

# *Pela DesCrivelização da saúde: reflexões sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro-RJ e seu agravamento na pandemia*

| <sup>1</sup> Beatriz Zocal da Silva |

<sup>1</sup> Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (biazocal@gmail.com).  
ORCID: 0000-0001-6816-6566

Recebido em: 09/06/2020  
Aprovado em: 11/06/2020  
Revisado em: 23/06/2020

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300308>

O município do Rio de Janeiro é um centro de relações e emoções extremas e gritantes. Ao mesmo tempo que temos na Cidade Maravilhosa as melhores noites, música e beleza, também vivem os cidadãos e trabalhadores em um grande centro de contradições e violência. Assim, a chegada do novo coronavírus no Rio de Janeiro é mais uma grave questão que abala uma cidade já fragilizada e violentada. Em se tratando dos serviços de saúde historicamente sucateados, os últimos quatro anos da gestão municipal são, sem dúvida, de marcante crise. Atrasos salariais, demissões, mudança de organizações sociais que geriam trabalhadores, assédio moral, mudança de gestores, não cumprimento dos direitos aos trabalhadores, desassistência, esgotamento e luta, muita luta, são características marcantes.

O prefeito Marcelo Crivella anunciou recentemente a “retomada gradual e responsável das atividades econômicas na cidade”,<sup>1</sup> em um município que tem mais de 30 mil casos de Covid-19 confirmados. A decisão se embasa na mudança na fonte de contagem de óbitos por Covid-19, que passaram a ser contabilizados não mais pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que é padronizado nacionalmente, mas a partir do número informado pela Coordenadoria Geral de

Controle de Cemitérios e Serviços Funerários, vinculada à Secretaria Municipal de Infraestrutura, Habitação e Conservação.

Cabe ressaltar que essa mudança “estratégica” não considera os casos suspeitos por Covid-19 em um cenário de limitada testagem, além de não discriminar idade e residência dos sujeitos que vieram a óbito, conforme nota técnica publicada pelo Observatório Covid-19 da Fiocruz (REIS et al., 2020). Ora, em um município marcado pela desigualdade socioespacial e o racismo na divisão territorial, podemos compreender que essa estratégia corresponde a mais um movimento que reafirma o apagamento e a violência histórica sofrida pela população para a tomada de decisão política.

A atual conjuntura de enfrentamento da Covid-19, ou melhor, uma conjuntura de contínua resistência da população pobre, preta, favelada, vulnerabilizada, à morte, que está agravada pela pandemia, aponta um projeto político baseado na separabilidade que se expressa, também, a partir da organização do sistema de saúde que configura a atenção à saúde, especificamente na atenção primária à saúde (APS) do município do Rio de Janeiro. Nesse sentido, lanço algumas reflexões necessárias quanto às estratégias do governo municipal do Rio de Janeiro ao lidar com o direito à saúde, no que diz respeito à APS via precarização das relações de trabalho e diminuição de equipes assistenciais. Pauto, a seguir, o que conceituo de “DesCriminalização da Saúde”, como um caminho necessário à garantia do direito à saúde e manutenção da vida no enfrentamento da Covid-19.

\*\*\*

A proposta de “Reorganização dos serviços de atenção primária à saúde: estudo para otimização de recursos”, em 31 de outubro de 2018 (SUBPAV, 2018) marcou o discurso municipal de que a reorganização da APS no Rio de Janeiro-RJ era urgente e necessária, a partir de conceitos de otimização de serviços e melhoria da qualidade. O argumento da prefeitura foi de que, apesar da importante expansão da rede entre 2009 e 2016, a mesma foi feita de modo não sustentável e “não necessariamente justa”, acarretando a formação de equipes mal-utilizadas e com baixa performance quantitativa e qualitativa.

