

FLORA RAQUEL DE FREITAS ARAUJO

**NARRATIVA BIOÉTICA DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS NO
MUNICÍPIO DE CARUARU: O PROTAGONISMO DO MÉDICO ANTÔNIO VIEIRA**

BRASÍLIA, 2025

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

FLORA RAQUEL DE FREITAS ARAUJO

**NARRATIVA BIOÉTICA DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS NO
MUNICÍPIO DE CARUARU: O PROTAGONISMO DO MÉDICO ANTÔNIO VIEIRA**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília - Programa MINTER/DINTER Universidade de Brasília / Universidade Federal de Pernambuco – Campus do Agreste Caruaru

Orientador: Prof. Dr. Volnei Garrafa

Brasília, 2025

FLORA RAQUEL DE FREITAS ARAUJO

**NARRATIVA BIOÉTICA DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS NO
MUNICÍPIO DE CARUARU: O PROTAGONISMO DO MÉDICO ANTÔNIO VIEIRA**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília - Programa MINTER/DINTER Universidade de Brasília / Universidade Federal de Pernambuco – Campus do Agreste Caruaru

Orientador: Prof. Dr. Volnei Garrafa

Aprovada em 09/10/2025

Banca Examinadora

Prof. Dr. Volnei Garrafa – Presidente
(Universidade de Brasília - UnB)

Prof. Dr. Saulo Ferreira Feitosa - Examinador Externo
(Universidade Federal de Pernambuco - UFPE)

Profa. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque – Examinadora Externa
(Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ – PE)

Profa. Dra. Marianna Assunção Figueiredo Holanda – Examinadora Interna
(Universidade de Brasília - UnB)

Profa. Dra. Rosane Freire Lacerda – Examinadora Suplente
(Universidade Federal de Pernambuco – UFPE)

Brasília, 2025

Às crianças nordestinas e às palestinas, que sofreram a fome e a crueldade da guerra em tempos e lugares distintos, lembrando-nos das vidas que permanecem invisíveis ao luto coletivo.

Ao médico Antônio Vieira da Rocha Filho, meu mestre e amigo, cuja memória se eterniza na defesa incansável da ética, da justiça social e da humanidade.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é, antes de tudo, reconhecer que não se caminha sozinho. É voltar o olhar para o que foi recebido ao longo da trajetória e repartir o mérito da chegada. Este trabalho guarda em si a elaboração individual, mas, em verdade, é fruto de muitas mãos e de muitos encontros. Descobri, no percurso, que cada passo foi tecido com a partilha generosa de pessoas que trouxeram luz, cor e textura ao tecido que se constituiu para formar esta tese. A elas, ofereço minha gratidão, que não cabe em palavras, mas se revela na memória viva de cada gesto de apoio, escuta e afeto.

Sou grata por ter nascido neste pedaço de mundo que me deu coragem e força. Criança nordestina, sobrevivi à pobreza de minha família e à aridez de minha terra, mas fui privilegiada pela escolaridade de meus pais. Seu Floro e dona Judith ensinaram-me a caminhar, sorrir e falar — e, ao me colocarem diante dos livros, mostraram que eu também possuía asas. Em nossa casa simples nunca faltaram livros, nem amor, e com eles aprendi que a educação transforma e que a vida só faz sentido quando olhamos para o outro. Compreender o mundo a partir do nosso quintal, mas enxergar o mundo além dele nos coloca na condição de lutar pelas necessárias transformações das injustiças à nossa volta. Obrigada, meu irmão Cristiano, por partilharmos essa origem que nos une para sempre.

À minha filha Cecília, razão maior da minha caminhada, agradeço por me ensinar, todos os dias, sobre coragem, amor e sentido. Sua presença é luz em cada passo, lembrando-me de que a vida floresce mesmo nos terrenos mais áridos. Estendo também minha gratidão aos demais membros da família que me sustentaram com gestos de afeto, orações e palavras de encorajamento — Tia Landa, Ramonn, Verinha, Simone e a todas as demais pessoas que não consigo nominar aqui —, cada uma contribuindo, à sua maneira, para tornar este caminho possível.

Agradeço igualmente à família do Dr. Antônio Vieira: sua esposa, Dra. Auxiliadora, e os filhos Fábio, Tereza e Maria José, que generosamente disponibilizaram documentos e acervo pessoal, colocando-os à disposição deste trabalho e enriquecendo-o de memória e legado.

Registro minha gratidão especial ao meu orientador Professor Volnei Garrafa, cuja presença atenta, generosa e firme foi essencial para que esta tese ganhasse

corpo e sentido. Sua orientação não foi apenas acadêmica, mas também humana, conduzindo-me com paciência e rigor, sempre aberto ao diálogo e ao estímulo criativo.

Agradeço aos professores(as) Saulo Ferreira Feitosa, Marianna Assunção Figueiredo Holanda e Rosane Freire Lacerda, membros da banca de qualificação, pelas leituras cuidadosas e pelas contribuições valiosas que ampliaram meus horizontes e enriqueceram este trabalho. Suas palavras permaneceram como faróis ao longo do caminho, indicando possibilidades e fortalecendo esta pesquisa.

À professora Paulette Cavalcanti de Albuquerque que participou com eles da Banca Examinadora e trouxe suas contribuições para este trabalho.

Aos professores e professoras do PPG- Bioética que encontrei nessa jornada, minha admiração e respeito. Suas aulas e provocações críticas foram sementes lançadas no solo fértil de minha curiosidade. Mais do que orientadores intelectuais, foram referências éticas e humanas.

Aos colegas e amigos do MINTER/DINTER, agradeço a partilha de ideias e pelas alegrias no caminho. Ressalto o agradecimento especial ao Professor Saulo Feitosa que acreditou na re-territorialização epistemológica da Bioética de Intervenção, construindo a ponte entre Brasília e Caruaru e viabilizando juntamente com o Prof. Volnei essa insurgência epistêmica.

Aos amigos de fora da universidade, obrigada pelo chão e pelo respiro, lembrando-me sempre que a vida é maior que qualquer tese.

Por fim, agradeço à vida, que me conduz entre pedras e flores, secas e invernos, mas também me oferece horizontes de esperança. Esta tese é fruto da crença de que o conhecimento pode ser um gesto de amor e resistência.

A todos e todas que cruzaram meu caminho, dedico estas páginas. Que este trabalho siga adiante como um fio de vida, capaz de se entrelaçar a outras histórias e acender, em algum lugar, uma faísca de transformação.

"La razón consiste en una narración. Para comprender algo humano, personal o colectivo, es preciso contar una historia".

(José Ortega y Gasset)

RESUMO

Esta Tese se propõe contar uma história: a da construção do Sistema Único de Saúde em um município do agreste pernambucano, entrelaçando-a com a biografia do médico Antônio Vieira, secretário de saúde deste município. Os períodos em que esteve à frente da secretaria municipal de saúde foram fundamentais para a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, contribuindo diretamente para a modificação dos indicadores de saúde do município e para a consolidação de uma política de saúde voltada para o fortalecimento dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, fundantes do SUS. Partindo da conceituação de *híbrido biológico-social*, o trabalho se aproxima desse referencial, estudando a morte das crianças nordestinas como fato que evidencia tal vivência além da corporeidade como a expressão do orgânico, do biológico, para se constituir, também, como a expressão de uma realidade socialmente construída. O ponto de partida para a escolha do método foi a compreensão de que o processo de adoecimento e morte das crianças nordestinas revelaria a forma como esse corpo físico era percebido, estando limitado pela forma como o corpo social lhe atribuiria distintos significados. O delineamento da pesquisa ancorou-se na abordagem qualitativa, fundamental na interlocução inter-transdisciplinar necessária à construção de um pensamento complexo capaz de estabelecer relações entre o todo e as partes, base epistemológica da Bioética de Intervenção, que sustenta a transdisciplinaridade como referência da ética aplicada. Considerando tratar-se de uma tese em bioética, seu principal objetivo se constituiu na análise dos conflitos morais que atravessaram a construção histórica da mortalidade infantil no Nordeste tomando o município de Caruaru como referência de estudo e, foram determinantes para que esta nefasta realidade fosse socialmente aceita por tanto tempo. A fundamentação teórica foi construída a partir da Bioética de Intervenção, corrente epistemológica brasileira que analisa, especialmente, as situações persistentes da saúde pública, estando sustentada, também, pelos princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO. Para a construção da narrativa, foram utilizadas as bases da Bioética Narrativa, seguindo a concepção de que ela ocorre em três eixos: a casuística – os casos são a textualidade da bioética; a segunda – a hermenêutica – é a busca do sentido; e a terceira – que é a literária, reconhecendo a literatura como mestra do conhecimento moral. Não se tratou, portanto, de uma análise da evolução dos indicadores, ou da análise de políticas de saúde em determinado período. A elaboração da narrativa requereu a aproximação entre imaginação e emoção, entre o sentir e o pensar na perspectiva da elaboração de narrativas que pudessem contar e recontar a história da vida e a experiência construída pelos sujeitos sociais envolvidos na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) em Caruaru, Pernambuco, Brasil, e seus reflexos diretos na vida e na qualidade de vida das pessoas. A queda vertiginosa do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) que em 1980 era de 219,3 óbitos por mil nascidos vivos, iniciando na gestão de Antônio Vieira com 132 a cada mil nascidos vivos, chega em 2016 com o menor número de sua série histórica, alcançando o inimaginável CMI de 9 óbitos. As categorias teóricas de análise foram elencadas a partir de fundamentos teóricos vindos da Bioética de Intervenção e da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e compreenderam: Corporeidade; Igualdade, Justiça e Equidade; Não-Discriminação e Não-Estigmatização e, por fim, Responsabilidade Social e Saúde.

Palavras - Chave: Saúde pública; bioética; justiça social; acesso à saúde; mortalidade infantil; equidade; corporeidade.

ABSTRACT

This thesis proposes to tell a history: the one related to the construction of SUS – Sistema Único de Saúde (Brazilian Health System) in a municipality of the Agreste region of Pernambuco, interlacing it with doctor Antônio Vieira's biography, health secretary in this municipality. During the terms he was in charge of *Municipal Health Secretary* seems to have been fundamental for expanding access to the actions and health services, directly contributing to the modification of health indicators of the municipality and the consolidation of a health policy aimed at strengthening universality, integrity, and equity principles - SUS's establisher. Starting from the conceptualization who names it hybrid social-biological, the research paper gets close to this referential, approaching northeastern children's death as a fact that demonstrates such livingness beyond the embodiment as an expression of the organic and of the biological to constitute itself, besides, as an expression of socially constructed reality. The starting point for the method selection was the understanding that children's disease and death process would reveal how the physical body was perceived, limited by how the social body was noticed, and limited by how the social body would assign distinctive meanings to it. The research's outline is anchored on a qualitative highlight which is fundamental to a necessary interdisciplinary interlocution to the construction of complex thought, capable of establishing a relation between the whole and the parts, an epistemological basis for the bioethics of intervention, which sustains inter-transdisciplinarity as a product of the applied ethics. Considering that it is a thesis in bioethics its main purpose constituted the analysis of moral conflicts that went through the historical construction of infant mortality in Northeast Brazil taking the municipality of Caruaru as a study reference and they were decisive in allowing that the infamous reality was accepted for so much time. The theoretical foundation was constituted from the Bioethics Intervention, prevalent Brazilian epistemology which analyses, specially, the persistent situations of public health, being also sustained by the principles of Universal Declaration on the Bioethics and Human Rights. In order to build the narrative it was used the bases of Narrative Bioethics, following the conception that it occurs in three axis: the casuistic – in which the cases are the textuality of bioethics; the second one – the hermeneutic, which is the search for meaning; and the third one – which is the literary, recognizes the literature as the master of moral knowledge. Therefore, it was not a matter of one analysis of indicator's evolution, or about the analysis of health policies over a specific period. The elaboration of the narrative required the approach between imagination and emotion, between the feeling and the thinking in the perspective of narrative elaborations which could tell and retell the history of life and the experience built by the social subjects involved in the framing of SUS (Brazilian Health System) – Sistema Único de Saúde - in Caruaru, State of Pernambuco, Brazil, and its direct reflexes in the life and quality of life of people. The vertiginous drop in the Infant Mortality Rate (IMR), which in 1980 was 219.3 deaths per thousand live births, starting under the management of Antônio Vieira with 132 per thousand live births, reaches in 2016 the lowest number in its historical series, reaching the unimaginable CMI of 9 deaths. The conceptual categories of analysis were listed from the theoretical underpinnings (foundations) derived from Bioethics of Intervention and of Universal Declaration over Bioethics and Human Rights and they comprehended: Equality, Justice and Equity; Non-Discrimination and Non-Stigmatization, and ultimately, Social Responsibility and Health.

Keywords: Public health; bioethics; social justice; access to health; infant mortality; equity; embodiment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Foto 1 - Pais enterrando seu filho em Crateús - Ceará	121
Figura 2 – Foto 2 - Cortejo fúnebre de “anjinho” no Nordeste brasileiro	122
Figura 3 – Foto 3 - Crianças e adultos mortos a caminho do Campo de Concentração de Senador Pompeu, os corpos abandonados ao lado da linha férrea. Ceará – 1932	138
Figura 4 – Foto 4 - Caminhada da Seca em Senador Pompeu – Ceará	143
Figura 5 – Foto 5 - Tabela de Abrangência Espacial e Demográfica das Secas no período de abril/79 a dezembro/1983, inclusive quantidade de alistados nas frentes de serviço	146
Figura 6 – Foto 6 - Mulheres grávidas trabalhando na Frente de Emergência em Afogados da Ingazeira – PE	147
Figura 7 – Mapa 1 - Mesorregiões de Pernambuco com a localização geográfica de Caruaru	152
Figura 8 – Gráfico 1 – Coeficientes de mortalidade infantil por mil nascidos vivos nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, 1965 – 1994	161
Figura 9 - Gráfico 2 – Coeficientes de mortalidade infantil por mil nascidos vivos em Caruaru, 1980 – 1989	162
Figura 10 - Gráfico 2 – Coeficientes de mortalidade infantil por mil nascidos vivos em Caruaru, 1980 – 1989	181
Figura 11 - Gráfico 4 – Coeficientes de mortalidade infantil por mil nascidos vivos em Caruaru, 2000 – 2010	183
Figura 12 - Gráfico 5 – Coeficientes de mortalidade infantil por mil nascidos vivos em Caruaru, 2011 – 2016	186
Figura 13 - Gráfico 6 – Coeficientes de mortalidade infantil por mil nascidos vivos em Caruaru, 2017 – 2022	187
Figura 14 - Charge do cartunista Luizinho, artista caruaruense, retratando o Dr. Vieira em sua biblioteca.....	200

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BI	Bioética de Intervenção
BN	Bioética Narrativa
BP	Bioética de Proteção
CMI	Coefficiente de Mortalidade Infantil
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
EC	Estudos sobre a Colonialidade
ESF	Estratégia Saúde da Família
FGV	Fundação Getúlio Vargas
<i>IAB</i>	<i>International Association of Bioethics</i>
<i>IBC</i>	<i>International Bioethics Committee</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
MINTER/DINTER	Mestrado e Doutorado Inter Institucional
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPG-BIOÉTICA	Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília
PRPSMC	Proposta de Redirecionamento da Política de Saúde do Município de Caruaru
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família
<i>Redbioética</i>	<i>Red Latino-Americana y del Caribe de Bioética</i>
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UnB	Universidade de Brasília
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	FUNDAMENTOS DA REFLEXÃO TEÓRICA A PARTIR DA BIOÉTICA: CAATINGA E CERRADO SE ENCONTRAM	30
	2.1 O ENCONTRO TEÓRICO COM A BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO.....	30
	2.1.1 Conceituando Bioética e Bioética de Intervenção (BI)	32
	2.1.2 A construção do estatuto epistemológico da BI	35
	2.1.2.1 O período inicial	36
	2.1.2.2 A expansão teórica e conceitual da BI	38
	2.1.2.3 A Corporeidade	45
	2.2. O ENCONTRO COM A DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS – DUBDH	50
	2.2.1 Igualdade, Justiça e Equidade	54
	2.2.2 Não-Discriminação e Não-Estigmatização	65
	2.2.3 Responsabilidade Social e Saúde	73
	2.3 A INSURGÊNCIA EPISTÊMICA: ENCONTRO DA CAATINGA COM O CERRADO	78
	2.4 DIÁLOGOS INTEREPISTÊMICOS	83
	2.4.1 A Bioética da Intervenção e a Geopolítica da Fome de Josué de Castro ...	85
	2.4.2 A Bioética de Intervenção e a Filosofia Política de Judith Butler.....	95
3	O CAMINHO PERCORRIDO: REFLEXÕES METODOLÓGICAS	105
	3.1 DESENHO DO ESTUDO	105
	3.2 COLETA DE DADOS	110
	3.3 ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA	110
	3.3.1 Categorias Teóricas (Bioéticas) de Análise	111
	3.4 ASPECTOS ÉTICOS	111
4	BREVE HISTÓRICO DA TRAJETÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA EM UMA CIDADE DO AGRESTE NORDESTINO	114
	4.1 HISTÓRIAS AGRESTES SE ENTRELAÇAM.....	114
	4.2 PRECURSORES DA TRANSFORMAÇÃO SANITÁRIA	126
	4.2.1 Anos 1970 e anteriores: as crises famélicas, a mistanásia e o genocídio no Nordeste brasileiro	126
	4.3 CARUARU - O TERRITÓRIO-VIVO DA ATUAÇÃO POLÍTICA E SOCIAL	151

4.3.1 A (Des)Organização dos serviços de saúde no município.....	155
4.3.2 Os Anos 1980 e a Realidade Sanitária Municipal.....	158
4.4 O REDIRECIONAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE	168
4.4.1 A Década de 1990 e a Implantação do SUS.....	168
4.4.2 A Década de 2000.....	181
4.4.3 Os Sucessores	184
5 O BRASIL E SEUS HEROIS (QUASE) ANÔNIMOS – BIOGRAFIA DE UMA VIDA DEDICADA À SAÚDE (DOS OUTROS)	189
5.1 O MÉDICO ANTÔNIO VIEIRA	189
5.2 O CONTEXTO DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DE DR. VIEIRA	191
5.3 AS IDEIAS E O COMPROMISSO ÉTICO	192
5.4 A SAGA DO HERÓI ANÔNIMO NO BRASIL PROFUNDO – O RESGATE DA INVISIBILIDADE E DO APAGAMENTO HISTÓRICO.....	196
6 DISCUSSÃO: CRIANDO DIÁLOGOS E RELIGANDO SABERES — BIOÉTICA E DIREITO À SAÚDE, DO CERRADO À CAATINGA.....	201
6.1 A CORPOREIDADE E O ESPANTO DIANTE DA INVISIBILIDADE DO OUTRO	205
6.2 O PRINCÍPIO DA IGUALDADE, JUSTIÇA E EQUIDADE E A INCLUSÃO SOCIAL DAS VIDAS VULNERADAS EM CARUARU.....	211
6.3 NÃO-DISCRIMINAÇÃO E NÃO-ESTIGMATIZAÇÃO DAS VIDAS NORDESTINAS E O IMPERATIVO ÉTICO DO RESPEITO ÀS DIFERENÇAS.....	214
6.4 A RESPONSABILIDADE SOCIAL E SAÚDE E O RESGATE DA CIDADANIA DAS CRIANÇAS CARUARUENSES	220
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	226
REFERÊNCIAS	233

1 INTRODUÇÃO

Escrever histórias ou contá-las faz parte da própria cultura humana. Desde as mais remotas pinturas rupestres, passando pelas narrativas orais e chegando às escritas, há nas mais diversas culturas a presença dessa necessidade de registro de fatos, de memórias, de afetos.

Um dos principais autores da *Socio-narratology*, Arthur W. Frank, ao se referir ao valor das histórias afirma que elas animam a vida humana e esse é o trabalho delas: “As histórias funcionam com pessoas, para pessoas e, sempre, trabalham nas pessoas, afetando o que elas conseguem ver como real, como possível e o que devem fazer ou o que precisam evitar” (Frank, 2010, p. 3). (Grifo e livre tradução da autora).

Este parece ser um dos principais papéis que as histórias assumem, qual seja, o de organizar os diversos sentidos do cotidiano, chamando a atenção para o que deve ser valorizado ou o que deve ser ignorado e desprezado pelas pessoas.

Se considerarmos que a Ética assume esse sentido de mediar as relações entre as pessoas, estabelecendo os limites do que é aceitável ou não, para cada sujeito e para cada grupo, nos depararemos com a essência do papel que as histórias assumem, não só no âmbito individual, mas também no repertório que os grupos sociais carregam e reproduzem.

Esta Tese se propõe contar uma história: a da construção do Sistema Único de Saúde em um município do agreste pernambucano, enfatizando a biografia do médico Antônio Vieira, secretário municipal de saúde de Caruaru por dois períodos de quatro anos: de 1989 a 1992 e de 1997 a 2000. A pesquisa tem como referência teórica os fundamentos epistemológicos propostos pela Bioética de Intervenção (BI) - corrente epistemológica de raiz brasileira/latino-americana gestada na Universidade de Brasília nos anos 1990 (Garrafa, 1994; 1995; 1996; 1997; 1999) e ampliada conceitualmente a partir do início do século XXI por meio de seu aprofundamento teórico ou pela aplicação em variadas situações concretas do campo da saúde pública/coletiva (Garrafa, 2000; 2001; Garrafa e Porto, 2002; Garrafa e Porto, 2003; Garrafa, 2005a, 2005b; Porto e Garrafa, 2005; Flor do Nascimento, 2010; Flor do Nascimento e Garrafa, 2011; Flor do Nascimento e Martorell, 2013; Garrafa, 2013; Feitosa, 2014; Feitosa e Flor do Nascimento, 2015; Rivas-Muñoz, Garrafa, Feitosa e Flor do Nascimento, 2015; Martorell, 2015; Garrafa, Cunha e Manchola-Castillo, 2018;

Garrafa, Cunha e Manchola-Castillo, 2020; Cruz, 2020; Façanha e Garrafa, 2022; Façanha, 2023; Garrafa, 2023) - e por princípios contidos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco (DUBDH) (UNESCO, 2005; Garrafa, 2018).

