The internal and the external in explanatory theories. *Science as Culture*, London, v. 7, n. 4, p. 557-582, 1998.

MENESES, M. P. G. “Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada”: para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas. In: SANTOS, B. S.; SILVA, T. C. (Org.). *Moçambique e a reinvenção da emancipação social*. Maputo: Centro de Formação Jurídica e Judiciária, 2004. p. 77-110.

NICHTER, M. Idioms of distress: alternatives in the expression of psychosocial distress: a case study from South India. *Culture, Medicine and Psychiatry*, Dordrecht, v. 5, n. 4, p. 379-408, 1981.

NUNES, J. A. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, v. 87, p. 143-169, 2009.

NUNES, J. A. Embodied expectations: the somatic subject and the changing political economy of life and health. In: CALDAS, J. C.; NEVES, V. (Org.). *Facts, values and objectivity in economics*. New York: Routledge, 2012. p. 126-137.

NUNES, J. A. “Um ser que não foi feito para sofrer”: da diferença do humano e das diferenças dos humanos. In: SANTOS, B. S.; MARTINS, B. S. (Org.). *O pluriverso dos direitos humanos: a diversidade das lutas pela dignidade*. Coimbra: Edições 70, 2019. p. 67-92.

NUNES, J. A.; SIQUEIRA-SILVA, R. Do “abismo do inconsciente” às razões da diferença: criação estética e descolonização da desrazão na Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 18, n. 43, p. 208-237, 2016.

OLIVEIRA, W.; PITTA, A.; AMARANTE, P. (Org.). *Direitos humanos e saúde mental*. São Paulo: Hucitec, 2015.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nova York, 1946. Disponível em: <<https://bit.ly/3dH0l4A>>. Acesso em: 19 out. 2020.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração universal dos direitos humanos*. Paris: Assembleia Geral da ONU, 1948.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PETRYNA, A. The right of recovery. *Current Anthropology*, Chicago, v. 54, p. S67-S76, 2013. Suplemento 7.

POVINELLI, E. A. *Geontologies: a requiem to late liberalism*. Durham: Duke University Press, 2016.

PUIG DE LA BELLACASA, M. *Matters of care: speculative ethics in more than human worlds*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2017.

SANTOS, B. S. *Epistemologies of the South: justice against epistemicide*. Boulder: Paradigm Publishers, 2014.

SANTOS, B. S. *O fim do império cognitivo: a afirmação das epistemologias do Sul*. Coimbra: Almedina, 2018.

SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Org.). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. G.; NUNES, J. A. Introdução: para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo. In: SANTOS, B. S. (Org.). *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Porto: Afrontamento, 2004. p. 19-101.

SIQUEIRA-SILVA, R.; NUNES, J. A. Encounter(s): engaging suffering across the abyssal divide. In: NUNES, M.; MARQUES, T. P. (Org.). *Legitimidades da loucura: sofrimento, luta, criatividade e pertença*. Salvador: Edufba, 2018. p. 341-367.

TAUBER, A. I. *Immunity: the evolution of an idea*. New York: Oxford University Press, 2017.

TESSER, C. D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, art. 116, 2017.

VIEIRA, N. B. S. “*Tem que ser do nosso jeito*”: participação e protagonismo do movimento indígena na construção da política de saúde no Brasil. 2019. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

VIEIRA-DA-SILVA, L. *O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a Reforma Sanitária brasileira*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

WALLACE, R. G. et al. The dawn of Structural One Health: a new science tracking disease emergence along circuits of capital. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 129, p. 68-77, 2015.

---

### Contribuição dos autores

Nunes concebeu o artigo, pesquisou fontes e redigiu o manuscrito. Louvison colaborou diretamente em todas as etapas. Ambos os autores revisaram o manuscrito e aprovaram a versão final.

Recebido: 01/10/2020

Aprovado: 09/10/2020