A reestruturação previa o redimensionamento do número de equipes, a criação de outras tipologias de equipes, de modo que a ESF não seria a única direção, além do aumento da cobertura populacional. Esse plano de “reorganização” não se

efetivou conforme o previsto nas promessas de otimização e melhoria de qualidade. Ao contrário, seguiu com processo de maior sucateamento e diminuição das áreas de cobertura da saúde, mudança de lógicas gerenciais que colocam o trabalhador em situações de extrema precariedade, e as demissões, que começaram com 400 profissionais em janeiro de 2019 e chegaram a mais de 5 mil em fevereiro de 2020, principalmente depois da ruptura de Crivella com o contrato com a organização social (OS) Viva Rio, para suposta “recontratação” de todo o quadro de profissionais pela fundação RioSaúde.

Desde a mudança de gestão em 2017, não houve aumento da rede assistencial e, em agosto daquele mesmo ano, trabalhadores e população foram surpreendidos com a notícia de que 11 Clínicas da Família (unidades de APS) seriam fechadas na zona oeste da cidade. O anúncio, que teve grande repercussão midiática, movimentou a greve dos trabalhadores da saúde, que já vinham sofrendo com a falta de pagamento, e uma organização estratégia que viabilizou a abertura de mesas de negociação com a prefeitura. Naquele momento, a organização de trabalhadores do coletivo Nenhum Serviço de Saúde a Menos<sup>2</sup> foi essencial para tensionar o não fechamento das unidades e a demissão de trabalhadores da saúde.

A crise da saúde do Rio de Janeiro afeta hierarquicamente os trabalhadores, a começar pelos trabalhadores da limpeza, administrativos (sem sindicato ou organização), seguidos pelos agentes comunitários de saúde (sindicalizados e com uma força de categoria), e demais profissões, dependendo do poder político que tem seus sindicatos e organizações. As áreas nas quais os trabalhadores são mais afetados são as mais periféricas do município, correspondendo aos bairros da zona oeste da cidade. Esta região é de maioria de população negra e é a que mais sofre com a falta de profissionais para assistência; por sua vez, os profissionais que ali estão são os sofrem com mais atraso salarial, não têm suas rescisões contratuais pagas, e em 2018 e 2019 sofreram com maiores mudanças de OS etc.

Essa orientação da gestão municipal do Rio de Janeiro está em consonância com a desconfiguração da Política Nacional de Atenção Básica de 2017, cujas importantes reformas têm levado a saúde pública, sobretudo a do primeiro nível de atenção, a uma restrição ainda maior de atendimentos, sob uma lógica que contraria o vínculo, o cuidado longitudinal, de base comunitária e territorial, como prevê a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990. Somado a isso, temos a Emenda Constitucional nº 95/2016, do governo de Michel Temer; e em novembro de 2019, o novo modelo de

financiamento da APS, o Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019) mudou a forma de captação da atenção básica vinculando-a, dentre outros critérios, ao número de cadastros realizados pelas Equipes de Saúde da Família.

Em tempos de pandemia, uma nova portaria prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, de forma que os cadastros passam a valer a partir de junho (BRASIL, 2020), ou seja, prorrogando apenas por dois meses em um contexto que não vislumbramos nem mesmo o pico de contágio por Covid-19. As Equipes de Saúde da Família com um número menor de agentes comunitários de saúde, o isolamento social (ainda) vigorando e impedindo a realização de visitas domiciliares para cadastramento, além de unidades abarrotadas e trabalhando quase que exclusivamente para atendimentos da Covid-19, como se espera que esse nível de atenção dê conta do cuidado?

A precarização do trabalho, a demissão em massa de profissionais, as mudanças que diminuem o financiamento de grande parte dos municípios e, por consequência, a desassistência e o agravamento de condições de vida, culminam no que hoje se vive de mais cruel e genocida no plano político do Estado. A desassistência e morte de populações negras, em situação de rua, periféricas, vulnerabilizadas fazem parte de um operar moderno-colonial inscrito numa política de morte. A política de morte se refere às condições criadas pelo Estado, pelos sujeitos de poder no operar desse Estado, que inscrevem a morte como o caminho/destino de suas formulações. É um operar e se “ausentar”, introduzir e retirar, não só em um estado de guerra, como aponta Mbembe (2018) em regimes de exceção, mas em um acoplamento de dispositivos de gerência sobre a vida (bio) e sobre a morte (necro), constituindo a bionecropolítica (LIMA, 2018).