Estes períodos de gestão parecem ter sido fundamentais para ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, contribuindo diretamente para a modificação dos indicadores de saúde do município e para a consolidação de uma política de saúde voltada para o fortalecimento dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, fundantes do SUS.

A atuação de Dr. Vieira e sua equipe possibilitou grandes transformações nas condições de saúde da população do município, as quais podem ser exemplificadas na participação decisiva dos períodos acima referidos na conquista da redução do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) de 132 óbitos por mil nascidos vivos em 1989 (Araujo, Queiroz e Souza, 1989) para o de 9,05 óbitos por mil nascidos vivos em 2016 (IBGE, 2023).

Como já foi dito, o ponto de partida para esse registro é a necessidade de escrever a história das transformações na realidade de saúde do município de Caruaru e sua relação com a biografia do médico Antônio Vieira, aproximando a reflexão sobre a dimensão social presente nessas mudanças, especialmente à luz dos fundamentos teóricos da Bioética de Intervenção (BI) e dos princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH).

Escrever a história de vida deste homem é, também escrever a história de vida da autora da presente tese e a do lugar, transformado a partir desta rica experiência.

A escolha pela narrativa biográfica permite uma aproximação mais profunda, mais íntima, com os personagens e com os acontecimentos, trazendo no contexto da presente tese, um respeito às raízes fincadas no município de Caruaru e à tessitura que se constrói a partir do entrelaçamento das visões de mundo que se cristalizam em uma narrativa histórica, mas ao mesmo tempo, emocional e autêntica.

Importante ressaltar que a autora fez parte dessa equipe e é parte imbricada nessa teia de fatos e de afetos. Conforme será detalhado mais adiante, integrou a equipe técnica que compôs o coletivo liderado pelo médico Antônio Vieira, participando ativamente do processo de implantação do SUS no município de Caruaru e no estado de Pernambuco.

A narrativa da biografia do médico se mistura à história da cidade, refletindo não só a dele, mas também a intersubjetividade presente na vivência partilhada com a pesquisadora. Não há o registro destes acontecimentos na cidade. Faltam não apenas a história da biografia do homem que foi capaz de aglutinar uma equipe de técnicos em torno de uma proposta de transformação da realidade de saúde, mas não há, também, o registro das mudanças ocorridas num cenário de adversidades tão próprio do contexto social, econômico e cultural de uma cidade do interior do Nordeste do Brasil.

Nesse ponto, surge a primeira grande aproximação com a Bioética de Intervenção (Garrafa, 2000, 2001; Garrafa e Porto, 2003) – corrente epistemológica brasileira/latino-americana – que defende a ideia de compreender o mundo a partir do lugar em que se vive, desmontando aspectos do colonialismo e do imperialismo moral que fazem com que os indivíduos se enxerguem como subalternos a um saber que se constrói nos grandes centros de poder.

Ao buscar a chave para a reflexão bioética sobre a política de saúde implantada no município de Caruaru, foi fundamental recorrer inicialmente ao conceito de colonialismo, entendendo-o como apologia da colonização, como defesa ao processo de superioridade dos colonizadores sobre os povos colonizados (Césaire, 2000).

O colonialismo é entendido aqui como resultante dos processos de dominação territorial, econômica, cultural e social decorrentes da colonização de nações, povos e territórios por potências externas. “Do ponto de vista epistemológico, o que serviu de catalisador para essas ideias coloniais foi a composição de uma ideologia supremacista que se apoia em premissas hegemônicas de exclusão” (Ninomiya e Mantelli, 2022, p.02).

Foi legitimado pelo Direito Internacional em diferentes momentos e contextos históricos, utilizando-se de diversos mecanismos que validaram a supremacia europeia sobre diversos povos e territórios colonizados. Um desses mecanismos foi a *Doutrina da Descoberta*, que vigorou na era dos descobrimentos. Sob a égide das “Bulas Papais” conferia aos países europeus o direito de colonizar “terras não descobertas” ou que fossem habitadas por “povos inferiores”, outorgando legalidade à ação colonizadora de qualquer nação cristã. Esta doutrina fundamentava-se na compreensão de que os europeus tinham uma missão civilizadora, devendo “civilizar” os povos considerados inferiores, convertendo-os ao cristianismo e introduzindo a cultura europeia nesses territórios. Em 2023, o Vaticano reconheceu a ação da Igreja

Católica no processo de colonização e se desculpou pela ação violenta que dizimou milhares de indígenas nas Américas. O documento aponta que a base para essa doutrina estaria em vários documentos papais, como as Bulas *Dum Diversas* (1452), *Romanus Pontifex* (1455) e *Inter Caetera* (1493). Ao formular suas desculpas o Vaticano reconhece a participação da Igreja no processo de colonização pelos países europeus: “(...) a Igreja Católica repudia os conceitos que não reconhecem os direitos humanos inerentes aos povos indígenas, incluindo a doutrina que ficou conhecida, legal e politicamente, como a ‘doutrina da descoberta’” (Vaticano, 2023).

Séculos depois, outro mecanismo utilizado foi o *Sistema de Mandatos*, instituído após a Primeira Guerra Mundial pela Liga das Nações – órgão que antecedeu a Organização das Nações Unidas – e que concedia às potências vencedoras a administração de antigos territórios do Império Alemão e do Império Otomano, sob o argumento de prepará-los para a autodeterminação. Para historiadores como Hobsbawm (1995), tratava-se, na prática, de uma forma de continuidade do colonialismo, justificada pelo discurso de desenvolvimento e civilização. Assim, em meio a estes e outros mecanismos legais, consolidava-se uma visão perversa do poder que dizimou povos e escravizou milhões de pessoas, especialmente na América Latina, na Ásia e na África, chancelando a Modernidade.

Portanto, a Modernidade tem início a partir do marco de consolidação dos ideais burgueses representados no capitalismo comercial, na expansão colonizadora empreendida pela Europa e no predomínio da cultura europeia como modelo a ser disseminado para o restante do mundo. Esta definição bastante elementar, não revela o caráter central desse período, visto pelo olhar daqueles povos e territórios que foram colonizados, ou seja, da instauração do conceito de racialidade para orientar todo o processo de colonização.

Aimé Césaire (2020), ao lançar originalmente em 1950 o livro “Discurso sobre o Colonialismo” estabelece as bases do pensamento que ganhou força na França dos anos 1950 e décadas seguintes como o movimento anticolonialista contra a dominação europeia, que contou com expoentes como Frantz Fanon e nos Estados Unidos, com os líderes do movimento Panteras Negras.

Ao afirmar que a colonização, a ação colonial, está fundamentada no desprezo pelo homem nativo, Césaire traz para o debate a questão do racismo, elemento central para legitimar o desprezo pelos corpos nativos e por aqueles “exportados” para o

sistema escravagista. No processo de dominação, “o colonizador, ao acostumar-se a ver o outro como animal, ao treinar-se para tratá-lo como um animal, tende objetivamente, para tirar o peso da consciência, a se transformar, ele próprio, em animal” (Césaire, 2000, p.23). Essa postura, naturalizaria a violência imposta sobre os corpos dos que não tinham “alma” e, portanto, sobre esses corpos se promoveria toda sorte de ações violentas, como as mutilações, os estupros, os saques sobre as terras, bem como, sobre os elementos sagrados para cada povo ou território destruído.

Tratando a respeito do colonialismo, esse autor utiliza-se do exemplo sobre o processo de colonização da Martinica, destacando a devastação feita pela França sobre os corpos negros em suas colônias, ressaltando em seu texto: “Estou falando de milhões de homens a quem inteligentemente inculcaram o medo, o complexo de inferioridade, o estremecimento, a genuflexão, o desespero, a subserviência.” (Césaire, 2020 p. 25).

O processo de submissão destacado por Césaire é relatado, também, por outros pensadores e pensadoras que se debruçaram sobre o tema para instigar a reflexão e resgatar a criticidade necessária para repensar os processos de poder ligados à colonização.

Em seu livro *Pele Negra, Máscaras Brancas*, escrito em 1951, Fanon (2020, p.105) afirma: “Sim, a civilização europeia e seus representantes mais qualificados são responsáveis pelo racismo colonial”. Ao declarar o racismo colonial como responsabilidade da civilização europeia, ele demarca a violência como categoria da modernidade. Essa violência é vivenciada pela negação da humanidade daqueles que não são homens brancos, europeus e cristãos, legitimando todo o espetáculo de horrores praticado em nome desta supremacia.

Hoje, o que se assiste em escala mundial, em um mundo sufocado pelo processo de globalização, são os efeitos do colonialismo vivenciados sob o manto da colonialidade do poder, do saber, do ser e da vida como, respectivamente, nos falam Quijano (1992), Mignolo (2003), Dussel (1993) e Flor do Nascimento (2010).

Se é necessário dar voz a essas narrativas que vêm de diversos lugares das Américas, da África e de alguns pontos da Ásia, é porque a reflexão bioética exige que a construção do discurso represente as diferentes visões de mundo e, sobretudo, que possa dar vazão às vozes emudecidas pelo centralismo cultural e econômico dos países colonizadores europeus e da América do Norte.

Na América Latina, têm emergido, de forma mais recente, propostas epistemológicas que inauguraram os Estudos sobre a Colonialidade (Flor do Nascimento, 2010), voltadas à análise crítica dos efeitos históricos e estruturais do colonialismo sobre os corpos, as subjetividades e os processos de exclusão. Esses estudos evidenciam como tais efeitos têm contribuído para a consolidação de profundas desigualdades nas regiões periféricas, historicamente subordinadas ao centralismo europeu e norte-americano.

Nesse contexto, Flor do Nascimento (2010), na primeira tese de doutoramento sobre bioética desenvolvida no Brasil a partir de uma perspectiva decolonial, estabeleceu uma importante articulação entre a Bioética de Intervenção e o que denominou de Estudos sobre a Colonialidade demarcando relevante ligação entre estes campos do saber. Sua proposta evidenciou a necessidade de deslocar o eixo analítico da bioética principialista — centrado em princípios universais abstratos — para incorporar as dimensões históricas, sociais e políticas da vida em contextos marcados pela desigualdade estrutural, trazidas no arcabouço teórico da Bioética de Intervenção.

Ao mobilizar o pensamento de autores latino-americanos como Aníbal Quijano (1992), Walter Mignolo (2003), Enrique Dussel (1993) e Rita Segato (2007), Flor do Nascimento (2010) delineou uma crítica epistemológica à racionalidade moderna, sustentada em estruturas coloniais de poder, saber e ser. Em sua tese, pioneira no campo da bioética no Brasil sob essa perspectiva, o autor evidenciou como a modernidade se consolidou mediante uma lógica hierárquica centro-periferia, cuja matriz colonial ainda orienta as práticas políticas, científicas e biopolíticas contemporâneas. Ao incorporar a vida como dimensão analítica — ampliando a crítica da colonialidade para além do saber e do poder —, Flor do Nascimento introduziu um aporte teórico relevante para o diálogo entre o Pensamento Decolonial e a Bioética de Intervenção, propondo uma reconfiguração ética ancorada em epistemologias do Sul.

A partir do grupo inicial de pensadores mencionados, e incorporando contribuições de outros autores como Catherine Walsh, Santiago Castro-Gómez, Ramón Grosfoguel, Nelson Maldonado e Rita Segato, o pensamento decolonial foi se consolidando como uma base teórica fundamental para o pensamento crítico latino-americano. Seus representantes alcançaram ampla visibilidade, especialmente nos centros acadêmicos dos Estados Unidos e da Europa, promovendo a expansão desse

conhecimento para os chamados “países periféricos”, termo utilizado na gramática da Bioética de Intervenção (BI).

No entanto, é exatamente no Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília que esse encontro se amplia. A partir do aporte teórico trazido pela BI, há a possibilidade de aprofundamento das questões que envolvem a colonialidade da vida e sua relação com a bioética, enquanto ética aplicada.

Dessa forma, destaque-se que um dos principais compromissos da BI é o de politizar as questões morais presentes nos processos de exclusão das populações vulneráveis ao acesso de bens e riquezas produzidos pela sociedade (Flor do Nascimento e Garrafa, 2010, 2011; Rivas-Muñoz, Garrafa, Feitosa e Flor do Nascimento, 2015).

Aqui, considera-se o conhecimento como uma das riquezas produzidas a partir do saber local, e, portanto, como fruto de uma posição anti-hegemônica ao saber vindo de fora. Escrever a história da revolução sanitária ocorrida em Caruaru é, antes de tudo, um ato de resgate à importância das vidas que, historicamente, foi negada às pessoas e às coletividades étnicas e culturais que habitam a região Nordeste do Brasil, que nesta tese serão sempre referidas com o coletivo - povo nordestino -, que traduz uma identidade plural e complexa.

Em sua obra *A Invenção do Nordeste e outras artes*, o historiador Durval Muniz Albuquerque Júnior sustenta que o Nordeste não constitui uma realidade geográfica ou cultural preexistente, mas sim uma construção histórica, política, intelectual e artística, elaborada e consolidada a partir de meados do século XIX e, sobretudo, no início do século XX (Albuquerque Júnior, 2011).

O autor argumenta que a região e a identidade nordestinas resultam de uma "invenção" discursiva promovida por intelectuais, políticos e artistas, cujo objetivo era forjar uma unidade simbólica para o território. Tal construção atendeu a interesses diversos, incluindo a necessidade de afirmação identitária por parte de elites agrárias em declínio, bem como a legitimação de políticas assistencialistas fundamentadas em estereótipos relacionados à seca e à miséria.

Ao examinar o papel desempenhado pelo Regionalismo — especialmente o Movimento de 1926, associado a Gilberto Freyre —, Albuquerque Júnior destaca que esse movimento foi decisivo na formulação da imagem do Nordeste. Não se limitando à descrição da região, contribuiu para a criação de um simbolismo que exaltava o passado rural, a casa-grande e a tradição como marcas de uma suposta

“autenticidade” brasileira, em contraste com o ideal de “progresso” atribuído ao Sul do país.

A obra também aborda a seca e a miséria como elementos constitutivos da identidade nordestina. A denominada “indústria da seca” é analisada como um dispositivo político-econômico que perpetuou a imagem de uma região dependente e vulnerável, instrumentalizando a tragédia para captação de recursos e manutenção de estruturas de poder. Essa representação estereotipada do “nordestino coitado” e da “terra da seca” foi amplamente disseminada e incorporada ao imaginário nacional.

É necessário, contudo, ressaltar que o uso do termo coletivo – *povo nordestino* –, nesse contexto, não pretende obscurecer a diversidade interna da região, a qual abarca distintos ecossistemas, expressões culturais e realidades socioeconômicas. Tais heterogeneidades, frequentemente suprimidas pela construção de uma imagem homogênea, acabam por reforçar estigmas discriminatórios, o que não se coaduna com o propósito do presente trabalho.

Assim, ao atribuir singularidade às corporalidades nordestinas e evidenciar os processos de exclusão social que conduzem à invisibilização de suas mortes, esta tese se inscreve no âmbito de uma bioética prática – politizada e comprometida – que se propõe como instrumento de transformação da realidade social vivida por esses sujeitos historicamente marginalizados.

O contexto que envolveu o nascimento desta narrativa foi a iniciativa pioneira de juntar duas importantes universidades brasileiras, a Universidade de Brasília (UnB) e a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Campus do Agreste, sediado em Caruaru, em um projeto específico de Mestrado e Doutorado Interinstitucional em Bioética, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB (PPG-Bioética/UnB). Esse MINTER/DINTER - Mestrado e Doutorado Inter Institucional - em Bioética se reveste de um valor inestimável por contribuir para romper o distanciamento entre os centros de saber-poder situados nos grandes centros urbanos e aqueles nas entranhas do continental território brasileiro.

Não é difícil, como mulher nordestina que sou, estabelecer uma ligação entre os efeitos da colonialidade e o modo de agir e viver dos nordestinos. Nossos corpos não foram – e ainda não são – reconhecidos no patamar de igualdade de direitos (essencialmente) humanos de que desfrutaram (e ainda desfrutam) os cidadãos de outras regiões do Brasil. E aqui inscreve-se outra categoria: a *classe social*. Assim como a exclusão social não atinge a todos os nordestinos, a inclusão social também

não é vivenciada por todos os corpos que estão fora desse espaço geográfico. As elites dominantes deste país, que defendem os interesses do capital, sempre encontraram espaço – dentro e fora do Estado brasileiro – para perpetuar seus privilégios, alijando pessoas e coletivos do acesso aos bens que deveriam ser desfrutados por todos.

Sou filha de um homem que saiu daqui de sua terra, aos 21 anos, para viver o sonho de uma vida melhor, cheia de oportunidades de trabalho, longe do barro com que fazia tijolos. Mas o jovem nordestino sonhador encontrou-se, também, com dura vida lá fora e, pouco tempo depois arrebentou-se no solo paulista, vítima dos andaimes dançantes da construção civil, retornando doente e sequelado. Seu corpo, assim como o de outros milhares de nordestinos não merecia a dignidade das condições de trabalho, e, portanto, a dignidade do acesso às condições de vida e saúde.

Longe de ter vivido, em meu corpo de mulher branca, as dores experimentadas pelos corpos negros – de mulheres e de homens –, vivi, essencialmente, as dores de ser mulher subjugada pelos efeitos do patriarcado e da pobreza, que, a meu ver, impõem também, como diz Césaire (2020, p. 25), “o medo, a genuflexão, o complexo de inferioridade, a subserviência”. Desse modo, consigo me identificar com outras dores e estabelecer, como campo de luta, o compromisso ético de me reconhecer no Outro, construindo a alteridade que me constitui e que exige a responsabilidade de transformar qualquer realidade de opressão vivida por mim ou por outrem.

Essa compreensão dialoga com o que aprendi com o grande pernambucano que ensinou ao mundo: “Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão” (Freire, 1987, p. 29). Se Paulo Freire fala dos esfarrapados do mundo, Frantz Fanon fala dos condenados da Terra – e ambos se referem aos mesmos processos de opressão e exclusão.

É, pois, no pensamento de Fanon que também encontro inspiração para reafirmar o imperativo ético assumido como integrante do coletivo técnico liderado pelo médico Antônio Vieira, em Caruaru. No livro *Os Condenados da Terra*, escrito em 1961, ele nos diz: “Cada geração, numa relativa opacidade, deve descobrir sua missão, cumpri-la ou traí-la” (Fanon, 2020, p. 207). Embora reconheça a relativa incompletude da minha compreensão, não pretendo fugir à responsabilidade de ter descoberto a missão de minha geração – e, assim, cumpri-la.

Ao pensar sobre a mortalidade infantil no Nordeste brasileiro, não posso me desvencilhar da memória que guardo dessas mortes, desses pequenos corpos. Convivi, durante toda a infância, com a “naturalização” das mortes dos “anjinhos” — como eram chamadas as criancinhas que, em grande número, morriam ao meu redor. Convivi também com os efeitos da colonialidade da vida, vivida na subalternidade dos corpos nordestinos, que, durante décadas, serviram para ser “exportados” de seu território com o objetivo de construir a riqueza dos grandes centros de desenvolvimento do restante do país — enquanto se vivia o abandono do Estado brasileiro em relação aos pequenos corpos que morriam em seu nascedouro, sem a oportunidade de viver e desenvolver seu pleno potencial de vida.

Se começo a narrativa por essa contextualização, é porque não posso falar de uma proposta geopolítica libertadora – a Bioética de Intervenção –, sem considerar o lugar de onde venho, minhas raízes históricas e culturais e toda a rede de relações pessoais e institucionais que se constrói a partir de quem somos e do lugar que ocupamos no mundo. Nascer e viver nesse pedaço árido do imenso país chamado Brasil deixa inscrito em nossas vidas um aguçado sentimento libertário que anseia por encontrar vazão, rompendo as barreiras do preconceito, da desigualdade, da solidão.

Se o PPG-Bioética da UnB cumpriu seu projeto de descentralização ao alcançar os rincões nordestinos, aqui encontrou o processo de interiorização das universidades públicas brasileiras em seu movimento de expansão e consolidação. A criação recente do Campus do Agreste, fundado em 2006, pulsa em sua nascente com a sede de fomentar o conhecimento a partir do contexto histórico em que está inserido.

É nesse cenário que encontro a Bioética de Intervenção — uma proposta geopolítica anti-hegemônica de reterritorialização epistemológica da bioética, conforme a interpretação de Feitosa (2015). Fundamentada no referencial teórico da libertação (Garrafa, 2005b; 2023), essa abordagem valoriza o pluralismo moral, a interculturalidade, a equidade, a responsabilidade, a alteridade, a corporeidade e a solidariedade crítica. Tais princípios sustentam diálogos éticos engajados na defesa dos grupos mais vulneráveis (Garrafa e Porto, 2003; Garrafa, 2005a, 2005b; Selli e Garrafa, 2005; Flor do Nascimento, 2010; Flor-do-Nascimento e Garrafa, 2010, 2011; Feitosa, 2015; Feitosa e Flor do Nascimento, 2015; Martorell, 2015; Garrafa, Cunha e Manchola-Castillo, 2020; Cruz, 2020; Façanha, 2023; Garrafa, 2023).

Como doutoranda deste Programa, fui estimulada por seu coordenador, professor Volnei Garrafa, a refletir sobre meu lugar e a contar a história da transformação sanitária iniciada aqui nos anos 1980 do século XX, liderada por um herói anônimo: o médico Antônio Vieira. Essa caminhada foi reforçada pela atuação do professor Saulo Ferreira Feitosa como coordenador do Núcleo de Ciências da Vida da UFPE – Campus Agreste. Ele, egresso do PPG-Bioética, vislumbrou a possibilidade de construir esta importante ponte entre Brasília e Caruaru, entre o centro e a periferia, entre o cerrado e a caatinga.