Nessa perspectiva, a inscrição e os mecanismos da gestão/organização do sistema de saúde são um signo analítico fundamental para compreender como a colonialidade do poder, além de estar presente no contexto global de padrão mundial de poder, se revela e atua de modo direto e imediato dentro de respectivos espaços de dominação, obstaculizando os processos que se dirigem à democratização das relações sociais e sua expressão racional na sociedade e Estado (QUIJANO, 2002).

Em contexto de pandemia que acontece em meio a condições críticas de trabalho, como podem os trabalhadores da enfermagem, por exemplo, que após serem demitidos e readmitidos pela empresa pública Rio Saúde, trabalharem com 40% a menos de seus salários; como podem profissionais recém-contratados para substituir

os demitidos, lidar e ter um cuidado territorial em unidades de saúde em que mal conhecem a população coberta; como pode haver organização dos processos de trabalho com mudanças abruptas de gerências e apoiadores das áreas programáticas do município? Como pode haver enfrentamento à Covid-19 se a política que sustenta a APS dá condições no sentido contrário? Em um sistema-mundo capitalista, que usa e produz cientificamente mecanismos de distinção e separabilidade, as políticas de saúde inscritas nesse sistema induzem modelos de atenção que correspondem a um avanço neoliberal, que é necropolítico.

Nogueira (2019) chama a atenção para a narrativa ocidental, que centraliza o trabalho e tem no neoliberalismo uma réplica e sofisticação daquilo que deu início ao processo de colonização capitalista. Desse modo, o Estado pode mandar matar quem não tem lugar e não contribui para a produção, o que, em uma leitura atual, culmina em um Estado operando a partir da gestão municipal, que ao “estrangular” os trabalhadores tem como objetivo-fim a morte de populações “não necessárias”.

Ainda nesse sentido, no “sistema-mundo”, a criação de agências internacionais que induzem sistemas de saúde seletivos, por exemplo, é uma forma de manutenção de uma narrativa neoliberal. A narrativa que impera nas formulações internacionais quanto às políticas de saúde é o avanço das políticas austeras, as proposições de modelo de atenção à saúde na disputa entre cobertura e sistema universal, além dos pacotes e modelos de seguros de saúde privados, serviços e contribuições reduzidas. Vemos que, a partir de nações imperialistas e com as forças políticas de agências internacionais criadas para tal, há na saúde a indução de modelos e políticas colonizadoras respondendo ao “movimento” do mercado-capital.

Giovanella et al. (2018) desenvolveram os pressupostos e estratégias que culminaram na proposta de cobertura universal, a partir de representantes internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundação Rockefeller e Banco Mundial. Com a prerrogativa de ampliar a cobertura aos serviços de saúde e de proteção financeira, incentiva-se a participação privada tanto no financiamento quanto na ampliação do mercado de ofertas, no sentido de oferecer serviços básicos de forma seletiva e fragmentada. Tal “cesta restrita” de saúde gera desigualdades no acesso, inadequação no modelo de atenção, além de ocasionar altos custos de desembolso direto, já que não abarca todos os serviços necessários à integralidade.

Na proposta da cobertura universal, a APS se limita a um pacote básico de serviços e medicamentos considerados essenciais, com abordagem seletiva, e não

se caracteriza enquanto ordenador e coordenador da rede assistencial, como ocorre com sistemas universais como o SUS. Essa proposta, que tem sido tensionada e direcionada a países “em desenvolvimento”, tem relação com as prerrogativas neoliberais e austeras de diminuição cada vez mais aguda do Estado, para restringi-lo ao papel regulador e borrar ainda mais a parceria público-privada.