O ponto de encontro entre a Bioética de Intervenção e o que foi realizado em Caruaru se evidencia na defesa intransigente da eliminação das desigualdades geradas pela supremacia daqueles que podem mais sobre aqueles que detêm pouco ou nenhum poder sobre seus corpos e suas vidas.

Escrever a história da transformação da realidade sanitária em um município do agreste pernambucano, localizado no coração do semiárido brasileiro, é, portanto, escrever a história de um grito de liberdade contra a hegemonia do saber-poder estabelecido nos grandes centros urbanos do país e do mundo.

Tornar visível essa ação transformadora local, ancorada no compromisso ético com a defesa dos vulneráveis e da vida, é tarefa que rompe com a perspectiva colonial. Dar voz e visibilidade a personagens reais que, no anonimato de sua atuação local, escreveram uma história que precisa ser contada e recontada, é contribuir para que ela se inscreva na vida de pessoas que defendem um ideal de libertação — e que poderão tê-la como inspiração para suas próprias trajetórias, onde quer que estejam.

Essa é, sem dúvida, uma das mais belas funções das histórias.

A biografia do médico Antônio Vieira tangencia a história da construção do SUS no município. A defesa ética dos princípios que sustentaram essa trajetória, que será aqui desenvolvida, encontra amparo nos fundamentos teóricos da Bioética de Intervenção (BI) e nos princípios que compõem a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), da UNESCO.

Há, indiscutivelmente, um ponto de convergência entre os princípios defendidos no campo da saúde pública — consolidados a partir da Reforma Sanitária brasileira — e esta bioética comprometida com os direitos conquistados como expressão da cidadania (Porto e Garrafa, 2011; Garrafa, Cunha e Manchola Castillo, 2018).

No entanto, esta tese não se propõe analisar os fatores envolvidos na evolução dos indicadores ou a implantação de políticas de saúde em determinado período. O

que se pretende, neste percurso, é uma aproximação entre imaginação e emoção, entre o sentir e o pensar, na perspectiva da elaboração de narrativas capazes de contar e recontar a história da vida e da experiência construída pelos sujeitos sociais envolvidos na estruturação do SUS em Caruaru, bem como seus reflexos diretos na vida e na qualidade de vida das pessoas.

Para guiar a condução da história que será apresentada, foram elaborados os seguintes pressupostos:

1. A construção de um sistema de saúde socialmente engajado deu visibilidade à capacidade de liderança do biografado para aglutinar, em torno de si, atores sociais com compromisso público e condição técnica para planejar e executar as transformações no cenário da saúde.
2. A postura ética do biografado, ao colocar-se ao lado dos mais fracos e vulneráveis, foi o fio condutor da política de saúde que contemplou e fortaleceu a participação cidadã nos níveis decisórios.
3. A Bioética, em seu caráter inter e transdisciplinar, conforme proposto pela Bioética de Intervenção, amplia o diálogo com as políticas públicas de saúde, possibilitando pensar soluções eticamente justificáveis para os conflitos inerentes à gestão pública.

Se o fio condutor para a construção dessa narrativa ancorou-se em desvendar quais aspectos da biografia do médico Antônio Vieira se entrelaçam com a construção do SUS em Caruaru, à luz da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (DUBDH) e da Bioética de Intervenção (BI), a função central do estudo traduz-se, portanto, em uma tentativa de despertar no leitor, por meio de fatos históricos, reflexão sobre eles, imaginação e emoção trazidas nas entrelinhas, o conhecimento acerca da importância de gestores competentes que, ultrapassando idealizações pessoais, são capazes de entregar-se ao coletivo, dando sentido a conceitos amplos como cidadania, equidade e justiça.

Na condução do trabalho, foi desenvolvida a seguinte pergunta norteadora:
Como foi construída a trajetória da transformação sanitária ocorrida em Caruaru à luz da Bioética de Intervenção?

O detalhamento dos fatos e a construção dessa história possibilitarão o conhecimento das conquistas alcançadas no sistema público de saúde de Caruaru, pretendendo demonstrar que, apesar das condições adversas, a realidade pôde ser

transformada por uma ação política comprometida com a defesa e o respeito à dignidade humana.

Para alcançar seu intento, foram definidos os objetivos que orientaram a elaboração da tese, sendo estabelecido como objetivo geral: construir uma narrativa bioética da história da transformação sanitária ocorrida no município de Caruaru, entrelaçando-a com a biografia do médico Antônio Vieira.

Como desdobramento desse objetivo principal, foram formulados três objetivos específicos:

1. Estabelecer os pontos de convergência entre os fundamentos da Bioética de Intervenção (BI) e as ações desenvolvidas pelo médico Antônio Vieira em Caruaru;
2. Analisar como as categorias teóricas da BI podem contribuir para o entendimento do enfrentamento das situações persistentes de saúde pública constatadas e enfrentadas em Caruaru, justificando moralmente as iniciativas e intervenções públicas verificadas nessa trajetória;
3. Correlacionar as decisões tomadas pelo médico Antônio Vieira e sua equipe como gestores públicos com os princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (DUBDH) e da Bioética de Intervenção (BI).

Por se tratar de uma tese em Bioética, está subjacente ao texto a identificação de conflitos morais presentes nas ações (ou omissões) dos agentes públicos responsáveis pelas políticas que repercutiram diretamente no problema apresentado — ainda que estas tenham se originado fora do território de Caruaru. Tais conflitos serão explicitados ao longo do texto e cotejados com os fundamentos teóricos da Bioética de Intervenção (BI) e com os princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH).

Feitas essas considerações introdutórias, o Capítulo 2 discorrerá sobre a fundamentação teórica da BI e da DUBDH e o aporte epistemológico trazido pela autora ao considerar que o processo de reterritorialização da BI identificado por Feitosa (2015) se amplia, de fato, quando o PPG-Bioética sai do centro de poder-saber localizado no Planalto Central do Brasil, na capital federal do País, para encontrar no Campus Agreste da Universidade Federal de Pernambuco, localizado no interior do estado, um novo território para a produção de conhecimentos da BI.

O MINTER/DINTER estabelecido entre duas importantes universidades federais abraça o movimento de interiorização das universidades públicas brasileiras, proporcionando o que a autora caracteriza como o encontro entre a Caatinga e o Cerrado — um movimento que resultou na ampliação do estatuto epistemológico da Bioética de Intervenção (BI), reafirmando sua condição de ética aplicada que passa a ser vivenciada na produção de conhecimento local, encontrando-se com o que Feitosa e Flor do Nascimento (2015) já haviam chamado de Insurgência Epistêmica. A insurgência epistêmica, baseada no conceito de *Desobediência Epistêmica* trazido por Walter Mignolo (2014) “é entendida como um processo constante de construção de novas estratégias e diferentes formas de práxis, ou seja, de criação de mecanismos para pensar, refletir e agir em conjunto no confronto das epistemologias dominantes” (Feitosa e Flor do Nascimento, 2015, p. 279).

Apresentando a conceituação trazida por Feitosa (2015, p.11): “Um território epistêmico é, sobretudo, esse lugar de mediação entre saberes locais, nacionais, regionais e internacionais”, trazendo a potência do saber produzido localmente, sem, no entanto, limitá-lo a um saber que não possa ser expandido ou que não possa estabelecer diálogos com outros territórios, outras culturas.

Partindo, pois, da construção desse conhecimento, neste capítulo também será tratada a convergência da BI com o pensamento do médico pernambucano Josué de Castro, fundamental para o aprofundamento da dimensão política do fenômeno fome no semiárido nordestino.

Considerando, ainda, a escolha da *corporeidade* - fundamento teórico desenvolvido pela BI - como categoria de análise nesta tese, proponho a aproximação com o pensamento da filósofa contemporânea Judith Butler. Seu conceito de *vidas precárias, não enlutáveis*, favorece o diálogo com o não reconhecimento pelo Estado brasileiro dos corpos nordestinos como corpos dignos do cuidado e da proteção estatal.

Tomando o conceito de *Mistanásia*, trazido pelo bioeticista brasileiro Márcio Fabri dos Anjos (1989) como “morte miserável, infeliz, precoce e evitável”, esta tese o utiliza para descrever como o tratamento dado aos corpos dos nordestinos em relação ao fim da vida, caracterizou não só a *mistanásia*, mas se constituiu de fato, em um genocídio apagado da nossa cena política e da nossa memória histórica.

No Capítulo 3, são apresentados os recursos metodológicos adotados nesta tese, fundamentados na Bioética Narrativa proposta por Mainetti (2008) e ampliados

pela contribuição de Manchola-Castillo (2017), que, inspirado no pensamento do sociólogo colombiano Orlando Fals Borda, desenvolve, no âmbito da Bioética de Intervenção, a abordagem da narrativa sentipensante.

Embasada na abordagem qualitativa, a presente tese trata-se, então, de um estudo descritivo que se utiliza da narrativa bioética para apresentar as transformações sanitárias ocorridas em Caruaru-PE, as quais culminaram diretamente em um quadro de melhoria nos referenciais de qualidade de vida com inclusão social e na redução da mortalidade infantil do município, no período de 1989 a 2016. Este recorte temporal utilizado amplia o período das gestões do médico Antônio Vieira na secretaria municipal de saúde, evidenciando o valor de seu legado na práxis – entendida como uma prática politizada e socialmente comprometida – de seus sucessores.

Como categorias de análise, foram selecionados um dos fundamentos teóricos da Bioética de Intervenção — *a corporeidade* — e três princípios extraídos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH): *equidade, justiça e igualdade; não estigmatização e não discriminação; e responsabilidade social e saúde*. Essas categorias, que também representam aportes teóricos dos referenciais adotados, dialogarão com a hermenêutica na interpretação dos dilemas e conflitos morais relacionados à mortalidade infantil e ao direito de acesso à saúde, compreendidos como problemas bioéticos persistentes no contexto do nordeste brasileiro.

O capítulo 4 traz um breve histórico da trajetória da saúde pública em uma cidade do agreste nordestino, caracterizando geograficamente o território de Caruaru como palco das mudanças ocorridas. Ao falar da localização geográfica como espaço geopolítico entre o litoral e o sertão do estado pernambucano, a tese se ancora no conhecimento produzido por Josué de Castro, que já em 1946 com seu livro *Geografia da Fome* (Castro, 1946), desconstrói a ideia de que a seca era um problema climático, para inseri-la como problema político decorrente da concentração fundiária e da acumulação de capital. Esta visão, construída a partir do saber local se estende para o mundo, e Castro (1952) desenha uma nova geopolítica mundial, denominando-a de *Geopolítica da Fome*.

Ao caracterizar em um tópico específico as crises famélicas ocorridas no semiárido nordestino, descortina-se o genocídio praticado pelo Estado brasileiro e apagado das páginas de nossa história. Neste capítulo, são apresentados os

precursores da transformação sanitária ocorrida no município, o redirecionamento da política de saúde e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em Caruaru, evidenciando a expressiva queda do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), uma realidade outrora inimaginável para uma cidade do interior do Nordeste brasileiro.

No Capítulo 5 a tese apresenta o personagem principal da narrativa bioética, o médico Antônio Vieira, tangenciando os aspectos biográficos com a ação transformadora ocorrida no município, demonstrando sua capacidade de liderar um coletivo formado por técnicos que se dedicaram à construção de um novo modelo de atenção à saúde. São apresentados não apenas aspectos biográficos, mas também seu pensamento e sua postura ética, traduzidos em alguns de seus escritos, aos quais a pesquisadora teve acesso por meio da relação de proximidade com ele e sua família.

O Capítulo 6 apresenta a articulação entre as reflexões da autora e os referenciais teóricos adotados, com ênfase nas categorias bioéticas de análise previamente definidas. A discussão é enriquecida pelo diálogo com os pensamentos de Josué de Castro e Judith Butler, por meio dos quais se evidencia como os corpos nordestinos foram historicamente negligenciados pelo Estado brasileiro. As mortes de crianças nordestinas são interpretadas como expressões de uma situação de mistanásia, revelando a forma degradante e miserável com que essas vidas foram perdidas — configurando, assim, um verdadeiro genocídio promovido justamente por aquele que deveria garantir sua proteção: o próprio Estado.

No Capítulo 7, são apresentadas as considerações finais da pesquisa, bem como recomendações fundamentadas na análise bioética desenvolvida ao longo da tese. A ênfase recai sobre a mortalidade infantil e o direito de acesso à saúde por parte de populações socialmente vulnerabilizadas, tendo como recorte empírico um município do agreste pernambucano. A partir do diálogo entre a Bioética de Intervenção, a narrativa sentipensante e os referenciais teóricos mobilizados, este capítulo busca não apenas sintetizar os principais aprendizados da investigação, mas também propor caminhos ético-políticos que contribuam para o enfrentamento das iniquidades historicamente impostas a esses sujeitos.

Parafraseando Frank (2010), ao tratar do princípio dialógico proposto pela Socio-Narratologia, deseja-se que esta análise vá além da interpretação da história: que ela amplie sua capacidade de recepção e transmissão contínuas, contribuindo para desvendar sentidos — para quem a narra, a escuta e a reconta.

2 FUNDAMENTOS DA REFLEXÃO TEÓRICA A PARTIR DA BIOÉTICA: CAATINGA E CERRADO SE ENCONTRAM

Aos esfarrapados do mundo e aos que neles se descobrem e, assim descobrindo-se, com eles sofrem, mas, sobretudo, com eles lutam.

Paulo Freire

Como já dito anteriormente, o que ocorreu em Caruaru representa um marco na saúde pública brasileira, com o enfrentamento local de grave problema de saúde: a exclusão social da população no sentido do acesso a um sistema digno de atenção à saúde e uma de suas consequências mais perversas, a mortalidade infantil. Neste capítulo, serão apresentados os fundamentos teórico-conceituais que embasam a presente tese.

Partindo do saber produzido localmente e da construção da transformação sanitária realizada, dá-se o encontro entre o que a vivência na paisagem agreste da Caatinga pôde produzir de conhecimento, com o saber produzido no Cerrado do Centro-Oeste brasileiro, a partir do PPG-Bioética da Universidade de Brasília.

2.1 O ENCONTRO COM A BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO (BI)

Embora já tenha mencionado neste trabalho como se deu o meu encontro com o PPG/Bioética, o ponto de partida para escrever a história da transformação sanitária ocorrida em Caruaru a partir do final da década de 1980 e anos seguintes, decorreu de um pedaço da história contada por mim no momento da Aula Inaugural do MINTER/DINTER em Bioética, realizada no Campus do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco, em Caruaru.

Naquele momento, diante da presença do Dr. Antônio Vieira, sentado na plateia para ouvir as palavras do Professor Volnei Garrafa, destaquei, na condição de docente do curso de Medicina da UFPE – Campus Agreste e aluna do doutorado do PPG Bioética da UnB, a relevância de sua atuação como secretário municipal de saúde de Caruaru na redução da mortalidade infantil no município. O coeficiente de mortalidade infantil, que em 1989 era alarmante — com 132 óbitos por mil nascidos vivos (Araujo,

Souza e Queiroz, 1989) —, culminou em uma significativa redução ao final da gestão da secretária municipal de saúde Maria Aparecida de Souza, que integrara a equipe do Dr. Antônio Vieira desde 1989, alcançando 9,05 óbitos por mil nascidos vivos em 2016 (IBGE, 2023).

Contar esse pedaço da história significava para mim, naquele momento, uma homenagem justa ao homem que dedicara sua vida profissional à construção de um patrimônio vivo para a cidade que abraçara como sua.

Diante de tantos jovens estudantes de medicina que assistiam atentos à cerimônia, vislumbrei que seria um registro necessário a ser feito, deixando uma marca, uma lembrança de que para que os frutos sejam colhidos, é necessário que haja o plantio.

Assim, despretensiosamente, dirigi aquelas palavras de reconhecimento ao médico e gestor que havia modificado os caminhos da medicina e da saúde em Caruaru. Mas, para minha surpresa, o pequeno trecho contado provocou no coordenador do PPG/Bioética da UnB o efeito esperado das histórias quando são narradas: fazer sentido para quem as ouve e conectar-se a outras histórias já contadas, ou que ainda necessitam ser recontadas (Frank, 2010).

No dia seguinte, durante a primeira aula do curso de doutorado, ouvi do professor Volnei Garrafa que havia uma exigência bioética que se interpunha no meu caminho para transformar em narrativa a história que presenciei e ajudei a escrever como parte da equipe do médico Antônio Vieira. Pela primeira vez, meus ouvidos, arrebatados de encantamento, ouviram que aquele herói anônimo do agreste pernambucano sintetizava a jornada do herói — uma história que precisava ser contada e recontada para não se perder no tempo, evitando, talvez, que fosse encoberta pela poeira do esquecimento.

Desse modo, aceitei de imediato o desafio de escrever a história que alimentou meus sonhos de juventude e meus ideais libertários, os quais convergiram na construção dos alicerces para a transformação da saúde pública de Caruaru, por meio da implantação do Sistema Único de Saúde no município. E, ao olhar para esse percurso, encontro eco nas palavras de Fanon, a quem respondo: — Sim, descobri a missão da minha geração e não a traí. Dediquei-me à transformação da realidade perversa que me cercava.

2.1.1 Conceituando Bioética e Bioética de Intervenção (BI)

A Bioética de Intervenção (BI), proposta epistemológica brasileira, foi gestada em meados da década de 1990 e representa hoje a consolidação de um campo de conhecimento comprometido com a busca de respostas para os macroproblemas e conflitos coletivos que guardam uma relação com as denominadas “situações persistentes” presentes nos países periféricos e que afetam grandes parcelas da população mundial (Garrafa, 1996, 2005a).

Segundo seu principal formulador, Volnei Garrafa, “a BI compreende a Bioética como uma nova ferramenta, como um novo instrumento da teoria e do método científico, capaz de estudar, analisar, interpretar e intervir nos complexos conflitos morais do mundo contemporâneo” (Garrafa, 2023).

Em sua base teórica, estabelece que, na justificação moral para a análise dos conflitos, deve ser levado em consideração o maior benefício possível para o maior número de pessoas, pelo período mais prolongado e sempre almejando as melhores consequências coletivas, sobretudo para aquelas comunidades mais vulneráveis e discriminadas do ponto de vista social e econômico (Garrafa, 2023).

No entanto, antes de adentrar na necessária conceituação teórica da BI e dos fundamentos que embasam a construção desta tese, é necessário discorrer preliminarmente sobre o curso que seguia a bioética naqueles anos iniciais da década de 1990 e que ensejaram os questionamentos de bioeticistas latino-americanos e caribenhos, neles incluídos os dos brasileiros.

As raízes iniciais da bioética como disciplina foram propostas por Potter (1970)¹, que a definira como uma disciplina capaz de transitar entre duas culturas distintas – a ciência e as humanidades. Para ele, a preocupação inicial era a de que os valores éticos humanos não estivessem dissociados do compromisso com o ambiente, com a ecologia e com a própria vida humana e planetária em seu sentido mais amplo. Diante das recentes inovações tecnológicas e científicas, era necessário

¹ A despeito das publicações de Potter, em 1970 e 1971, apresentando cientificamente o neologismo *Bioethics*, há registros de que em 1927, Fritz Jahr utilizou pela primeira vez o termo bioética em artigo publicado no periódico laico alemão *Kosmos*. O termo *Bio-Ethick* surge, então, do reconhecimento de obrigações éticas não relacionadas apenas ao homem, mas a todos os seres vivos. No artigo, Jahr propõe um “imperativo bioético” inspirado em Kant: “Respeita todo ser vivo essencialmente como um fim em si mesmo e trata-o, se possível como tal”. O responsável pela descoberta do texto de Fritz Jahr foi o Prof. Rolf Löther, da Universidade Humbolt/Alemanha, em 1997 (Goldim, 2006).

pensar as ações humanas em uma perspectiva que unisse a vida como *bios*, ligada aos fatos biológicos e como *ethos*, ligada aos valores morais capazes de garantir a sobrevivência das futuras gerações no planeta (Potter, 2016).

Embora Van Rensselaer Potter tenha idealizado a bioética, no início da década de 1970, como uma “ponte para o futuro” — uma proposta ampla de articulação entre os saberes biomédicos, ecológicos e humanísticos voltados à preservação da vida em todas as suas formas —, esse ideal sofreu um redirecionamento significativo. A partir da publicação da obra *Principles of Biomedical Ethics*, de Tom Beauchamp e James Childress, em 1979, consolidou-se uma vertente biomédica da bioética, fortemente centrada na relação clínica entre médicos e pacientes, bem como nas implicações éticas das pesquisas biomédicas com seres humanos. Nessa perspectiva, a bioética passou a ser concebida como um sistema normativo baseado na aplicação de quatro princípios — respeito à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça —, assumindo posição hegemônica, sobretudo nos Estados Unidos e na Europa, e influenciando significativamente o debate bioético em nível global. Estes princípios seriam de caráter universal e, portanto, poderiam ser aplicados para dirimir quaisquer espécies de conflitos morais, independentemente do contexto social ou cultural.

Ao reduzir a concepção ampla e global proposta por Potter, o *Princípioalismo* — consolidado a partir do Relatório Belmont (1978) e sistematizado por Beauchamp e Childress (1979) — estabeleceu a bioética como uma disciplina normativa centrada em princípios considerados universalmente válidos. Fundamentado na ideia de uma “moralidade comum”, esse modelo passou a orientar grande parte das análises éticas no campo da saúde, especialmente no contexto biomédico ocidental.

No entanto, tal perspectiva passou a ser fortemente questionada por bioeticistas da América Latina e do Caribe, que denunciavam a inadequação de uma abordagem pretensamente universal frente às especificidades culturais, históricas, econômicas e sociais que caracterizam os contextos periféricos. As críticas ao modelo principialista não se restringem à suposta universalidade dos quatro princípios, tampouco à fragilidade da teoria da moralidade comum (Azambuja e Garrafa, 2015), mas se estendem à sua incapacidade de lidar com conflitos éticos complexos oriundos de macroproblemas coletivos — como desigualdades sociais, crises sanitárias e degradação ambiental — que extrapolam os limites jurídico-formais do Princípio da Justiça (Garrafa, 2005a; Garrafa e Manchola-Castillo, 2017).