Essas indicações internacionais e políticas de transposição das fronteiras de interesses de países e agências internacionais são tema importante na análise da política de saúde historicamente. Há desde políticas eugenistas, de esterilização das mulheres negras, de concepções a saberes acompanhando instituições de ensino profissional na saúde brasileira até hoje na já dita disputa entre cobertura universal *versus* sistema universal. Em contexto de pandemia, a discussão de “leitos para todos” ou a compra de leitos privados, as flexibilizações e aberturas econômicas ditas “responsáveis”, a ausência de políticas de proteção social sólidas, além do já sucateado sistema de saúde, correspondem a uma mesma narrativa do Estado necropolítico.

Pelo fato de o Brasil ser um país marcado pela colonização, é evidente que as populações negra, de mulheres e de indígenas são as mais afetadas por essas políticas, operadas no sentido de instituir controle e modelos rentáveis e de benefícios ao “mercado” global, agravando e culminando em uma política de destruição de populações vulnerabilizadas.

O desmonte da saúde no Rio, que recupero neste texto, segue essa tendência, que é internacional e que hoje tem nos governos federal e municipal do Rio de Janeiro uma agenda que corresponde a modelos reducionistas e mudanças do paradigma da saúde. A atual prefeitura do município do Rio de Janeiro tem trabalhado em prol da redução da Estratégia de Saúde da Família, a partir dos ataques aos trabalhadores do SUS. Com isso em mente, precisamos então pautar a “DesCrivelização” da saúde como estratégia de resistência frente ao que agrava na política de extermínio, que não se dá só na via da (in)segurança pública, mas, sobretudo, na ausência de equipamentos de proteção individual, na falta de prestação de serviços em saúde, e na ausência de profissionais em áreas de grande vulnerabilidade no município do Rio de Janeiro, representando o que há de mais perverso nessa política, que é pautada por uma bionecropolítica.

E o que pensar desse movimento político de esvaziar a saúde a partir de quem trabalha nela? Essa é uma questão que coloca em xeque a proposta de vínculo, a

construção terapêutica em um cuidado que é continuado, além dos princípios de territorialidade, de cuidado comunitário, da APS que se perdem e se esvaziam com a re(des)organização do sistema. São inúmeras as recomendações sobre a importância da atenção primária à saúde para o enfrentamento da Covid-19, no momento em que componentes estruturantes, como a coordenação e longitudinalidade do cuidado, têm papel central na articulação territorial com lideranças e educação em saúde. Além disso, em áreas mais vulnerabilizadas do Rio de Janeiro, é notória para a população a ausência de leitos e vagas nos serviços de referência para Covid-19, como as UPAS e hospitais. É, então, para a APS que recorre essa população que sabe que ali terá atendimento. No entanto, essas unidades, seja por falta de treinamento para processos como entubação, por exemplo, ou pela falta de equipamentos básicos para cuidar de emergências, pouco pode fazer a não ser aguardar, junto com a família, vaga em uma unidade de referência.

Vale ressaltar que o sistema de regulação não opera necessariamente pelo princípio da equidade, visto que em áreas com menos recursos de saúde, em que não há, por exemplo, um raio-x para embasamento clínico dos sintomas, ou há apenas médicos plantonistas que não dão continuidade aos pedidos de regulação, essa população é a que mais aguarda por atendimento, por leito, e é também a população que mais morre.

Vale refletir como é possível construir continuidade e coordenação do cuidado a partir de profissionais já fragilizados, que não têm a mínima segurança e confiança no Estado quanto a sua proteção em um país em que profissionais de saúde morrem pela Covid-19, em grande maioria mulheres e da área da enfermagem. Nesse período, temos visto uma violência em relação à segurança do trabalhador: falta de equipamentos de proteção individual básicos, insuficiência de insumos, atrasos salariais em meio a pandemia, falta de repasses dos benefícios como vale-transporte e alimentação. A precariedade que já compunha o cenário se exprime no total de mortes no Rio de Janeiro.