A importância de incluir no debate bioético a grande distância entre as novas conquistas tecnológicas e a realidade sanitária dos países latino-americanos fomentou novos modelos conceituais, os quais passaram a refletir sobre as implicações éticas relacionadas ao alijamento de parcelas importantes da população mundial do acesso aos bens e ao conhecimento produzidos pela própria humanidade (Porto, 2006).

No Brasil, surgem duas importantes vertentes da bioética que se contrapõem ao modelo principialista hegemônico: a Bioética de Proteção (BP) e a Bioética de Intervenção (BI). A primeira, proposta por Schramm e Kottow (2001), enfatiza a necessidade de ampliar o escopo da bioética para lidar com os dilemas morais presentes nas políticas públicas, em especial, as de saúde. Essa vertente atribui ao Estado o dever de proteção, fundamentado no significado original do termo grego *ethos*, entendido como guarida ou abrigo diante das adversidades.

Nesse contexto, Schramm (2008) propõe uma distinção conceitual fundamental entre “vulneráveis”, “susceptíveis” e “vulnerados”, com vistas a orientar a aplicação ética de políticas equitativas. Para o autor, todos os seres humanos são vulneráveis em razão de sua condição ontológica, marcada pela finitude e pela necessidade de cuidado em diferentes fases da vida. Os susceptíveis, por sua vez, são aqueles que, em função de fatores específicos – como pobreza, doença, exclusão social – estão mais propensos a sofrer danos. Já os vulnerados são aqueles cuja dignidade foi efetivamente ferida, sendo vítimas de injustiça ou desamparo, e que, por isso, requerem ações imediatas de proteção e reparação. Essa distinção, como observa Araujo (2012), é essencial para a priorização de recursos e para a formulação de políticas públicas que busquem a equidade e a justiça social, princípios basilares da bioética voltada à proteção dos mais fragilizados.

A outra vertente brasileira da bioética, a Bioética de Intervenção (BI), foi concebida no então Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da Universidade de Brasília, posteriormente ampliado ao âmbito internacional, em 2005, na Cátedra Unesco de Bioética da mesma instituição, sob a coordenação do professor Volnei Garrafa. Fundamentada na preocupação com a dimensão social das questões bioéticas, essa proposta epistemológica emergiu fortemente vinculada ao campo da saúde pública. Seu desenvolvimento resultou de reflexões críticas acerca de problemas sanitários e ambientais, intensificadas pela trajetória de engajamento

político do autor no contexto do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (Garrafa, 2000).

A formulação da Bioética de Intervenção (BI) parte da análise dos conflitos éticos sob a perspectiva do respeito ao pluralismo moral, propondo instrumentos teóricos e metodológicos capazes de abordar tanto os chamados problemas éticos “persistentes” – como a exclusão social, o aborto, a eutanásia e a vulnerabilidade social – quanto os dilemas considerados “emergentes”, resultantes dos avanços científicos e tecnológicos, a exemplo da genômica, dos transplantes de órgãos e tecidos, e das novas tecnologias reprodutivas. Ao reconhecer a complexidade e a historicidade desses conflitos, a BI amplia o escopo da reflexão bioética para além das relações interpessoais, integrando uma abordagem crítica e comprometida com a justiça social. Garrafa e Porto (2003), defendem que a bioética deve ser compreendida como uma prática ativa e proposital, comprometida com a transformação das estruturas sociais injustas, buscando oferecer soluções concretas para os problemas enfrentados por populações que historicamente sofreram vulnerabilidades.

Essa perspectiva dialoga com o pensamento decolonial latino-americano, representado por autores como Aníbal Quijano, Enrique Dussel, Walter D Mignolo, Catherine Walsh e Rita Segato. No campo da BI, essa interlocução vem sendo aprofundada por estudiosos como Feitosa (2015) e Flor do Nascimento e Feitosa (2015), que, ao proporem uma leitura sentipensante e situada da ética, enfatizam a necessidade de uma bioética enraizada na realidade latino-americana, capaz de reconhecer os efeitos da colonialidade sobre os corpos, os saberes e os modos de vida. Nesse sentido, a BI se apresenta como um instrumento teórico-prático de enfrentamento das desigualdades estruturais, ao mesmo tempo em que valoriza saberes outros, historicamente silenciados, como fundamentos legítimos para a construção de uma ética pública plural e inclusiva.

2.1.2 A construção do estatuto epistemológico da BI

O estatuto epistemológico da Bioética de Intervenção (BI) estabelece os fundamentos teóricos, metodológicos e éticos que definem sua posição no campo da bioética contemporânea, situando-se como uma resposta crítica e alternativa ao modelo principialista hegemônico. A BI fundamenta-se na compreensão da bioética como um saber situado e politizado, comprometido com a transformação das

estruturas sociais injustas e a defesa das populações historicamente vulnerabilizadas, especialmente nos contextos latino-americanos (Garrafa, 2000, 2001; Garrafa e Porto, 2003).

Seu estatuto epistemológico valoriza, pois, o pluralismo moral, o diálogo intercultural e a responsabilidade social como princípios orientadores, reconhecendo por meio de duas teses de doutoramento defendidas na UnB, que os conflitos éticos devem ser analisados levando em consideração as especificidades sociais, culturais e históricas que influenciam a saúde e a vida (Flor do Nascimento, 2010; Feitosa, 2015). A BI propõe uma abordagem inter-transdisciplinar fundamentada nas teorias da complexidade (Edgar Morin) e da totalidade concreta (Karel Kosik) (Garrafa, 2005c, 2006), utilizando metodologias como a hermenêutica crítica, a escuta bioética (Tomasini, 2023) e a bioética narrativa sentipensante para compreender e atuar sobre os dilemas bioéticos presentes nas realidades periféricas (Manchola-Castillo, 2017; Garrafa, Cunha e Manchola-Castillo, 2020).

Assim, a BI se distingue por sua prática engajada, que ultrapassa a mera interpretação ética para intervir na promoção da equidade, da justiça social e dos direitos humanos, constituindo-se como uma bioética de caráter político e emancipatório (Garrafa, 2023).

2.1.2.1 O período inicial

A Bioética de Intervenção teve sua fase inicial na década de 1990 com a publicação do livro “Dimensão da Ética em Saúde Pública” (Garrafa, 1995), no qual seu autor tecia os primeiros fios que conduziram a uma nova compreensão sobre as situações denominadas de *persistentes* pela BI, as quais estavam intimamente relacionadas com a saúde pública e coletiva, consoante as ideias defendidas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira².

Portanto, desde o seu início, a BI configurou em seu arcabouço teórico os temas relacionados à saúde pública, especialmente aqueles vinculados à defesa do direito universal de acesso à saúde (Garrafa, 1994; Garrafa, 1997; Garrafa, Oselka e

² O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira foi um movimento surgido no Brasil, no início da década de 1970 durante o regime militar que tinha como principal objetivo realizar mudanças no vigente sistema de saúde, propondo um conjunto de ideias e de ações com vistas a garantir o acesso universal e igualitário a serviços de saúde de qualidade para toda a população.

Diniz, 1997), estabelecendo a análise teórica da disciplina em dois campos conceituais distintos: *situações persistentes* e *situações emergentes* (Garrafa, 1996).

As ideias iniciais da Bioética de Intervenção (BI) foram gestadas no âmbito acadêmico do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética - NEPeB, hoje Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Desde então, os estudos desenvolvidos nesse espaço têm permitido seu aprofundamento como uma proposta bioética anti-hegemônica, que se opõe à importação acrítica de soluções elaboradas nos países centrais para a resolução dos macroproblemas coletivos enfrentados pelos países periféricos (Garrafa, 2012).

Neste sentido, desde seu período de gestação, passando ao período cronologicamente seguinte – de formulações, a BI assume o papel de trazer ao seu campo reflexivo as questões sobre as políticas públicas, especialmente a de saúde, mas não se fechando nesse campo específico. Questiona especialmente, a necessidade do enfrentamento das situações macropolíticas geradas pelas desigualdades sociais que revelam o fosso existente entre as condições de vida das pessoas que vivem nos países centrais e as daquelas que habitam os países periféricos.

Ao situar no centro do debate bioético mundial os impactos éticos decorrentes da globalização, sobretudo seus efeitos excludentes e desiguais, a Bioética de Intervenção opta por uma postura crítica e comprometida, alinhando-se com os segmentos mais vulneráveis da sociedade (Garrafa, 2005). Assim, a Bioética de Intervenção busca fomentar a elaboração de abordagens inovadoras e contextualizadas que respondam às complexas questões socioeconômicas e sanitárias enfrentadas pelos países periféricos. Essa perspectiva rompe com os modelos universalistas e hegemônicos tradicionalmente aplicados, os quais frequentemente ignoram as especificidades culturais, históricas e estruturais dessas regiões (Garrafa, 2005; Feitosa e Flor do Nascimento, 2015; Quijano, 2000; Walsh, 2009; Mignolo, 2011).

Ao reconhecer a diversidade e a pluralidade dos contextos locais, essa abordagem propõe um diálogo bioético comprometido com a justiça social e a equidade, propondo superar as limitações das práticas bioéticas convencionais, alicerçadas na moralidade comum universal e desenvolvidas nos países centrais.

2.1.2.2 A expansão teórica e conceitual da BI

Nas décadas seguintes à sua formulação, a Bioética de Intervenção (BI) consolidou-se por meio de intensa produção científica, contribuindo para sua crescente aceitação como expressão crítica oriunda dos países periféricos.

Segundo Garrafa (2023), sua estrutura se assenta em dois grandes campos: o conceitual e o temático. O primeiro reúne os fundamentos epistemológicos e organizacionais da BI, definidos por quatro eixos: a bioética como ética aplicada; sua epistemologia (fundamentação conceitual própria da disciplina); o respeito ao pluralismo moral e os direitos humanos universais. Já o campo temático abriga dois grandes conjuntos de questões: as *situações emergentes*, ligadas aos avanços biotecnocientíficos (como genômica, inteligência artificial, e células-tronco), e as *situações persistentes*, associadas a problemas sociais históricos, como exclusão, pobreza, analfabetismo e desigualdade no acesso à saúde (Garrafa, 2023).

A BI propõe uma ruptura com a fragmentação disciplinar clássica ao adotar um modelo transdisciplinar, que vai além da justaposição de saberes presente na multidisciplinaridade e do simples diálogo entre métodos, situação característica da interdisciplinaridade. Essa escolha busca articular saberes distintos, superando visões unidimensionais e promovendo a produção de novos conhecimentos a partir de um olhar mais amplo e crítico. O caráter transdisciplinar vem sendo aprofundado pela BI em seu escopo teórico, dialogando com outras disciplinas, mas se propondo, sobretudo, a tecer as teias do complexo tecido que se forma no espaço antes ocupado por saberes fragmentados (Garrafa, Kottow e Saada, 2005, 2006;).

Dessa forma, a Bioética de Intervenção tem incorporado o compromisso com a produção de novos saberes, que não se limitam à consolidação de uma nova disciplina, mas buscam compreender e analisar as implicações morais por meio de uma abordagem transdisciplinar — dimensão considerada por seus fundadores como a verdadeira vocação da bioética. Como afirma Porto (2012), a capacidade de integrar saberes provenientes de distintas áreas do conhecimento tem contribuído significativamente para afirmar essa vocação transdisciplinar, já intuída por Potter em seus escritos inaugurais. Ainda que esse avanço não possa ser creditado exclusivamente à BI, é inegável sua contribuição para ampliar, no Brasil, os horizontes da reflexão bioética, promovendo o diálogo entre disciplinas e fortalecendo a interface entre ética, saúde pública e justiça social:

A possibilidade de constituir-se como campo de produção de saberes oriundos de diferentes áreas contribuiu na consolidação da vocação transdisciplinar da bioética, já delineada por Potter em sua intuição pioneira. Mesmo que não se possa atribuir este sucesso exclusivamente à bioética de intervenção, é inegável sua participação no descerrar da reflexão bioética no Brasil à transdisciplinaridade, bem como seu papel indutor do diálogo interdisciplinar (Porto, 2012, p.111)

Essa abordagem permite pensar livremente sem os limites impostos por estruturas disciplinares estanques. A BI, portanto, adota esse modelo ampliado como base essencial de sua crítica, promovendo a superação das barreiras que separam as disciplinas e incentivando um intercâmbio mais orgânico e fecundo, capaz de gerar novos conhecimentos, conforme destacado por Garrafa (2023).

Partindo desses marcos que fundamentam seu campo de conhecimento, a Bioética de Intervenção (BI) rejeita o uso exclusivo do critério econômico para classificar os países entre desenvolvidos e subdesenvolvidos. Em vez disso, adota uma perspectiva geopolítica que considera as condições concretas de vida das populações, distinguindo os países em centrais e periféricos. Segundo Garrafa (2023), os países centrais são caracterizados por já terem superado, ou estarem próximos de superar, problemas estruturais como saúde, educação, moradia e alimentação. Já os países periféricos, por outro lado, são marcados pela persistência de condições indignas de vida para a maior parte de sua população, pela exclusão do acesso aos avanços científico-tecnológicos e pela concentração de renda e poder por pequenos grupos em detrimento do coletivo.

Ainda que essa classificação seja tradicionalmente aplicada entre países, no contexto desta tese argumenta-se que ela pode ser mobilizada internamente ao Brasil. Nesse sentido, considera-se que a região Nordeste assume uma condição periférica quando comparada a regiões mais desenvolvidas do país, como o Sudeste. As disparidades socioeconômicas entre as regiões expõem, em média, os habitantes dessa região a situações de maior vulnerabilidade, com acesso limitado a direitos e recursos básicos, o que justifica o uso do conceito de periferia também em termos internos à geografia nacional.

Nessa perspectiva, a aproximação com o campo transdisciplinar proposto pela Bioética de Intervenção permite o diálogo com outros saberes comprometidos com a denúncia das desigualdades produzidas por modelos econômicos excludentes, que aprofundam as iniquidades e o desamparo social — especialmente entre populações

vulnerabilizadas, como as crianças cujas mortes permaneceram invisibilizadas por séculos no Nordeste brasileiro.

Ao aprofundar sua crítica às condições sociais que geram desigualdades estruturais, a Bioética de Intervenção (BI) propõe uma releitura dos conceitos de equidade, igualdade e justiça social, fundamentando-os em uma ética comprometida com os sujeitos historicamente excluídos. Segundo Garrafa, Oselka e Diniz (1997), a equidade deve ser compreendida como ponto de partida para a promoção da justiça, uma vez que reconhece as diferenças materiais, simbólicas e culturais entre os grupos sociais. A igualdade, nesse contexto, não é uma condição de origem, mas uma meta a ser alcançada por meio de políticas que considerem tais assimetrias. Assim, a equidade torna-se um princípio orientador na construção de estratégias éticas voltadas à efetivação dos direitos humanos, especialmente nos territórios periféricos e vulnerabilizados.

Essa abordagem mostra-se particularmente relevante quando se observa o fenômeno da mortalidade infantil em cidades do semiárido nordestino, onde persistiram desigualdades abissais em relação ao acesso à saúde, saneamento, alimentação e educação. A invisibilização histórica das mortes das crianças nordestinas — tratadas muitas vezes como estatísticas naturais de um ambiente adverso — revela a urgência de uma ética que seja capaz de tensionar os discursos biomédicos hegemônicos e integrar os determinantes sociais da saúde como parte essencial da análise bioética. Ao reconhecer essas desigualdades não como fatalidades, mas como expressões de um modelo socioeconômico excludente, a BI assume a equidade como eixo estruturante de sua intervenção.

Sob essa ótica, o enfrentamento da mortalidade infantil nesse pedaço do Brasil não pode se restringir a respostas técnicas ou calcadas no modelo biomédico, mas exige uma ação política e ética fundada no compromisso com a vida das populações historicamente negligenciadas. A proposta transdisciplinar da BI — influenciada pelas reflexões de Nicolescu (2000) e pelo pensamento latino-americano de libertação, como em Dussel (1993) — aponta para a necessidade de escuta ativa dos saberes locais, da valorização das experiências comunitárias e da articulação entre saúde, justiça e cidadania.

Promover a equidade, portanto, significa garantir que crianças nascidas em contextos de profunda vulnerabilidade, como no semiárido nordestino, tenham acesso não apenas à sobrevivência biológica, mas a condições dignas de existência. Isso

exige romper com a neutralidade da ética tradicional e assumir uma postura interventiva, sensível às desigualdades que atravessam as vidas reais.

Garrafa (2023) também destaca que, em contraste com a visão anglo-saxônica, que frequentemente trata a saúde como mercadoria acessível apenas a quem tem recursos econômicos, para a Bioética de Intervenção a justiça em saúde implica o direito ao acesso integral a todos os níveis de atenção, independentemente da condição socioeconômica. Esse enfoque demanda uma revisão do princípio da justiça na bioética, buscando superar dicotomias simplistas entre o justo e o injusto, o certo e o errado, a inclusão e a exclusão social.

Para a BI, a justiça demanda uma legitimação moral que vá além do legalismo jurídico, aproximando a bioética das condições concretas e das necessidades das populações vulneráveis (Garrafa e Manchola- Castillo, 2017).

Com esse enfoque, a Bioética de Intervenção propõe uma nova linha de direitos — sociais, de cidadania e das futuras gerações — buscando construir uma ética democrática ampliada, generosa, pública e coletiva, comprometida com as questões essenciais para a sobrevivência digna das majorias necessitadas do planeta (Garrafa, 2023).

A partir de seu aporte teórico e de sua proposta de ética aplicada, a Bioética de Intervenção passa a ocupar um lugar central no pensamento crítico latino-americano. Ao defender que a análise dos conflitos morais deve estar ancorada nos contextos culturais, econômicos e sociais específicos, a BI rejeita abordagens acríicas e universalistas. Ao privilegiar a construção de saberes locais e posicionar-se ao lado dos sujeitos mais vulneráveis de cada sociedade, amplia significativamente o escopo da bioética, ressignificando o conceito de justiça — tradicionalmente restrito à dimensão individual — para abarcar uma compreensão coletiva e socialmente situada.

Em recente artigo que revisita a constituição do estatuto epistemológico da BI, Garrafa (2023) destaca os marcos teóricos da Bioética de Intervenção, os quais podem ser assim resumidos: a Bioética de Intervenção (BI) fundamenta-se em uma ética aplicada de base utilitarista e consequencialista, mas radicalmente comprometida com a solidariedade crítica. No campo público, prioriza políticas que beneficiem o maior número de pessoas, durante o maior tempo possível, mesmo que isso implique em renúncias pontuais a interesses individuais. No campo privado, busca soluções contextualizadas para conflitos morais, ancoradas no compromisso com os sujeitos vulneráveis.

Sua proposta teórica estabelece uma aliança com os grupos mais fragilizados da sociedade, enfrentando dilemas clássicos como: autonomia versus justiça/equidade; interesses individuais versus coletivos; neutralidade versus politização dos conflitos; e mudanças paliativas versus transformações estruturais. Defende, assim, uma ética ativa e comprometida com os direitos humanos, a equidade social e a justiça global (Garrafa, 2023).

Entre os conceitos centrais da BI estão: libertação; empoderamento; responsabilidade; alteridade; cuidado; solidariedade; compromisso; transformação; não discriminação e não estigmatização. Soma-se a isso o conjunto dos "4 Ps": *precaução, proteção, prudência e prevenção*, orientando práticas éticas sensíveis aos riscos, aos avanços científicos e à defesa dos mais vulneráveis. Dessa forma, Garrafa (2023), destaca que os chamados "4 Ps", representam princípios fundamentais para a reflexão bioética diante dos avanços científicos e tecnológicos. O primeiro é a *prudência*, entendida como a necessidade de agir com cautela frente às inovações tecnológicas, de modo a evitar que estas se tornem fontes de dilemas éticos. A discussão deve contemplar todas as implicações decorrentes desses avanços, orientando-os para um desenvolvimento que seja, ao mesmo tempo, justo e eticamente responsável. O segundo princípio é a *prevenção*, que exige a antecipação de possíveis danos ou consequências patológicas decorrentes de novas práticas, de modo que as decisões morais sejam pautadas na responsabilidade de evitar futuros prejuízos. O terceiro, a *precaução*, refere-se à postura diante da incerteza e do desconhecido, exigindo análise crítica das ações que possam gerar riscos ainda não plenamente compreendidos. Por fim, a *proteção* diz respeito ao compromisso ético com os sujeitos mais vulneráveis e desassistidos, garantindo sua salvaguarda diante das transformações tecnocientíficas. Esses quatro princípios devem ser incorporados como elementos centrais na construção de uma ética aplicada, comprometida com a justiça social e com a dignidade humana (Garrafa, 2006, 2023; Façanha, 2023).

A aproximação da BI com a Ética da Libertação (Dussel) e com a Teologia da Libertação (Fabri dos Anjos, 1997) amplia seu escopo, aprofundando a crítica à colonialidade do saber e fortalecendo sua inserção no pensamento crítico latino-americano. Seus marcos teóricos se organizam em seis eixos principais:

- a) Reterritorialização epistemológica da bioética no Sul Global
- b) Colonialidade e pluralismo bioético
- c) Interculturalidade

- d) Corporeidade
- e) Solidariedade crítica
- f) Direitos humanos universais (Garrafa, 2023, p. 97)

Nesse sentido, destacam-se duas importantes contribuições teóricas para a ampliação do estatuto epistemológico da Bioética de Intervenção, fomentadas por Feitosa e Flor do Nascimento. A proposta de reterritorialização epistemológica da Bioética de Intervenção, tal como desenvolvida por Saulo Ferreira Feitosa (2015) e aprofundada em coautoria com Flor do Nascimento (2015), configura-se como uma expansão crítica do estatuto epistemológico da bioética. Para esses autores, a Bioética de Intervenção (BI) se apresenta como uma epistemologia insurgente, enraizada no contexto latino-americano e em permanente articulação com os saberes produzidos nas margens do sistema-mundo capitalista³. Essa insurgência não apenas rompe com os paradigmas hegemônicos oriundos dos países centrais, mas reivindica novas bases para pensar e agir eticamente diante das desigualdades históricas e estruturais que marcam os territórios do Sul global.

Feitosa (2015) identifica nesse movimento um processo de reterritorialização epistemológica, que implica o deslocamento da bioética de sua ancoragem principialista e biomédica, para uma perspectiva ampliada do *bios* — compreendido em sua dimensão social, política, ambiental e histórica. Ao aproximar-se de outras correntes críticas latino-americanas, como a Teologia da Libertação, a Pedagogia do Oprimido, a Teoria da Dependência e a Colonialidade do Poder, a BI afirma-se como uma proposta bioética de libertação, comprometida com a justiça social, com a superação das exclusões e com a transformação das condições de vida das populações vulnerabilizadas.

Nesse contexto, três categorias centrais sustentam o alargamento epistemológico proposto: *inclusão social, empoderamento e libertação*. A *inclusão social* é compreendida como o rompimento com lógicas neoliberais excludentes, exigindo a construção de um novo imaginário social pautado na dignidade, na

³ **Sistema-mundo capitalista** refere-se a uma teoria sociológica e econômica que analisa o mundo como um sistema único e integrado, caracterizado pela dinâmica de produção, troca e distribuição de bens em escala global. Essa teoria, desenvolvida inicialmente por Immanuel Wallerstein, destaca a existência de uma divisão internacional do trabalho que gera centros (países desenvolvidos), semiperiferias e periferias (países dependentes), mantendo relações desiguais de poder, riqueza e influência. O sistema-mundo capitalista é marcado pela expansão contínua do capitalismo, que molda estruturas econômicas, políticas e sociais em todo o globo, produzindo desigualdades persistentes entre regiões e grupos sociais. WALLERSTEIN, Immanuel. *The Modern World-System*. New York: Academic Press, 1974.

equidade e no acesso universal a direitos fundamentais, como o da saúde. O *empoderamento*, conforme fundamentado em Amartya Sen e reelaborado na perspectiva da BI, refere-se à ampliação da capacidade de decisão dos sujeitos historicamente subalternizados, ao mesmo tempo em que atua na reorganização orgânica das coletividades (Garrafa, 2023). Já a categoria *libertação*, inspirada no pensamento de Paulo Freire, é reelaborada por Garrafa (2005) com o termo "libertação" (em oposição a "liberação", frequentemente utilizado no pensamento latino-americano), denotando um processo político-pedagógico profundo, que visa não apenas conceder autonomia, mas sobretudo desvelar e combater os mecanismos estruturais de opressão.

A reterritorialização epistemológica, tal como proposta por Feitosa e Flor do Nascimento (2015), não apenas amplia o escopo da bioética de intervenção, mas redefine seus fundamentos, atribuindo centralidade à realidade vivida pelos povos do Sul e ao protagonismo ético-político de seus saberes e práticas. Trata-se, assim, de uma bioética comprometida com a transformação concreta da vida e com a emancipação das populações historicamente invisibilizadas.

Essa proposta se caracteriza por uma *insurgência epistêmica*, ou seja, pela construção de novas estratégias e formas de atuação ética que confrontam os paradigmas dominantes e incorporam práticas e saberes localizados (Feitosa e Flor do Nascimento, 2015).

Assim, a Bioética de Intervenção assume uma postura crítica e engajada, voltada à emancipação dos povos oprimidos, à valorização dos saberes locais e à transformação concreta das condições de vida das populações historicamente excluídas dos benefícios do desenvolvimento tecnocientífico.

Embora todos os marcos aqui apresentados componham a construção contínua e singular de uma proposta bioética geopolítica, anti-hegemônica e libertadora, esta tese enfatiza, de modo particular, o marco conceitual da *Corporeidade*. Essa categoria teórica será adotada como eixo analítico para fundamentar a discussão dos conflitos morais relacionados à negligência histórica do Estado brasileiro frente aos corpos das crianças nordestinas.

Conforme aponta Flor do Nascimento (2020), refletir eticamente a partir do corpo implica reconhecer os marcadores sociais que o atravessam — como território, classe, raça e gênero — e, sobretudo, escutar os silêncios que o constituem historicamente. Nesse sentido, a Corporeidade permite à Bioética de Intervenção

desvelar o processo de naturalização da morte de populações vulnerabilizadas, resgatando a centralidade dos corpos excluídos como lugar de denúncia e resistência.

2.1.2.3 A Corporeidade

No contexto da análise da transformação sanitária ocorrida em Caruaru, evidenciada na redução do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), o compromisso de dar visibilidade às vidas que estavam por trás das vergonhosas estatísticas de mortes, esteve sempre presente na condução desta tese. Minha compreensão de que tais mortes carregavam um sentido histórico de exclusão, de menor valor das vidas aqui vividas, de submissão dos corpos de homens, mulheres e crianças ao jugo da fome e da miséria socialmente produzidas levou ao encontro, a meu ver, com um dos mais caros fundamentos teóricos desenvolvidos pela BI para análise dos conflitos morais envolvidos nessa questão – a *corporeidade*.

Nesse sentido, em seus primeiros escritos sobre BI, Porto e Garrafa (2005, pág.118) afirmam que “a possibilidade de provocar o prazer ou infligir a dor a outros é a base das relações de poder” e consideram que esta seria uma referência universal e inequívoca, pois o corpo é o que dá materialidade à existência humana, por meio da qual a vida se faz concreta, sendo de fato, uma referência mesmo em situações de realidades culturais e sociais distintas. O corpo ganha, pois, materialidade em sua totalidade somática e psíquica e essa totalidade está articulada e integrada nas interrelações sociais e com o ambiente (Porto e Garrafa, 2005, pág. 116).

Ao revisitar os marcos conceituais da BI em artigo mais recente, a antropóloga e bioeticista Dora Porto reafirma a importância da *corporeidade* como referencial da análise bioética, ressaltando uma vez mais que evitar a dor e estar mais próximo ao prazer são movimentos reconhecidos em diferentes grupos e populações:

Quanto ao marco teórico, optou-se na bioética de intervenção por uma referência inequívoca e universal – a corporeidade -, buscando-se com isso sobrepujar o pragmatismo histórico que ordena a aplicação da lei do mais forte. Dado que todos os seres humanos existem no mundo a partir de seu corpo (que lhes confere existência social concreta) e que em todas as culturas, sociedades ou civilizações as regras sociais são moldadas sobre os parâmetros de dor e prazer inerentes à existência desses corpos, a bioética de intervenção considerou pertinente adotar esse marco teórico, considerando-o indicativo da necessidade de intervir para alterar o *status quo* e alcançar justiça social (Porto, 2012, p.112).

A análise bioética das implicações morais presentes na naturalização das mortes das crianças nordestinas pelo Estado Brasileiro ao longo de décadas subjaz a raízes profundas de desvalorização de corpos e de vidas (sobretudo, os de mulheres e crianças), tão bem expressada pelos estudos que descrevem a colonialidade da vida (Flor do Nascimento, 2010), (Feitosa, 2015), o biopoder e a biopolítica (Foucault, 2010), a vida nua (Agamben, 2002) e as vidas precárias (Butler, 2022), aportes teóricos que se somarão ao da BI para análise da categoria *corporeidade*.

Trazer o corpo para o centro do debate ético vai além de dar a visibilidade inicialmente proposta. A construção da reflexão bioética dos significados dos corpos nordestinos no contexto histórico-cultural da região e do país demonstrou que sua importância permanentemente diminuída se refletiu na ausência de políticas públicas voltadas para a resolução da situação.

Ao falar sobre o corpo, não se fala apenas do corpo somático, físico ou psíquico, mas, sobretudo, do corpo como veículo relacional no qual estão inscritas as bases para a constituição da subjetividade e da alteridade. O corpo não é apenas constituído de órgãos que expressariam a dor, mas a dor é uma condição de representação do próprio corpo, ou seja, não existe outro veículo que a possa conduzir (Fernandes, 2003).

A análise dos corpos infantis negligenciados no semiárido nordestino demanda uma compreensão que articule o sofrimento físico às dimensões simbólicas, políticas e éticas. Em *Inibição, sintoma e angústia*, obra originalmente publicada em 1926, Freud (2016) observa que a dor física pode ser deslocada ou até mesmo inibida, a depender do investimento psíquico direcionado a determinadas zonas do corpo. Essa perspectiva permite compreender a dor como um fenômeno que ultrapassa o fisiológico, assumindo também um papel representativo do corpo diante de experiências sociais e inconscientes. A dor, nesse sentido, torna-se uma linguagem inscrita na carne, reveladora das relações de poder que a atravessam.

Esse entendimento dialoga diretamente com a BI, que denuncia os efeitos das desigualdades estruturais e defende uma ética comprometida com os sujeitos historicamente marginalizados. A dor das crianças nordestinas, muitas vezes silenciada e invisibilizada, não pode ser analisada fora dos contextos de exclusão que a produzem, o que exige a consideração ativa das vulnerabilidades e o enfrentamento das condições materiais que determinam a precariedade da vida. O silêncio que

recobre essas mortes não é apenas ausência de fala, mas efeito de uma política hegemônica que hierarquiza vidas e naturaliza sofrimentos seletivos.

Nesse ponto, o conceito de corporalidades, desenvolvido por Flor do Nascimento (2020), reforça a urgência de escutar os corpos silenciados. Ao compreender o corpo como território histórico, social e político, o autor propõe uma dimensão de análise que emerge do reconhecimento das ausências que atravessam corpos racializados e empobrecidos, historicamente desumanizados e privados de agência. Essas ausências que se manifestam na dor e no sofrimento evidenciam uma exclusão estrutural profunda, que demanda uma escuta atenta e uma resposta ética comprometida. As mortes infantis no Nordeste, vistas historicamente como naturais ou inevitáveis, revelam um pacto de negligência e um epistemicídio que deslegitima saberes e existências.

Assim, ao articular Freud, Garrafa e Flor do Nascimento, evidencia-se que a dor, nesse contexto, não é apenas um evento clínico ou individual, mas um sintoma coletivo das injustiças sociais. A bioética, quando aliada à crítica das desigualdades, assume o desafio de re-territorializar os saberes e escutar as corporalidades feridas como lugares de produção de ética, memória e resistência.

Portanto, na raiz conceitual da BI coube pensar a corporeidade como a expressão da assimetria de poder entre aqueles que o detêm e os que estão de alguma forma a ele subjugados. Nesse sentido, Le Breton (2013) ao referir-se ao poder de infligir a dor a outrem nos diz:

Infligir a dor para punir uma afronta, uma infração ou impor uma ordem é, há muito tempo o princípio de intimidação e de poder, uma maneira de ter domínio sobre o outro na proporção de sua impotência para se defender. O poder de um homem ou de um Estado é medido pela soma de dores que ele é suscetível de prodigalizar sem que nenhuma de suas prerrogativas seja ameaçada pelo repúdio das vítimas ou pelo rigor da lei (Le Breton, 2013, p.199)

No contexto das sociedades contemporâneas, a dor continua a se revelar como um instrumento de dominação e de intimidação, especialmente em populações ou grupos mais vulneráveis. Esses corpos são violados em seus direitos fundamentais, e a indiferença ante o sofrimento provocado faz parte do processo de “coisificação” do Outro. Essa distribuição da dor na sociedade não é distribuída igualmente entre os corpos, requerendo o posicionamento de uma bioética comprometida com esse lado mais frágil da sociedade para atuar em sua defesa.

A corporeidade enquanto fundamento teórico da BI enfatiza a importância de reconhecer a realidade existencial das pessoas em sua totalidade, abrangendo todas as dimensões do ser humano através da experiência concreta do corpo. Essa perspectiva busca proteger e preservar a vida e a qualidade de vida tanto no âmbito biológico quanto no social (Porto, 2012).

Portanto, a corporeidade para a BI vai além da mera constatação da existência física e da necessidade de sua preservação; ela implica considerar as políticas públicas, especialmente as de saúde, como expressão da igualdade e da justiça que devem nortear as relações humanas. Essas políticas, frequentemente encaradas como propostas de intervenção sobre os corpos e sobre o ambiente, devem ser concebidas a partir das necessidades e expectativas de indivíduos reais, com suas particularidades, dores e prazeres (Porto, 2012).

Ao reconhecer a dor e o prazer como parâmetros importantes nas dimensões individual e coletiva, a BI compreende a divisão assimétrica das possibilidades de experimentá-los entre indivíduos e sociedades como moralmente injusta e eticamente injustificável (Porto, 2012).

Essa assimetria será evidenciada de várias formas e uma delas refere-se ao acesso desigual à saúde. Algumas pessoas, grupos ou coletividades estarão mais vulneráveis a doenças e agravos do que outros, aumentando a experiência de dor e sofrimento para essas pessoas e diminuindo as possibilidades de experimentar o prazer e o bem-estar de forma igualitária. Outra condição que evidencia essa desigualdade está presente na falta de acesso à moradia digna, saneamento básico, educação, alimentação adequada e a outros direitos básicos, aumentando a exposição à dor e ao sofrimento, limitando assim a igualdade de oportunidades entre todos. Se assistimos a essa omissão histórica de um Estado excludente e injusto em relação aos corpos nordestinos, continuamos a testemunhar o quanto a discriminação por raça, gênero, orientação sexual, identidade de gênero e a violência, seja ela física ou simbólica, aumentam a experiência de dor e sofrimento para grupos específicos que são discriminados cotidianamente, sofrendo injúrias e crimes contra a igualdade das condições de humanidade.

A BI ao reconhecer a injustiça dessa distribuição desigual de dor e prazer, aponta a necessidade de ações que promovam a equidade e a justiça social. Esse compromisso ético busca garantir que todas as pessoas tenham oportunidades iguais

de experimentar o bem-estar e o prazer, e que a dor e o sofrimento sejam minimizados, especialmente para as populações vulneráveis dos países periféricos.

Ao adotar a corporeidade como categoria teórica central, esta tese articula-se com a proposta de Flor do Nascimento (2020), para quem os corpos constituem territórios políticos, simbólicos e existenciais, profundamente atravessados por estruturas de poder e resistência. Longe de uma visão universal e abstrata, a corporeidade é entendida como experiência plural, situada e relacional — especialmente nos contextos subalternizados, como os vividos por populações negras, periféricas e nordestinas.

Nesse sentido, os corpos das crianças do semiárido, historicamente negligenciados e invisibilizados pelo Estado, são compreendidos aqui como expressões de uma política de exclusão que hierarquiza vidas e naturaliza a morte precoce. A partir da perspectiva crítica da Bioética de Intervenção, que propõe uma ética comprometida com os mais vulneráveis, o conceito de corporeidade permite denunciar essa violência estrutural e reposicionar os corpos infantis como sujeitos de direitos, saberes e cuidado. A valorização das corporalidades periféricas, como propõe o autor, implica a escuta dos silêncios históricos e a reconstrução de uma justiça bioética que seja enraizada na vida concreta dos povos do Sul global.

Como parte da análise sobre a corporeidade, esta tese se dispõe também a dialogar com o pensamento da filósofa contemporânea estadunidense Judith Butler (2022) que desenvolveu o conceito de vidas precárias para designar aquelas pessoas cujas vidas são vividas em situação de vulnerabilidade e cujas mortes não despertam o sentimento de serem dignas de luto.

[...] Então poderíamos avaliar criticamente e nos opor às condições em que certas vidas humanas são mais vulneráveis do que outras e, assim, certas vidas humanas provocam mais luto do que outras (Butler, 2022, p. 51).

A crítica à violência de Estado empreendida em sua filosofia política, e sobretudo, suas contribuições sobre conceitos como “distribuição desigual do luto público, direito ao luto, vidas enlutáveis, luto como elemento fundamental de constituição de um sentimento de comunidade que se oponha ao individualismo”⁴ constituem a base de um diálogo oportuno com a Bioética de Intervenção.

⁴ Trecho da contracapa do livro *Vida precária: os poderes do luto e da violência* (Butler, 2022), escrito por Carla Rodrigues.

A inquietante pergunta sobre a vulnerabilidade imposta às crianças nordestinas fazendo com que certas vidas, sempre as mesmas vidas, sejam precárias, se coloca no cerne da análise bioética que pretende ser conduzida por uma bioética engajada politicamente e socialmente comprometida.

2.2 O ENCONTRO COM A DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS – DUBDH

Consoante ao objetivo da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) de aproximar-se das questões bioéticas relacionadas ao avanço científico e tecnológico, foram elaboradas, aprovadas e devidamente homologadas pelos países-membro da UNESCO no final dos anos 1990 e início da década de 2000, duas declarações que se revestiram da maior importância no campo da bioética: a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos e a segunda, a Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos, em 2003. Partindo da repercussão mundial desses instrumentos, ficou cada vez mais evidente a premência de aprofundar o crescente debate sobre as questões bioéticas que demandavam a necessidade de construção de consensos sobre questões importantes para toda a humanidade (Saada, 2006).

A bioética, campo dedicado à reflexão ética sobre a vida, vinha sendo hegemonicamente interpretada de maneira restrita, focando-se centralmente na biomedicina e biotecnologia, abarcando apenas as questões referentes aos avanços nessas áreas e aos conflitos decorrentes das relações entre médicos e pacientes e entre pesquisadores e sujeitos de pesquisa. Embora não se deva negar a importância de instrumentos que possam mediar essas relações, tornou-se imperativo incorporar à temática da bioética uma compreensão mais ampla do "*bio*" que a define, englobando todas as formas de vida e expandindo o escopo da bioética para além das questões médicas.

Como aponta Saada (2006), em contraponto a essa visão restrita da bioética, bioeticistas da América Latina, Caribe, de países da Ásia e da África já vinham desenvolvendo um pensamento crítico que passava a extrapolar os meios acadêmicos para se constituir em um movimento de articulação contra-hegemônico ao pensamento estadunidense e anglo-saxão, centrado nos quatro princípios

considerados universais. A efervescência desse pensamento crítico ganhava força política não só para ampliar o debate mundial, mas sobretudo para consolidar teoricamente as novas bases conceituais da bioética.

Como resultado de um amplo debate e com o apoio da UNESCO, foi fundada, em 2003, a *Red Latino-Americana y del Caribe de Bioética* — Redbioética UNESCO. Sua criação foi um desdobramento da temática central e das acirradas discussões realizadas durante o Sexto Congresso Mundial de Bioética, promovido pela *International Association of Bioethics* (IAB) e organizado integralmente pela Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), em Brasília, no mês de outubro de 2002. A realização desse evento contou com apoio e organização quase integralmente sustentados pelo então Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da Universidade de Brasília (UnB), que, a partir de 2005, foi elevado à condição de Cátedra UNESCO de Bioética e, em 2008, tornou-se pioneiro no país ao implementar na universidade pública o Programa de Pós-Graduação nos níveis de mestrado e doutorado.

A fundação formal da Redbioética ocorreu em maio de 2003, em Cancún, México, durante um evento paralelo a uma das reuniões do Projeto Genoma Humano, então desenvolvido em âmbito mundial, em diferentes regiões geográficas (Garrafa, 2006, 2018). A rede, que congrega distintos pesquisadores e intelectuais da bioética na região, foi criada com o objetivo de promover o aprofundamento e a adaptação dos conceitos da disciplina, buscando adequá-los às raízes culturais dos diversos povos e países latino-americanos e caribenhos (Saada, 2006).

Em novembro de 2004, sob a coordenação dos professores Volnei Garrafa (Universidade de Brasília) e Miguel Kottow (Universidade do Chile), a Redbioética promoveu um encontro científico em Montevidéu. O objetivo central foi discutir a construção de um novo estatuto epistemológico para a bioética, com ênfase na revisão de suas bases conceituais, de modo a ampliá-las para incorporar as características multiculturais e pluralistas que marcam a realidade dos países da região. Ainda em novembro de 2004, o Ministério da Justiça e Direitos Humanos da Argentina, com o apoio da Redbioética, organizou uma reunião em Buenos Aires, que contou com a participação da presidente do *International Bioethics Committee* (IBC), Michèle Jean (Canadá), além de diversos membros da organização, especialistas e representantes de 11 países latino-americanos. Como resultado desse encontro, foram produzidos dois documentos de caráter contundente, que exigiam alterações

significativas no texto da Declaração que vinha sendo elaborada (Garrafa, 2006, 2018).

A partir desse momento, as mudanças propostas foram incorporadas, e, na reunião ordinária conjunta do *International Bioethics Committee (IBC)* e do *Inter-Governmental Bioethics Committee (IGBC)*, realizada em janeiro de 2005, em Paris, já ficou evidente que o texto da Declaração deveria assumir um novo conteúdo, conferindo à bioética um caráter mais amplo e abrangente. Essa reunião foi seguida por outros dois encontros, realizados em Paris, nos meses de abril e junho, respectivamente, com a participação dos chamados *experts* governamentais de nível II — delegados oficialmente designados pelos países, em apoio às suas missões diplomáticas junto à UNESCO (Garrafa, 2006, 2018).

Como se pode observar, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) foi fruto de um profundo movimento de debates até chegar à sua versão final, que foi levada à homologação na 33ª Conferência Geral da UNESCO em 19 de outubro de 2005, em Paris, sendo aprovada por aclamação e assinada pelos 191 países membros da UNESCO (UNESCO, 2005, 2018).

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) representa um marco ao ampliar o escopo da Bioética para além das questões estritamente biomédicas, incorporando também dimensões sociais, ambientais e de direitos humanos. Reconhece, ainda, a Bioética como um campo multidisciplinar, em constante diálogo com áreas como a medicina, o direito, a filosofia, a antropologia e as ciências sociais. Ao enfatizar a urgência de promover justiça social e equidade no acesso à saúde, na distribuição de recursos e na proteção dos grupos mais vulneráveis, consolida a agenda bioética orientada por uma visão ampliada e propositiva em defesa da vida. Com isso, passa a incluir temas cruciais como exclusão social, vulnerabilidade, racismo e saúde pública, expressando um compromisso ético com a vida em todas as suas dimensões.