Os relatos de trabalhadores da rede são de total desvalorização, desrespeito e crueldade. A posição do nível central da prefeitura, por exemplo, é o de não gratificar financeiramente os profissionais da APS, por esta não ser essencial no combate à Covid-19. Essa postura, acompanhada da falta de transparência da gestão, mudanças de organização de trabalho verticalizadas, falta de treinamento e apoio, além dos afastamentos de vários profissionais, gera esgotamento, saturação e a certeza de

que a Covid-19, se não deixar sequelas físicas, deixará, certamente, consequências psíquicas e de saúde mental a todas, todos e *todes* os trabalhadores.

Por essas questões, pauto a necessidade da DesCriminalização da saúde, no sentido de mudança radical de concepção de modelo de saúde e de gestão que asfixiam a rede assistencial a partir da violência. A pandemia do coronavírus tem explicitado como organizamos e construímos política nesse país – não só a organização, mas a forma como o Estado vê e se implica na saúde, incluindo aqui a forma como lida com seus trabalhadores, chave central na prestação de serviços assistenciais.

A pandemia, com seu número de morte altíssimo, de uma maioria negra, transparece as discordâncias, disputas, e projetos de um fazer de morte. De quais sujeitos queremos cuidar? Como ficam as políticas internacionais que tensionam a redução e limite do direito à saúde a partir de políticas seletivas? Que perspectivas de assistência o Estado terá a partir da pandemia?

Não se espera que, a partir do fazer político que está dado, seja possível a garantia da vida, do direito à saúde, e do tão almejado “novo normal” nesse contexto. O que temos é um acirramento e agravamento de um “normal genocida”, que tem força ainda maior com essa grave crise. O que já vinha sendo operado e que se agrava com a pandemia tem sido uma estratégia de genocídio “velada” como cuidado, e portanto, a pauta mais que urgente é: pela DesCriminalização da saúde!

## Agradecimentos

Agradeço a disposição de trabalhadores e residentes da APS do Rio de Janeiro-RJ em trocarem comigo suas vivências nesse contexto. “Quarentena geral para não adoecer, renda mínima para sobreviver, leito para todos, para não morrer!”.

## Referências

BRASIL. *Portaria nº 2.979*, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

\_\_\_\_\_. *Portaria nº 2436*, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério de Saúde, 2017.



\_\_\_\_\_. *Portaria nº 29*, de 16 de abril de 2020. Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019 considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (Covid-19). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1763-1776, 2018.

LIMA, F. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. Rio de Janeiro: *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.70, n. esp, p. 20-33, 2018.

MBEMBE, A. *Necropolítica*. 1ed. São Paulo: N-1 edições, 2018.

NOGUEIRA, R. *Neoliberalismo e necropolítica*. Duque de Caxias: Colmeia Galpão, 2019. Notas da aula de 7 ago. 2019.

QUIJANO, A. Colonialidade, poder, globalização e democracia. *Novos Rumos*, ano 17, n. 47, 2002.

REIS, A. C. et al. *Nota técnica*. Assunto: registro de óbitos por Covid-19 e a produção de informações pelo SUS. OBSERVATÓRIO COVID-19: informação para ação. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2020.

RIO DE JANEIRO (MUNICÍPIO). Reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde. *Estudo para otimização de recursos*, 2018. Rio de Janeiro: Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde, 2018.

## Notas

<sup>1</sup> Para acessar a matéria: <https://prefeitura.rio/cidade/prefeitura-anuncia-abertura-gradual-das-atividades-economicas/>

<sup>2</sup> Coletivo de trabalhadores criado a partir da campanha em defesa do SUS e contra os desmontes da prefeitura do Rio de Janeiro em agosto de 2017, após o anúncio do fechamento de 11 Clínicas da Família e que tem uma atuação política ativa na saúde carioca.