Um ponto indispensável a ser registrado nesta tese diz respeito à relação direta existente entre grande parte da fundamentação teórica desenvolvida pela Bioética de Intervenção, desde seus primórdios, e a temática do Sexto Congresso Mundial de Bioética, realizado em Brasília, em outubro de 2002, bem como com diversos referenciais e princípios que, posteriormente, passaram a compor a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH). Uma das conferências de abertura desse congresso teve como título “*Bioética, Poder e Injustiça: por uma*

Bioética de Intervenção”, cujo conteúdo foi, em seguida, publicado nas revistas *O Mundo da Saúde* e *Bioethics*, além de integrar um capítulo do livro que reuniu, em forma de anais, as 42 principais conferências proferidas no evento — textos devidamente registrados nas referências desta tese (Garrafa e Porto, 2002; Garrafa e Porto, 2003a; Garrafa e Porto, 2003b).

O professor italiano Giovanni Berlinguer e o filósofo filipino Leonardo de Castro, conferencistas centrais do *Sixth World Congress of Bioethics*, realizado em Brasília, passaram, logo após o evento e estimulados pela sua temática, a integrar o Comitê Internacional de Bioética da UNESCO (CIB), em Paris. Por reconhecido mérito, ambos foram nomeados *relatores* dos primeiros *borradores (drafts)* do processo de construção da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH). Fortemente influenciados pelas discussões realizadas no congresso de Brasília, incorporaram ao direcionamento teórico-conceitual da Declaração diversos pontos que foram ali exaustivamente debatidos. O processo foi longo, estendendo-se por quase três anos, durante os quais foram elaboradas nada menos que sete versões preliminares do documento, até que sua tramitação avançasse para a etapa seguinte, conduzida por um segundo comitê, este de caráter decisório: o *Comitê Internacional Intergovernamental de Bioética (CIBH)*.

É essencial deixar claro que, até aquele momento, apesar dos esforços de Berlinguer, de Castro e da representação de alguns países no *CIBH*, o documento permaneceu majoritariamente alinhado à visão principialista proposta por Beauchamp e Childress (1979), a partir dos Estados Unidos, e amplamente difundida também na Europa. Essa perspectiva estava centrada na abordagem biomédica e biotecnológica, pautada, sobretudo, nas relações entre profissionais de saúde e seus pacientes, bem como entre patrocinadores e pesquisadores e os participantes de pesquisas clínicas.

A proposição inicial de uma epistemologia diversa para a bioética — que buscava ampliar seu escopo teórico e incorporar novos princípios — foi recebida com duras críticas, e até com certa aversão, pelos “representantes” da bioética internacional no *CIB* e no *CIBH*. Essa proposta de ampliação incluía princípios voltados aos campos sanitário (como o acesso aos cuidados de saúde, a medicamentos essenciais, aos serviços de saúde e aos avanços científicos e tecnológicos), social (garantia de acesso à nutrição e à água potável, melhoria das condições de vida, superação da marginalização e da exclusão social, redução da

pobreza e do analfabetismo) e ambiental (proteção das gerações futuras, do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade).

O histórico que deve ser incluído na narrativa real da construção da nova bioética em proposta é que os princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) foram gestados no Sexto Congresso Mundial de Bioética, realizado em Brasília, em outubro de 2002, cuja temática — *“Bioética, Poder e Injustiça”* — já anunciava, na própria abertura do evento, a Bioética de Intervenção. Essa narrativa constitui uma das originalidades da presente tese, visto que vários princípios extraídos da DUBDH e citados mais adiante no capítulo final, referente à “Discussão”, encontram-se direta ou indiretamente presentes no texto da conferência de abertura e na temática referencial desenvolvida ao longo do congresso. Entre esses princípios, são especialmente trabalhados neste estudo os seguintes: Igualdade, Justiça e Equidade (Artigo 10); Não Discriminação e Não-Estigmatização (Artigo 11); e Responsabilidade Social e Saúde (Artigo 14).

Neste contexto os aspectos acima mencionados se coadunam com os propósitos da presente tese, proporcionando o referencial teórico necessário à compreensão do processo de gestão que culminou com a mudança do CMI em Caruaru, importante marco de transformação sanitária neste município do semiárido nordestino.

Considerando o embasamento trazido pela DUBDH em seu texto, foram selecionados os três artigos acima citados que são, na verdade, três princípios que devem ser respeitados nas decisões tomadas ou nas práticas desenvolvidas por aqueles a quem ela é dirigida.

2.2.1 Igualdade, Justiça e Equidade

Este princípio da DUBDH representa um dos grandes avanços para a bioética, pois amplia o seu enfoque como disciplina que se coloca na defesa da igualdade e da justiça, promovendo e garantindo os direitos para todas as pessoas de forma equânime, visando alcançar relações sociais mais justas. O texto do Artigo 10 da DUBDH assim explicita esse compromisso:

A igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa (DUBDH, 2005).

Durante todo o desenvolvimento desta tese, e mais especificamente em seu Capítulo 4, descrevo a situação de como os corpos nordestinos foram tratados pelo Estado brasileiro, caracterizando as situações de desigualdade e injustiça. A naturalização das mortes das crianças aqui nascidas é a face mais cruel dessa realidade perpetrada por décadas a fio, demonstrando do ponto de vista bioético, o distanciamento entre a necropolítica estatal e a dignidade que seria devida àquelas vidas, a fim de que pudessem ocupar o patamar de reconhecimento de sua humanidade.

Ao tratar sobre a questão da justiça como princípio bioético, Garrafa e Manchola-Castillo (2017) se concentram na necessidade de uma análise crítica deste princípio, ampliando o enfoque usual do âmbito do legalismo jurídico para as relações de poder e para as desigualdades sociais que afetam a saúde e a vida das pessoas, especialmente as mais vulneráveis. Para os autores, “ (...) a justiça, como princípio indispensável de uma bioética pluralista, laica e direcionada aos direitos humanos universais, requer mais fortemente um caráter de legitimação moral do que de legalismo jurídico” (Garrafa e Manchola-Castillo, 2017, p.14).

Assim, consideram que em vez de focar em obrigações ou deveres, deve-se estar atento a priorizar os direitos sociais, direitos dos cidadãos e direitos das gerações futuras na busca por uma ética democrática ampliada, pública e coletiva. Essa ética deve ser comprometida com a sobrevivência digna das populações mais necessitadas do planeta.

Como já foi dito, a DUBDH com sua visão mais ampla, expandiu consideravelmente o escopo da bioética, fornecendo novo fôlego e relevância política. Ao incorporar temas de interesse central das nações periféricas do hemisfério sul do mundo, como inclusão social; acesso universal à saúde; proteção da biodiversidade e respeito ao meio ambiente; combate à violência; direito à alfabetização e compartilhamento dos benefícios do avanço científico e tecnológico; a bioética tornou-se um campo de atuação crucial para a promoção da justiça social e da equidade em escala global.

Ao considerar o nordeste brasileiro como região periférica àquelas mais desenvolvidas do país, estabelece-se a necessidade de analisar a justificação moral

para as injustiças históricas cometidas com as pessoas e as coletividades étnicas e culturais que habitam a região nordeste do Brasil. É indiscutível que não se pode ampliar a discussão sobre o princípio da justiça sem considerar como bases os direitos humanos e o tema da inclusão social:

O que proporciona humanidade aos seres biologicamente reconhecidos como humanos é consequência de um processo coletivo que se consubstancia na produção e reprodução contínuas dos significados atribuídos às práticas sociais. Neste sentido, a proposta de politização da bioética aqui defendida tem relação com o pressuposto de que a ação social politicamente comprometida é aquela com capacidade de transformar a práxis social (Garrafa, 2008).

O desdobramento desta análise exigirá o aprofundamento teórico dos conceitos de justiça, igualdade e equidade. Ainda que de forma preliminar, é fundamental destacar o avanço representado pela incorporação do princípio da equidade na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), reconhecendo-a como um caminho necessário para a realização da igualdade e da justiça. Conforme definido por Garrafa, Oselka e Diniz (1997), a equidade constitui o ponto de partida para a igualdade — que apenas se concretiza como consequência daquela — sendo, por sua vez, o fundamento que orienta a realização da justiça social.

É somente através do reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas dos sujeitos sociais que se pode alcançar a igualdade. A igualdade não é mais um ponto de partida ideológico que tendia a anular as diferenças. A igualdade é o ponto de chegada da justiça social, referencial dos direitos humanos e onde o próximo passo é o reconhecimento da cidadania (Garrafa, Oselka e Diniz, 1997, pág. 29).

Conforme se observa na afirmação desses autores, a inclusão da discussão sobre equidade social na agenda da bioética é fundamental para aproximá-la do campo da justiça, ressaltando que essa inclusão é uma forma concreta de contribuir para a construção da justiça social. Nesse contexto, a bioética se configura como um novo instrumento, uma ferramenta teórica e metodológica poderosa e atualizada para atuar na construção da cidadania e da democracia, combatendo todas as formas de exclusão social (Garrafa e Manchola-Castillo, 2017).

Assim, a equidade — que significa, portanto, reconhecer as diferentes necessidades de sujeitos distintos para garantir direitos iguais — apresenta-se como o caminho da ética aplicada para a realização dos direitos humanos universais, incluindo o direito a uma vida digna. A equidade é, pois, um referencial que permite

resolver grande parte das distorções relacionadas à justiça distributiva, ampliando as possibilidades de vida de expressivos setores da população marginalizados dos bens mínimos para sua sobrevivência e sua dignidade (Garrafa e Manchola-Castillo, 2017).

No pensamento contemporâneo sobre justiça, a Teoria da Justiça de John Rawls⁵ se destaca como um marco essencial. Na década de 1970, Rawls ofereceu uma importante contribuição teórica ao fundamentar a justiça como equidade. Inspirado pelo contratualismo de Rousseau, Rawls elaborou sua Teoria da Justiça [1971], descrevendo-a a partir de uma situação imaginária, a "posição original". Nessa situação hipotética, indivíduos livres e iguais, despojados de suas simpatias e aversões, escolheriam, sob um "véu da ignorância", os princípios de justiça que governariam a estrutura básica da sociedade. Ou seja, na formulação de um contrato social eles desconheceriam suas próprias capacidades, preferências e o lugar social que lhes seria reservado (Araujo, 2012).

Nessa situação de ignorância sobre suas futuras posições sociais, indivíduos racionais, partindo de uma mesma condição inicial, deveriam escolher princípios de justiça cujas consequências estariam dispostos a aceitar, independentemente de sua posição social futura. No entanto, os indivíduos possuiriam conhecimento geral sobre a sociedade, incluindo aspectos políticos, econômicos, organização social, leis da psicologia humana e outros fatores relevantes para a escolha dos princípios e suas implicações. Segundo a formulação de Rawls, as pessoas sob estas condições fariam emergir dois princípios de justiça em uma sociedade liberal-democrática:

- a. Cada pessoa tem direito igual a um esquema plenamente adequado de direitos e liberdades básicas iguais, sendo esse esquema compatível com um esquema similar para todos.
- b. As desigualdades sociais e econômicas devem satisfazer duas condições: primeiro, elas devem estar ligadas a cargos e posições abertos a todos em condições de justa igualdade de oportunidade; segundo, elas devem beneficiar maiormente os membros menos favorecidos da sociedade (Rawls, 1992, p. 30).

⁵ John Rawls foi um renomado filósofo político e professor universitário americano, considerado um dos mais influentes pensadores do século XX (1921- 2002). Sua teoria da justiça como equidade, exposta em seu livro mais famoso, "Uma Teoria da Justiça" (1971), propõe princípios para a organização de uma sociedade justa, baseados em um contrato social hipotético no qual indivíduos racionais, em uma situação de igualdade original, escolheriam princípios que maximizassem o bem-estar dos mais desfavorecidos social e economicamente.

Conforme pode ser visto no texto acima, os princípios de justiça social derivados da teoria rawlsiana podem ser assim resumidos: o primeiro, o princípio da liberdade, ou seja, a garantia do máximo de direitos e liberdades básicos para cada um, desde que seja compatível com a liberdade dos outros. E o segundo princípio seria o da diferença: permitiria desigualdades sociais e econômicas apenas se beneficiassem os membros menos favorecidos da sociedade.

Paranhos, Matias, Monsores e Garrafa (2018), apresentam o pensamento de Rawls enfatizando que, para o autor, no Estado moderno, a diversidade de doutrinas e o pluralismo de ideias devem prevalecer. A justiça como equidade, por ele defendida, é apresentada como uma alternativa ao utilitarismo e ao intuicionismo.

Para Rawls — indo além de suas propostas originais, que se fundamentam basicamente na social-democracia, mas sem atingir os ideais mais avançados do chamado “socialismo democrático” — a desigualdade só é justificável se beneficiar os menos favorecidos na sociedade. O princípio da diferença busca mitigar as disparidades sociais e econômicas, reconhecendo que as desigualdades nas condições de vida exigem ações compensatórias. Essas ações podem incluir políticas públicas e a participação ativa da sociedade na redução dessas desigualdades (Paranhos, Matias, Monsores e Garrafa, 2018). Sobre esse tema, assim afirmam os autores:

O princípio da diferença, de Rawls, preconiza que o tratamento desigual entre indivíduos tem um objetivo prático específico: compensar desigualdades e reduzir a distância social e econômica entre as pessoas. A busca da equidade pressupõe a existência de diferenças nas condições de vida dos indivíduos, e tais diferenças devem ser reduzidas mediante ações de políticas públicas e participação da sociedade (Paranhos, Matias, Monsores e Garrafa, 2018, p. 1005).

A justiça como equidade implica, pois, em pensar as instituições de uma sociedade conectadas por um sistema de cooperação entre pessoas livres e iguais, como nos afirma Rawls no texto seguinte:

Como indiquei, a ideia global fundamental intuitiva, no interior da qual outras ideias básicas intuitivas são sistematicamente conectadas, é a ideia da sociedade como um sistema equitativo de cooperação entre as pessoas livres e iguais. A justiça como equidade parte dessa ideia como uma das ideias intuitivas básicas que consideramos implícitas na cultura pública de uma sociedade democrática (Rawls, 1992, p.25).

Desse modo, com foco na justiça distributiva, Rawls propõe que os bens primários (direitos, liberdades, oportunidades, renda e riqueza e bases do autorrespeito) sejam distribuídos de forma equitativa entre pessoas livres e iguais.

Se a justiça de uma sociedade depende da forma como esses bens primários são distribuídos entre seus membros, uma sociedade justa é aquela que garante a igualdade de oportunidades e a distribuição equitativa dos bens primários, de modo que todos os cidadãos tenham as condições necessárias para desenvolverem seus planos de vida e realizarem seus objetivos.

Ao tratarem sobre a esfera das garantias de direitos para todos os seres humanos (Garrafa e Porto, 2008) estabelecem uma categorização dos direitos humanos em três gerações, a saber: a) Direitos de primeira geração: direitos civis e políticos, que protegem a liberdade, a igualdade e a participação na sociedade. São direitos inerentes à condição humana, como o direito à vida, à liberdade de expressão e ao voto; b) Direitos de segunda geração: direitos econômicos, sociais e culturais, que visam garantir condições de vida dignas para todos. São direitos como o direito à saúde, à educação, ao trabalho e à assistência social; e c) Direitos de terceira geração: direitos relacionados ao meio ambiente, à paz e ao desenvolvimento. São direitos que visam proteger a humanidade como um todo, como o direito a um meio ambiente saudável, à autodeterminação dos povos e à justiça intergeracional.

A classificação dos direitos humanos em três gerações — que atualmente já incorporam uma quarta e até uma quinta geração, incluindo novidades como inteligência artificial, *big data* etc. — é uma forma didática de compreender a evolução dos direitos ao longo do tempo. Contudo, é importante destacar que todos esses direitos são interdependentes e indivisíveis; ou seja, a violação de um direito pode comprometer a efetivação de outros, configurando múltiplas camadas de injustiças e desigualdades.

A garantia do acesso igualitário ao conjunto dos direitos sociais deveria ser o ponto de partida para a consecução das políticas públicas em sociedades modernas democráticas. Contudo, as relações de poder constituídas historicamente nessas sociedades, têm sido marcadas pelo desrespeito com aquelas pessoas, grupos ou coletividades que não parecem gozar dos mesmos direitos e são alvos da exclusão social. É o caso, por exemplo, das crianças nordestinas cujas mortes foram naturalizadas pelo Estado e pela sociedade brasileira e já nasceram vulnerabilizadas

pelas marcas da desigualdade, da injustiça e da negação de seus direitos humanos fundamentais, neles incluído o da própria vida.

Outro grande teórico contemporâneo que traz ideias inovadoras sobre o conceito de justiça é o economista indiano Amartya Sen (2011)⁶. Sua abordagem, centrada na ideia de "capacidades", desafia as teorias tradicionais que se concentram apenas na distribuição de recursos ou na igualdade de oportunidades.

Em sua construção sobre justiça, Sen desafia as noções tradicionais de desenvolvimento, enfatizando a importância das capacidades humanas e da liberdade individual na busca por uma sociedade mais justa e equitativa. Argumenta que a justiça deve ser avaliada pela capacidade das pessoas de realizar seus objetivos de vida e desenvolver seu potencial. As capacidades são as liberdades que as pessoas têm para fazer e ser o que valorizam. Para ele, a justiça não se trata apenas de distribuir recursos, mas também de garantir que as pessoas tenham as condições para transformar esses recursos em capacidades.

Ao estabelecer alguns pontos de divergência com a teoria de Rawls, Sen coloca uma lupa sobre as diferenças individuais e a necessidade de considerá-las no desenvolvimento do que chama de capacidades e funcionamentos. Sua principal crítica à abordagem de Rawls reside no fato de ela considerar apenas os bens primários, ignorando as diferenças individuais nas capacidades de transformar esses bens em bem-estar e em pleno potencial de vida.

A "capacidade" [capability] de uma pessoa consiste nas combinações alternativas de funcionamentos cuja realização é factível para ela. Portanto, a capacidade é um tipo de liberdade: a liberdade substantiva de realizar combinações alternativas de funcionamentos (ou menos formalmente expresso, a liberdade para ter estilos de vida diversos) (Sen, 2000, p.95).

Sen (2000) continua a demonstrar o que seria essa liberdade de funcionamentos trazendo o exemplo em que uma pessoa abastada poderia escolher

⁶O economista indiano Amartya Sen, juntamente com Mahbub ul Haq, criou o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Este indicador, utilizado desde os anos 90 pela Organização das Nações Unidas em seu Relatório de Desenvolvimento Humano anual, é uma ferramenta fundamental para avaliar o progresso social e econômico de um país. Reconhecido por suas contribuições inovadoras para a economia do bem-estar social, recebeu o Prêmio Nobel de Economia em 1998. Sua pesquisa se concentra na análise da pobreza, desigualdade e justiça social, oferecendo novas perspectivas sobre como entender e promover o desenvolvimento humano. Lecionou em algumas das mais prestigiadas instituições do mundo, incluindo a Universidade de Oxford, onde também foi Reitor do Trinity College, e atualmente é professor de Filosofia e Economia na Universidade de Harvard.

jejuar, podendo ter a mesma capacidade de funcionamento que uma pessoa destituída de bens, forçada a passar fome extrema. No entanto, a primeira pessoa possui um “conjunto capacitário” podendo escolher se vai se alimentar e se nutrir, enquanto a segunda não tem essa possibilidade disponível para ela.

O exemplo apresentado por Sen ilustra o conceito de liberdade de funcionamento, que se refere à capacidade de uma pessoa realizar atividades que são valiosas para ela. No caso da pessoa abastada que escolhe jejuar, ela demonstra ter a liberdade de funcionamento para fazê-lo, já que possui os recursos e a autonomia para tomar essa decisão. Por outro lado, a pessoa destituída de bens que é forçada a passar fome extrema não possui a mesma liberdade de funcionamento. Sua falta de recursos a impede de escolher se alimentar e se nutrir, restringindo sua capacidade de realizar atividades básicas para sua sobrevivência.

Essa distinção entre as duas pessoas evidencia a importância do "conjunto capacitário", que engloba os recursos, habilidades e oportunidades disponíveis para uma pessoa. Nesse exemplo, a pessoa abastada possui um conjunto capacitário amplo que lhe permite escolher entre diversas opções, incluindo a de jejuar. Já a pessoa destituída de bens possui um conjunto capacitário limitado, que a impede de exercer sua liberdade de funcionamento de forma plena. Dessa forma, Sen destaca como a liberdade de funcionamento está intrinsecamente ligada ao conjunto capacitário de uma pessoa (Sen, 2000, p.95).

Como se demonstra, o pensamento seniano sobre justiça vai além de pensar o quanto a estrutura básica da sociedade, ou seja, as instituições possam ser justas, mas o quanto haverá de justiça na vida que emerge dessa normatização.

Para melhor explicitar o pensamento teórico construído por ele, em seu livro *A Ideia de Justiça*, ele afirma:

A importância das vidas, experiências e realizações humanas, não pode ser substituída por informações sobre instituições que existem e pelas regras que operam. Instituições e regras são, naturalmente, muito importantes para influenciar o que acontece, além de serem parte integrante do mundo real, mas as realizações de fato vão muito além do quadro organizacional e incluem as vidas que as pessoas conseguem - ou não - viver (Sen, 2011, p.48)

Nesse sentido há uma convergência com as ideias trazidas por Garrafa e Manchola-Castillo (2017) quando afirmam que a justiça social requer muito mais uma aproximação com a legitimação moral do que com o legalismo jurídico. A justiça social deve buscar reduzir as desigualdades nas capacidades das pessoas, garantindo que

todos tenham a oportunidade de viver uma vida digna e plena. E sempre haverá a pergunta do que seria uma instituição perfeitamente justa, e na hipótese de essa construção ser possível, qual a vida que emergiria diante das capacidades e funcionamentos diferentes que cada pessoa tem?

Sen (2011) contribui significativamente para a compreensão do conceito de justiça, ao abordar a distinção entre dois conceitos de justiça presentes na antiga ciência do direito indiano: *niti* e *nyaya*.

“No sânscrito clássico, ambos os termos significam justiça, entretanto, há uma sutil diferença entre eles: *niti* diz respeito tanto à adequação organizacional, quanto à correção de um comportamento, já *nyaya* refere-se ao que resulta e ao modo como emerge, em especial, a vida que as pessoas são realmente capazes de levar” (Sen, 2011, p.50).

Portanto, em vez de focar apenas na justiça das instituições, regras e organizações, é fundamental considerar também o conceito de *nyaya* — a qualidade de vida resultante da aplicação dessas regras.

Embora diferentes, as teorias de Rawls e Sen não são necessariamente excludentes; podem ser complementares: a teoria de Rawls foca na justiça das instituições, enquanto a teoria de Sen foca e avança na justiça dos resultados para os indivíduos.

Para que a igualdade almejada para todos os seres humanos possa se tornar uma realidade, é preciso considerar as diferenças decorrentes do acesso aos direitos fornecidos por instituições justas, as quais determinam formas distintas de inserção social.

Sempre me encantou o texto do economista indiano ao tratar da justiça que deve emergir das instituições. Ainda sobre a antiga justiça indiana, o autor apresenta o conceito de *Matsyanyaya*, que ilustra a “justiça do mundo dos peixes”, na qual um peixe grande pode livremente devorar um peixe pequeno. O alerta crucial que ele destaca é a importância de a justiça evitar a *matsyanyaya*, impedindo que essa “justiça dos peixes” se infiltre no mundo dos seres humanos (Sen, 2011, p. 51). Infelizmente, os corpos das crianças nordestinas, vitimadas em seu nascedouro, foram devorados pela “justiça do mundo dos peixes”.

Não importa quão correta as organizações estabelecidas possam ser, se um peixe grande ainda puder devorar um pequeno sempre que queira, então isso é necessariamente uma evidente violação da justiça humana como *nyaya* (Sen, 2011, p.51)

Desse modo, o artigo 10 da DUBDH enfatiza o caminho da equidade para que se consiga chegar ao objetivo de uma sociedade mais justa para todas as pessoas. A busca por justiça, com foco na justiça social, elevou a equidade à posição de tema central nas discussões teóricas sobre o conceito e nas discussões práticas sobre a implementação de políticas sociais, nelas incluídas as políticas de saúde.

No campo da saúde pública, a discussão sobre equidade tem se mostrado de grande importância, uma vez que suas implicações se refletem diretamente na escolha de prioridades para a alocação de recursos e na formulação de políticas públicas eficazes:

A equidade é, então, a base ética que deve guiar o processo decisório da alocação de recursos. É somente através deste princípio, associado aos princípios da responsabilidade (individual e pública) e da justiça, que conseguiremos fazer valer o valor do direito à saúde. A equidade, ou seja, o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais, é o caminho da ética prática em face da realização dos direitos humanos universais, entre eles o do direito à vida representado, neste debate, pela possibilidade de acesso à saúde. (Garrafa, Oselka e Diniz; 1997, p. 29)

Ao inserir este princípio da DUBDH nas categorias de análise, refiro-me, intrinsecamente, à necessidade de analisar questões que impactaram na mortalidade infantil e que tiveram enfrentamento pelo gestor público local. Um dos aspectos mais centrais sobre a alocação de recursos nas políticas públicas de saúde refere-se às dificuldades para eleger prioridades e tratar de forma equânime as diferentes necessidades dos diversos grupos, com vistas a garantir o princípio da igualdade, presente em nosso texto constitucional de 1988.

Talvez uma das questões mais centrais esteja relacionada à análise de como poderão ser desenvolvidas políticas públicas baseadas no princípio do direito à igualdade e à integralidade na assistência à saúde e que garantam ao mesmo tempo a universalidade do acesso a todos os cidadãos. Diante da escassez de recursos como garantir que a distribuição esteja sendo justa e como tal distribuição é feita para garantir que a equidade seja balizadora dessa alocação?

No caso de sistemas nacionais de saúde que garantem à totalidade de sua população o direito de acesso a esse sistema, a equidade passa a ter uma grande importância na garantia dos direitos de pessoas e grupos com necessidades de saúde específicas e que precisam ser cuidadas em suas especificidades. A questão bioética

que se impõe está na análise de como deve se dar a distribuição de recursos de forma a garantir a universalidade do acesso e a integralidade da assistência.

Arreguy e Schramm (2005) buscaram analisar se os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) são consistentes e compatíveis entre si, ou se apresentam contradições. A questão central é se tais princípios são logicamente coerentes e praticamente aplicáveis, ou se incorrem em contradições e exclusões em função da tensão entre o direito universal à saúde e a finitude de recursos nos sistemas de saúde. Para abordar essa tensão, os autores propõem a adoção do "princípio da proteção", que prioriza a atenção às populações mais vulneráveis. Esse princípio sugere que, em contextos de recursos limitados, as ações de saúde pública devem ser orientadas por critérios de necessidade e vulnerabilidade, garantindo que os mais necessitados recebam atenção prioritária. Assim, busca-se uma distribuição mais justa e eficaz dos recursos disponíveis, alinhando-se aos ideais de justiça social e equidade que fundamentam o SUS.

A análise proposta por Arreguy e Schramm (2005) acerca das tensões entre os princípios do SUS — especialmente entre a universalidade do direito à saúde e a limitação de recursos — encontra ressonância com os fundamentos da Bioética de Intervenção. Ao sugerirem o princípio da proteção como critério ético para orientar decisões em contextos de escassez, os autores alinham-se à proposta da BI, que advoga uma ética aplicada comprometida com a superação das iniquidades e a priorização dos sujeitos mais vulneráveis. Essa perspectiva reforça o entendimento de que a equidade deve ser o ponto de partida para a justiça social, como defendem Garrafa, Oselka e Diniz (1997), reconhecendo que a aplicação igualitária de direitos só se torna efetiva quando há consideração das diferenças contextuais e estruturais.

Dessa forma, tanto Arreguy e Schramm quanto os teóricos da BI afirmam a necessidade de uma ética situada, crítica e interventiva, capaz de romper com a neutralidade diante das desigualdades e promover transformações concretas nos sistemas de saúde pública.

No contexto deste trabalho, assume importância crucial o direito do acesso a um sistema de saúde que diminua as situações de desigualdade, manifestadas em iniquidades e injustiça sanitária e social e que afetam diretamente diferentes sujeitos.

A bioética comprometida com a realidade desempenha um papel essencial ao revelar as desigualdades sociais e as implicações morais a elas inerentes. Para além de fomentar uma reflexão crítica acerca desse cenário, a bioética deve agir

simultaneamente como agente transformador. Tal entendimento acerca do papel da bioética é corroborado por Feitosa (2015), que ressalta:

Uma ação bioética socialmente comprometida impõe-se a ela mesma o dever de corroborar com a superação das desigualdades e a busca da equidade; por essa razão tem que tomar em conta o contexto sócio-político onde se insere (Feitosa, 2015, pág.197).

Conforme a construção teórica aqui desenvolvida, evidencia-se que a bioética de intervenção se constitui como um instrumento transformador diante das desigualdades, configurando-se como ferramenta essencial para a análise do enfrentamento da mortalidade infantil em Caruaru, ao defender a promoção de justiça social e equidade no acesso à saúde, bem como contribuir para a transformação das desigualdades estruturais.

2.2.2 Não-Discriminação e Não-Estigmatização

O texto da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos em seu Artigo 11 prevê:

Nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais (DUBDH, 2005).

Conforme já foi detalhado anteriormente, a DUBDH ao incluir questões sociais e ambientais ampliou o escopo da bioética, conferindo-lhe o status de campo de conhecimento que abarca o compromisso com a justiça, reconhecendo entre seus princípios a preocupação com a dignidade humana, o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais. Nesse sentido, observa-se em toda a sua estrutura a compreensão de que a saúde tem determinantes ligados a fatores ambientais, sociais, culturais e econômicos, não devendo restringir-se à mera análise do acesso aos avanços tecnológicos colocados a serviço da humanidade.

Ao tratar da não discriminação e da não estigmatização, a DUBDH evoca a dignidade humana como corolário dos direitos humanos universais, sendo portanto, inerente à condição humana de todo indivíduo. Discriminar e estigmatizar pessoas por quaisquer que sejam os motivos, é negar a pluralidade que compõe a sociedade e, nessa pluralidade, o espaço para a singularidade de cada vida.

Ao falar em dignidade humana e em direitos de igualdade para pessoas que vivem em uma mesma sociedade, é preciso abordar uma questão central que se refere à forma como as diferenças são vistas por esta sociedade e as repercussões na vida das pessoas consideradas diferentes do modo de viver predominante nela. Quem julga o que é ser diferente? Como a normatização de condutas aceitáveis foi criada? Quais os padrões e acordos tácitos que foram empreendidos na configuração desses comportamentos? Acredito que o primeiro aspecto diga respeito ao pluralismo moral que deve embasar as relações sociais e, portanto, as relações de poder no âmbito de cada uma. Por pluralismo moral, a compreensão aqui defendida é a de que existem múltiplas perspectivas morais que são igualmente válidas e eticamente defensáveis, devendo-se balizar as decisões no reconhecimento de que diferentes grupos ou indivíduos podem ter valores e crenças morais distintos, sendo todos passíveis das mesmas considerações de respeito.

No âmbito da BI este é um dos seus fundamentos, ou seja, reconhecer e abarcar a diversidade entre diferentes perspectivas, buscando o entendimento mútuo e a produção de consensos, mas colocando-se sempre ao lado da “banda mais frágil da sociedade” (Garrafa, 2005a). Desde tempos remotos que essa banda mais frágil é alvo de processos de discriminação e estigmatização como se pode exemplificar nas guerras das religiões e na escravização das pessoas.

Uma das reações mais comuns diante do “diferente” foi a sua segregação e a expulsão do meio social comum. Assistimos no decorrer de nossa história como as mais diversas sociedades alijaram do convívio os “loucos”, os “leprosos”, “as prostitutas”, e tantas outras pessoas que foram escamoteadas do convívio social e desrespeitadas em suas singularidades, exatamente por serem “diferentes”.

Em sociedades contemporâneas esse fenômeno continua evidenciado e cada vez mais presente no dia a dia de pessoas e de grupos que por suas especificidades são estigmatizados e discriminados. Em um mundo onde as distâncias entre as pessoas se tornaram cada vez mais curtas, onde a disseminação de ódio por meio das redes sociais pode alcançar em segundos milhões de pessoas, urge que possam ser encontrados meios de convivência respeitosa e de valorização das diferenças.

Em texto que destaca a importância do Art. 11 da DUBDH, Godoi e Garrafa (2014) abordam a questão do estigma e da discriminação à luz dos direitos humanos universais, explorando conceitos como identidade, alteridade, diferença e tolerância.

De fato, essas são questões que embasam uma análise bioética comprometida com a dignidade humana. Dentro dessa análise, a tolerância desponta na condição de virtude bioética que se interliga à discussão de todos os outros conceitos acima apontados. Para Valenzuela (2008, p.118), a tolerância se faz pelo reconhecimento de quatro pontos: “a pluralidade ou diversidade da existência humana”, o que nos remete ao segundo ponto – “a liberdade constitutiva, ou o direito que todo ser humano tem de viver, pensar e crer de acordo com suas livres preferências e opções”. Além desses dois, está embasada também no “reconhecimento da igualdade entre as pessoas” e, por último, na “condição intrínseca da dignidade humana, ou seja, na condição de valor próprio do ser humano que o torna merecedor de um absoluto respeito”.

A tolerância se manifesta, pois, no reconhecimento e respeito genuíno pelo outro, permitindo que ele seja autêntico em sua singularidade. A essência da tolerância reside em enxergar, reconhecer e aceitar o outro em sua alteridade, em sua liberdade e no direito fundamental de ser diferente. E como nos diz a autora:

Las diferencias primordiales no son las que surgen de la biología, sino de la libertad. Somos diferentes porque somos libres, porque tenemos la capacidad de optar y de crear distintas formas de existencia (Valenzuela 2008, p. 118)⁷.

Nesse sentido, não se pode pensar em respeito à pluralidade sem a consideração da liberdade enquanto garantia de direito fundamental da pessoa humana. Alteridade, singularidade, liberdade e diferença, estão intrinsecamente ligadas e devem fazer parte de relações sociais democráticas e justas.

Alguns autores (Valenzuela, 2008; Droit, 2017), consideram importante estabelecer uma diferença entre modos de se definir a tolerância em função da polissemia que a palavra pode guardar. O filósofo francês Roger-Pol Droit (2017) propõe diferentes camadas de tolerância, iniciando pela tolerância biológica — como a capacidade do corpo de suportar a absorção de um antibiótico — até aquelas que se manifestam nas relações sociais. Ele denomina "tolerância fraca" a atitude de apenas suportar a diferença do outro, evitando o conflito.

Essa forma de tolerância, segundo Droit, aproxima-se da tolerância biológica, pois também não envolve escolha voluntária nem estabelece uma relação efetiva com

⁷ As diferenças primordiais não são as que surgem da biologia, mas da liberdade. Somos diferentes porque somos livres, porque temos a capacidade de optar e de criar distintas formas de existência (Valenzuela, 2008, p. 118). (Livre tradução da autora)

o outro, configurando assim uma camada inicial da tolerância social. Aqui, as diferenças são suportadas, revelam um tipo de relação assimétrica de poder, onde por condescendência de uma parte, há a possibilidade de convívio com as diferenças, podendo ser suspensa a qualquer momento, em uma decisão unilateral. “Ela depende da decisão daqueles que detêm a autoridade. Eles optam por não proibir, não reprimir e, portanto, tolerar, mas isso continua sendo provisório” (Droit, 2017, p.25).

No caso da *tolerância forte*, não está presente apenas a condição de suportar a diferença do outro, mas há o reconhecimento da liberdade total de ser o que se é, de pensar da forma que se quer, acreditando estar de acordo com as convicções, crenças e desejos de cada um, sem que necessite da aprovação do outro ou da coletividade.

A tolerância é, portanto, a base para o reconhecimento de uma sociedade plural e, como nos mostra Valenzuela (2008), manifesta-se no reconhecimento de que, apesar das diferenças, compartilhamos uma essência comum. Significa acolher o outro em sua humanidade e dignidade, como um semelhante, independentemente de quão diferente ele possa parecer. A autora lembra, ainda, que é importante estabelecer a diferença entre igualdade e uniformidade. Esta última é, na verdade, o embasamento da intolerância, que busca anular a diversidade e moldar a existência das pessoas em um padrão único.

No entanto, é crucial destacar que a tolerância não implica em passividade diante de situações morais inaceitáveis que se constituem em violação de direitos fundamentais, as quais se configuram, na verdade, como situações de expressão de intolerância. Atos como racismo, discriminação, tortura e perseguição – seja por crença, religião, ideologia, sexo, etnia, saúde, orientação sexual, ou identidade de gênero – não podem ser moralmente justificados (Droit, 2017).

Nesse contexto, a própria tolerância exige uma postura firme contra a intolerância. Do ponto de vista bioético — entendido como o respeito à vida em sua amplitude — essa resistência deve ser exercida por meios não violentos, racionais, persuasivos e legais, buscando sempre superar o ciclo vicioso da intolerância. Como aponta Valenzuela (2008), a verdadeira tolerância não implica renunciar aos valores e convicções pessoais; pelo contrário, reside no paradoxo de defender com igual paixão tanto os próprios valores quanto o direito do outro de ter os seus:

Por eso la verdadera tolerancia conlleva la paradoja de que con la misma fuerza y pasión con que se defienden los propios valores se defiende el derecho del otro a sostener los suyos (...) (Valenzuela, 2008, p. 119)⁸.

Retomando o pensamento de Godoi e Garrafa (2014), ao realizarem uma análise bioética do princípio da não discriminação e da não estigmatização—conforme estabelecido no artigo 11 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) —, os autores destacam a relevância desse princípio na bioética contemporânea, ampliando sua análise para além das questões relacionadas à biotecnociência e à saúde, tanto individual quanto coletiva. Eles iniciam a reflexão a partir das transformações sociais geradas pelo processo de globalização, o qual tem provocado um número cada vez maior de deslocamentos de pessoas e grupos populacionais, resultando em uma convivência mais próxima entre diferentes culturas e identidades. Essa aproximação, por sua vez, conferiu maior visibilidade a fenômenos como o “etnocentrismo, o racismo, a xenofobia, o sexismo e a homofobia” - manifestações da intolerância diante das diferenças -, o que tem ocasionado frequentes violações dos direitos humanos de pessoas e grupos não integrados à sociedade circundante (Godoi e Garrafa, 2014, p. 158-159).

Segundo os autores, se essas questões passaram a ocupar lugar de destaque nas relações estabelecidas em diversos setores da sociedade, no campo da saúde não poderia ser diferente, uma vez que este também se configura como espaço de recorrentes conflitos éticos relacionados a diferenças étnicas, sexuais ou de gênero.

No âmbito da bioética clínica - voltada para questões que envolvem a relação direta entre profissionais de saúde, pacientes e familiares -, tais conflitos se intensificam, especialmente quando sujeitos com valores distintos e visões de mundo, por vezes antagônicas, são convocados a empreender um esforço de comunicação eficaz para a tomada de decisões eticamente embasadas e compartilhadas (Godoi e Garrafa, 2014).

Os exemplos no campo da pesquisa biotecnocientífica são estarrecedores e evidenciam o quanto a discriminação e a estigmatização expuseram pessoas e grupos específicos a riscos inaceitáveis durante e após experimentos envolvendo seres humanos. Um dos casos mais emblemáticos é o Estudo Tuskegee, conduzido entre

⁸ Por isso, a verdadeira tolerância implica o paradoxo de que, com a mesma força e paixão com que se defendem os próprios valores, se defende o direito do outro a sustentar os seus (Voltaire, Bobbio) (Valenzuela, 2008, p. 119). (Livre tradução da autora).

1932 e 1972 pelo Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, em Macon, Alabama, com a participação de 600 homens negros. Dentre eles, 399 estavam infectados com sífilis e 201 não apresentavam a doença. O objetivo do estudo era acompanhar a progressão natural da sífilis sem oferecer qualquer intervenção terapêutica, inclusive omitindo o diagnóstico dos participantes infectados. Mesmo após a descoberta do tratamento eficaz, os pesquisadores continuaram a observar a evolução da doença nos corpos daqueles homens negros, estigmatizados e discriminados ao longo de quatro décadas (Goldim, 1999).

Ao se considerar a área das políticas públicas e a definição de prioridades em saúde, observa-se que os processos de escolha e decisão estão cada vez mais permeados por conflitos éticos relacionados às diferenças presentes na sociedade. Embora haja avanços significativos no reconhecimento dos direitos sociais — entre eles, o direito à saúde — como parte dos direitos humanos, ainda persiste um déficit em sua efetivação em diversos países, especialmente no que se refere a grupos minoritários e socialmente excluídos (Godoi e Garrafa, 2014).

No campo da saúde, o estigma tem acompanhado diversas doenças ao longo do tempo. Um exemplo marcante foi a estigmatização das pessoas vivendo com HIV/AIDS na década de 1980, assim como aquela que recai sobre pessoas com transtornos mentais, frequentemente rotuladas, segregadas, estigmatizadas e discriminadas de diferentes formas.

Aliás, a questão do estigma vem sendo estudada há bastante tempo, e o sociólogo canadense Erving Goffman (2022) é uma das principais referências acadêmicas sobre o tema. Em seus estudos, ele aponta as diferentes formas e valores com que as sociedades lidavam com o estigma. Goffman refere que, na Grécia Antiga, o estigma era uma marca, um corte, uma queimadura — um sinal utilizado para marcar o corpo de alguém, exibindo algo negativo para o convívio social, como no caso de escravos, criminosos e traidores. Já na Era Cristã, o estigma assumia uma dupla metáfora: o primeiro sentido decorria dos sinais físicos que representavam a graça divina, exibidos na forma de erupções florais na pele; o segundo nível da metáfora continha uma alusão médica, também embasada em referência religiosa, referindo-se a sinais corporais que indicavam distúrbios físicos (Goffman, 2022, p. 11).

O estigma, nos dias de hoje, carrega consigo a sombra de sua acepção original, estando mais associado à própria desgraça do que a sinais corporais. Essa marca negativa gera desconforto e exclusão, ameaçando a convivência saudável do

indivíduo em seu grupo social. O estigma desumaniza a pessoa, negando-lhe o direito de ser reconhecida como cidadã plena. Relegado a uma condição marginal, o indivíduo vê sua singularidade tratada como um fardo, uma incapacidade que o impede de contribuir para a sociedade (Melo, 2000).

Essas considerações teóricas de Goffman são especialmente importantes para compreender a relação entre estigma e identidade social, condição que será utilizada nesta tese para analisar a estigmatização e a discriminação social dos corpos nordestinos. Para Goffman (2022, p. 11), “a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias”. Segundo ele, os indivíduos estigmatizados carregam duas identidades distintas: a real e a virtual. A identidade real refere-se aos atributos e categorias que o indivíduo comprova possuir. Já a identidade virtual consiste nos atributos e categorias que as pessoas atribuem a esse indivíduo, especialmente quando ele é considerado um “estranho”. Essas atribuições, feitas por aqueles considerados “normais”, refletem expectativas e exigências sobre como o indivíduo estigmatizado deveria ser.

O estigma surge quando há uma discrepância significativa entre a identidade social real e a identidade social virtual do indivíduo. Em outras palavras, o estigma ocorre quando a percepção que os outros têm sobre um indivíduo não corresponde à sua realidade. A estigmatização não decorre da mera existência de um atributo, mas da incongruência entre esse atributo e os estereótipos construídos pelos “normais”. Assim, o processo de estigmatização se desenvolve quando há um descompasso entre a identidade real do indivíduo e a identidade virtual que lhe é imposta por meio desses estereótipos (Siqueira e Cardoso, 2011).

No texto analisado, os autores partem do conceito de estigma formulado por Goffman, mas ampliam esse repertório teórico ao incorporar contribuições de outros estudiosos que também se debruçaram sobre o tema. Embora a elaboração inicial de Goffman, na década de 1970, ainda constitua a base da discussão, são acrescentados novos parâmetros analíticos que aprofundam a compreensão do estigma como processo social. Nesse sentido, autores como Becker e Arnold (1986), Ainslie, Coleman e Becker (1986) e Link e Phelan (2001), citados no texto referido, destacam que o estigma está intrinsecamente vinculado ao contexto sociocultural, sendo moldado pelas normas, valores e estruturas específicas de cada sociedade. Essa perspectiva enfatiza, ainda, a influência dos sistemas de crenças culturais — muitas

vezes operando de forma inconsciente — sobre a maneira como os indivíduos percebem, reproduzem e internalizam o estigma (Siqueira e Cardoso, 2011).

O poder da sociedade sobre o indivíduo constitui um elemento essencial na estigmatização e na forma como esse espaço de opressão é vivenciado por indivíduos ou grupos socialmente excluídos pela discriminação. Embora os diálogos com campos específicos do conhecimento — como a psicologia, a psicanálise e a filosofia — aprofundem as repercussões da estigmatização e da discriminação na esfera individual, impactando os processos de construção de identidade, alteridade, autoestima e o sentimento de pertencimento a determinado grupo, é na esfera social que o corpo manifesta o processo social de poder e dominação, como ressaltam os autores a seguir:

Nesse caso, o próprio corpo social passa a se constituir como objeto de preocupação e de intervenção bioéticas. A dignidade da pessoa é um princípio central dos direitos humanos. Sua defesa é imperativa e requer a luta contra os processos de discriminação e estigmatização, que contribuem para aumentar a vulnerabilidade de determinados grupos sociais. As diferenças e as distintas moralidades não devem se constituir como fatores discriminatórios (Godoi e Garrafa, 2014, p.164).

Neste ponto, é fundamental destacar que o reconhecimento das diferenças entre pessoas e grupos constitui uma das bases de uma bioética comprometida com o pluralismo, como é o caso da Bioética de Intervenção. As diferenças individuais são necessárias e bem-vindas à construção de pessoas autônomas, que se percebam como individualidades respeitadas em sua subjetividade e em seu direito de viver conforme suas escolhas e possibilidades. Do ponto de vista ético, o que se torna inaceitável é quando essas diferenças são utilizadas para estigmatizar e discriminar, interferindo na percepção que os sujeitos têm de si mesmos, sendo produzidas socialmente para garantir privilégios de uns em detrimento de outros.

Feitosa (2015), ao abordar o tema das diferenças entre pessoas e grupos, bem como a necessidade de reconhecimento e valorização das diversas identidades culturais, aponta:

No caso dos sujeitos coletivos: na apropriação e fortalecimento de suas identidades culturais específicas, mas em relação com outras diferentes identidades, na perspectiva de estabelecer e consolidar as novas redes de solidariedade que viabilizem a construção de “outros mundos possíveis” (Feitosa, 2015, p.200).

A partir da reflexão de Feitosa (2015), conclui-se que a valorização das identidades culturais específicas dos sujeitos coletivos é um passo fundamental para o fortalecimento do reconhecimento mútuo e do respeito à diversidade. No entanto, esse fortalecimento não deve ocorrer de forma isolada, mas em diálogo e relação com outras identidades diversas, promovendo uma convivência plural que transcenda a mera tolerância. É nesse entrelaçamento de diferenças que se estabelecem e se consolidam novas redes de solidariedade capazes de viabilizar a construção de “outros mundos possíveis”. Essa perspectiva oferece uma contribuição significativa para a Bioética de Intervenção, ao enfatizar que o combate à estigmatização e à discriminação deve estar pautado na construção coletiva de espaços inclusivos, democráticos e respeitosos das singularidades, ampliando as possibilidades de emancipação e justiça social.

Dessa forma, essa questão assume papel central como categoria de análise nesta tese, uma vez que as condições de discriminação e de estigmatização sobre os corpos nordestinos ultrapassam a dimensão individual para se configurarem como um produto social que reproduz e amplia as desigualdades existentes. Tal fenômeno constitui, portanto, objeto legítimo de estudo para uma bioética comprometida com a justiça e a equidade, a exemplo da Bioética de Intervenção. Ao abordar a violação dos direitos de pessoas e grupos, destaca-se que a exclusão histórica dos nordestinos no acesso a condições dignas de vida representa um dos exemplos mais contundentes da persistente realidade sociopolítica excludente no Brasil.

2.2.3 Responsabilidade Social e Saúde

À medida que se descrevem os princípios da DUBDH, delineia-se um importante marco conceitual para a bioética, ao fazê-la avançar de uma visão hegemônica, predominantemente biomédica, para abarcar princípios mais amplos e universais. Esses envolvem “questões éticas relativas à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas quando aplicadas aos seres humanos, levando em conta suas dimensões sociais, legais e ambientais” (UNESCO – DUBDH, 2005).

Nesse sentido, ao detalhar esse caráter mais amplo, destacam-se os princípios que fundamentam tal percurso. Dentre eles, foi escolhido o Artigo 14 para compor a tríade de princípios da DUBDH que sustenta as categorias teóricas de análise desta tese:

- a) A promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade.
- b) Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar:
 - (I) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e das crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada um bem social e humano;
 - (II) o acesso à nutrição adequada e água de boa qualidade;
 - (III) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente;
 - (IV) a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo; e
 - (V) a redução da pobreza e do analfabetismo.

Esse artigo se estrutura em pilares que sustentam a Responsabilidade Social e a Saúde como direitos de todo ser humano e de todos os povos, devendo ser buscados e partilhados como bem comum a todos os seres, incluindo o meio ambiente e sua diversidade de vidas. Destaca-se, assim, a responsabilidade central dos governos e do conjunto da sociedade na promoção da saúde e do desenvolvimento social, considerando que usufruir do mais alto padrão de saúde é um direito humano fundamental, independentemente de qualquer condição relativa à raça, religião, convicção política, condição econômica ou social.

Embora distintos e com premissas específicas, os artigos da DUBDH utilizados como categorias de análise nesta tese guardam profunda sintonia entre si, pois, em última instância, referem-se à necessidade de promover a justiça social como imperativo ético, por meio da construção de políticas públicas que eliminem as injustiças em saúde.

Igualdade e desigualdade referem-se a medidas quantitativas entre grupos sociais, enquanto equidade e iniquidade incorporam um juízo moral, vinculado à justiça social. Na saúde, a maioria das desigualdades é iníqua, pois resulta de estruturas sociais excludentes que determinam o acesso desigual aos determinantes sociais da saúde. Tais disparidades não se explicam apenas por características individuais, mas por condições históricas e políticas que moldam o acesso desigual ao poder, aos recursos econômicos e à proteção social. Diferentemente da perspectiva liberal, que atribui essas disparidades a escolhas individuais e mérito, uma perspectiva dialógica revela que elas se originam em contextos históricos e políticos de concentração de poder e recursos (Barata, 2013).

Ao considerar as desigualdades sociais como determinantes de processos de exclusão e, conseqüentemente, de limitação ao acesso a bens essenciais como a saúde, evidencia-se, no corpo desta tese, a preocupação em caracterizar como as disparidades de investimentos para as populações periféricas configuram violação de direitos fundamentais.

Para exemplificar o contexto em que se iniciou a gestão do médico Antônio Vieira em Caruaru, na década de 1990, vale lembrar que o Brasil enfrentava desafios significativos em relação às desigualdades regionais e sociais. Dados do Censo Demográfico de 1991, conduzido pelo IBGE, revelam que o Nordeste, com 30% da população brasileira, detinha apenas 15% da renda nacional, em contraste com o Sudeste, que, com 42% da população, concentrava quase 60% da riqueza do país. Essa concentração de renda evidenciava uma estrutura desigual de distribuição de recursos, impactando diretamente o acesso da população nordestina a serviços essenciais, como saúde e educação.

Além disso, a incidência da pobreza no Brasil era alarmante. Segundo o *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 1991* (PNUD, IPEA e FGV, 2003), cerca de 64,4% da população brasileira vivia abaixo da linha da pobreza naquele período, com renda inferior a US\$ 5,50 por dia. Essa realidade era ainda mais pronunciada no Nordeste, onde a pobreza extrema afetava uma parcela significativa da população, limitando suas oportunidades de desenvolvimento e acesso a direitos fundamentais.

Esses dados históricos ressaltam a persistência das desigualdades estruturais no Brasil, especialmente no Nordeste, e reforçam a necessidade de políticas públicas eficazes que promovam a equidade e a justiça social. Embora esses dados sejam exemplares daquele contexto histórico, sabe-se que a situação estrutural em quase nada foi mudada ao longo dessas décadas.

A crescente concentração de riqueza e a persistência da pobreza global revelam um cenário alarmante de desigualdade. Segundo o relatório *Às Custas de Quem?* da Oxfam Brasil (2024), a riqueza dos bilionários aumentou em US\$ 2 trilhões, crescendo três vezes mais rápido que no ano anterior. Enquanto isso, o número de pessoas vivendo na pobreza praticamente não mudou desde 1990, com cerca de 3,6 bilhões de pessoas vivendo com menos de US\$ 6,85 por dia — o que representa 44% da população mundial.

Essa disparidade é agravada por fatores estruturais. A Oxfam destaca que 60% da riqueza dos bilionários provém de heranças, monopólios ou conexões com

poderosos, e não de mérito individual. Além disso, o 1% mais rico do Norte Global extrai US\$ 30 milhões por hora do Sul Global em 2023, perpetuando uma dinâmica de exploração econômica (Oxfam, 2024).

No contexto brasileiro, essas desigualdades se manifestam de forma acentuada. O relatório mencionado indica que 63% da riqueza do país está concentrada nas mãos de apenas 1% da população, enquanto os 50% mais pobres detêm apenas 2% do patrimônio nacional. Essa concentração de riqueza impacta diretamente o acesso a direitos básicos, como saúde, educação e saneamento, especialmente nas regiões mais vulneráveis, como o Nordeste.

Talvez os dois primeiros pilares do art.14 já fossem suficientes para instigar compromissos que garantissem um conjunto de direitos básicos e fundamentais que resultariam no acesso a cuidados de saúde de qualidade, especialmente para os grupos socialmente mais vulneráveis. No entanto, passados vinte anos da promulgação da DUBDH, ainda é atual e necessária a recomendação do acesso a medicamentos essenciais; o acesso à nutrição adequada e água de boa qualidade; a melhoria das condições de vida e do meio ambiente; a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por quaisquer que sejam os motivos e, por fim, a redução da pobreza e do analfabetismo.

A mortalidade infantil, embora evidencie os marcantes contrastes sociais e regionais no Brasil, também se configura como um indicador sensível às intervenções no campo da saúde, tanto governamentais quanto da sociedade civil. Por refletir diretamente as condições de vida e saúde da população, sua análise revela avanços e persistências de desigualdades.

Ao analisarem a evolução desse indicador, Oliveira e Albuquerque (2005), demógrafos do IBGE, apontam que, entre 1980 e 2004, houve uma redução significativa de 61,5% na taxa nacional, que passou de 69,1 para 26,6 óbitos por mil nascidos vivos. Contudo, essa melhora não foi homogênea: enquanto estados como o Rio Grande do Sul (14,7‰) e São Paulo (17‰) apresentaram os menores coeficientes em 2004, Alagoas (55,7‰) e Maranhão (43,6‰) figuraram entre os piores índices, além de registrarem os menores avanços percentuais no período, com quedas próximas a 50%.

Trata-se, portanto, de um chamado a um olhar diverso e comprometido com as diferenças promovidas pela exclusão social e pelas relações perversas entre países, regiões e grupos populacionais específicos, gerando questões éticas que ultrapassam

os limites dos problemas que persistem em existir apesar dos avanços científicos e tecnológicos.

O ponto de partida para a inclusão deste artigo da DUBDH como categoria de análise nesta tese está diretamente ligado à adoção, por parte da pesquisadora, do referencial da saúde como direito de cidadania e da defesa intransigente da garantia de acesso universal a todas as pessoas. Essa postura diverge daquela que considera a saúde como um bem a ser consumido de acordo com as leis da demanda e do mercado, classificando-a como “produto” passível de comercialização, seja por meio de pacotes de serviços de baixo custo oferecidos a populações de baixa renda, seja pela oferta de serviços pagos por quem possa arcar com seus custos.

Em linhas gerais, pode-se afirmar que esse artigo guarda estreita relação com os outros dois escolhidos como embasamento teórico desta tese, uma vez que também tem como ponto central a equidade no acesso à saúde como caminho para alcançar igualdade e justiça social. Conforme se depreende de seu texto, o desenvolvimento social e a promoção da saúde são essenciais para a implementação plena dos direitos humanos, especialmente no que se refere ao desafio de decisões que contemplem tanto os interesses individuais quanto os coletivos.

Tal tomada de decisões na saúde pública exige uma consideração equilibrada desses interesses, e a análise bioética, quando politizada e engajada, constitui uma ferramenta essencial para oferecer suporte nesse processo, contribuindo para o bem-estar individual, comunitário e ambiental.

No contexto da transformação sanitária ocorrida em Caruaru, essa categoria evidencia o quanto o compromisso e a responsabilidade social dos gestores públicos foram decisivos para o enfrentamento das persistentes situações de exclusão social e mortalidade infantil, modificando uma nefasta realidade municipal.

Ao iluminar a responsabilidade social como princípio ético inscrito no artigo 14 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), reconhece-se que o mais alto padrão de saúde não deve ser um privilégio, mas um direito universal, assegurado a todas as pessoas, independentemente de sua origem, condição econômica ou inserção social. A menção explícita à ampliação do acesso a cuidados de saúde de qualidade, medicamentos essenciais, nutrição adequada e melhorias ambientais evidencia um compromisso que vai além da retórica normativa: trata-se de um chamado à ação transformadora das estruturas sociais que perpetuam a exclusão.

Nesse horizonte, a experiência do gestor municipal que reduziu drasticamente a mortalidade infantil em Caruaru — de alarmantes 132 óbitos por mil nascidos vivos para apenas 9,05 óbitos por mil — concretiza esse princípio em política pública. A ação intencional e estratégica da gestão, orientada por uma ética pública comprometida com a dignidade humana, tornou possível reverter um cenário de violações históricas ao direito à saúde. Essa mudança não foi resultado do acaso, mas de uma atuação política orientada por valores bioéticos de justiça, equidade e solidariedade.

A narrativa da transformação sanitária ocorrida demonstra, portanto, que o conteúdo normativo da DUBDH pode — e deve — ser operacionalizado por meio de políticas públicas sensíveis às desigualdades sociais. A Bioética de Intervenção, ao articular criticamente os determinantes sociais da saúde e ao reconhecer o papel estruturante das políticas redistributivas, oferece uma lente analítica potente para compreender e transformar realidades marcadas por profundas iniquidades.

O princípio da responsabilidade social e da saúde, neste contexto, não é apenas uma diretriz internacional, mas uma exigência ética concreta, cuja realização depende do compromisso político dos gestores públicos com a promoção da justiça social e a defesa incondicional dos direitos humanos.

Assim, reafirma-se que a saúde, enquanto bem social e humano, só se efetiva como direito quando orientada por decisões ético-políticas firmes, capazes de enfrentar desigualdades estruturais e de priorizar os grupos historicamente marginalizados.

2.3 A INSURGÊNCIA EPISTÊMICA: ENCONTRO DA CAATINGA COM O CERRADO

A Bioética de Intervenção (BI) em sua condição de bioética crítica assumiu desde os seus primeiros escritos, a postura de politizar os conflitos morais que envolviam a desigualdade socioeconômica nos países periféricos, colocando-se ao lado das populações vulnerabilizadas e excluídas socialmente. Essa condição a fez adotar princípios e fundamentos que a afastaram, peremptoriamente, do imperialismo moral (Garrafa e Lorenzo, 2008) e do colonialismo (Flor-do-Nascimento e Garrafa, 2011; Feitosa e Flor-do-Nascimento, 2015) que oprimem e impõem a pessoas, grupos

e povos de diferentes culturas e de distintos modos de existir uma visão de mundo centrada na moralidade de princípios considerados universais.

Um de seus maiores compromissos vem sendo o de construir seu estatuto epistemológico fortalecendo essa postura crítica, em comunhão com o pensamento crítico latino-americano que busca se libertar da herança epistemológica colonial eurocêntrica. Dessa maneira, sempre aberta a novas contribuições epistêmicas que fortaleçam seu campo de ação, os bioeticistas ligados a essa corrente brasileira da bioética têm concentrado esforços para realizar rupturas epistemológicas transformadoras.

Feitosa e Flor do Nascimento (2015), no artigo em que analisam a posição da Bioética de Intervenção (BI) no contexto do pensamento latino-americano, refletem sobre como a herança epistemológica colonial europeia impôs uma longa submissão epistêmica à produção intelectual da região, marcada pela absorção de doutrinas como a escolástica, o iluminismo e o positivismo. De certo modo, essas doutrinas constituíram amarras que engessaram o pensamento libertário, bem como as formas de pensar e viver dos povos latino-americanos. À medida que os países foram consolidando suas independências políticas ao longo do século XIX, o sentimento de nacionalismo se fortaleceu e, ao final desse período, ideias como o marxismo e o anarquismo começaram a se difundir, tornando-se ainda mais influentes no século XX, especialmente nas lutas por direitos, como as greves operárias no Brasil. Os autores destacam, ainda, a importância do surgimento de teorias autóctones, que vêm consolidando uma resistência epistêmica no pensamento crítico da América Latina:

Assim como ocorreu no início da colonização, podemos verificar, ao longo dos mais de 500 anos que se sucederam, a existência de produções de autores latino-americanos, os quais, ao lançar mão do pensamento crítico europeu, criaram suas próprias teorias tendo como referência o contexto da região, fato que possibilitou momentos de resistência epistêmica (Feitosa e Flor do Nascimento, 2015, p. 278 - 279).

O modelo de desenvolvimento que se expandiu na década de 1950, em vez de atenuar, aprofundou as desigualdades na América Latina, gerando sequelas internas como a concentração de riqueza, o aumento da pobreza e o fortalecimento do imperialismo dos Estados Unidos sobre os países latino-americanos. A implementação dessa política desenvolvimentista ocorreu simultaneamente ao estabelecimento de regimes totalitários, resultantes de golpes militares e ditaduras

impulsionadas e sustentadas pelos EUA no contexto da Guerra Fria, como parte de sua política econômica internacional (Feitosa e Flor do Nascimento, 2015, p. 279).

Ao traçarem o panorama histórico desses anos, os autores afirmam que, em contraponto à dominação política imperialista norte-americana, emergiram no cenário latino-americano movimentos políticos como a Revolução Cubana e a Frente Sandinista de Libertação Nacional, na Nicarágua. Alimentando sonhos de emancipação, esses movimentos passaram a configurar possibilidades concretas de resistência epistêmica por parte de autoras e autores latino-americanos. “Além dos enfrentamentos às ditaduras locais, havia o empenho de vários segmentos da sociedade em canalizar as lutas para uma dimensão política mais ampla, anti-imperialista e descolonizadora” (Feitosa e Flor do Nascimento, 2015, p. 279).

Algumas teorias surgidas nesse período são consideradas revolucionárias, como a *Teoria da Dependência*, cujos autores mais destacados são Celso Furtado — nordestino da cidade paraibana de Pombal —, Raúl Prebisch — economista argentino — e Theotônio dos Santos — economista brasileiro nascido em Carangola, Minas Gerais. Também se destacam a *Pedagogia do Oprimido*, do pernambucano Paulo Freire, e a *Teologia da Libertação*, protagonizada pelos teólogos Gustavo Gutiérrez — peruano — e Leonardo Boff — brasileiro. A essas três teorias, desenvolvidas nas décadas de 1960 e 1970, soma-se o pensamento decolonial, desenvolvido a partir da obra *Colonialidade do Poder*, do sociólogo peruano Anibal Quijano, na década de 1990.

A antropóloga argentina Rita Segato (2013), em importante artigo sobre a obra de Quijano, considera que essas teorias citadas anteriormente, nascidas em solo latino-americano, conseguiram cruzar a fronteira da desconstrução do pensamento vindo do Norte Global e se consolidaram como importantes formulações que refletem o pensamento a partir do Sul Global, tendo alcançado impacto e permanecido como referências no pensamento mundial:

En el siglo de las disciplinas de la sociedad son solamente cuatro las teorías originadas en el suelo latinoamericano que cruzaron en sentido contrario la Gran Frontera, es decir, la frontera que divide el mundo entre el Norte y el Sur geopolíticos, y alcanzaron impacto y permanencia en el pensamiento mundial (Segato, 2013, p. 17)⁹.

⁹ No século das disciplinas da sociedade, são somente quatro as teorias originadas no solo latino-americano que cruzaram em sentido contrário a Grande Fronteira, quer dizer, a fronteira que divide o mundo entre o Norte e o Sul geopolíticos, e alcançaram impacto e permanência no pensamento mundial (Segato, 2013, p. 17) (Livre tradução da autora)

O bioeticista Saulo Feitosa, em artigo elaborado com Flor do Nascimento (2015), registra um importante pronunciamento dessa conceituada pensadora latino-americana a respeito da Bioética de Intervenção e do papel exercido por essa corrente brasileira no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo.

Dois anos antes da produção desse artigo, durante reunião de estudo do grupo de pesquisa sobre pluralismo bioético, do qual foi coordenadora, Segato externou o entendimento de que, após a teoria da colonialidade do poder formulada por Aníbal Quijano, a bioética de intervenção aparecia como a principal novidade no campo do pensamento latino-americano. Recentemente, voltamos a indagá-la sobre o assunto, e sua resposta veio na reafirmação dessa convicção, muito embora a autora reconheça tratar-se de uma teoria em construção e, portanto, a demandar maior aprofundamento e experimentação na prática bioética deliberativa, a partir de casos concretos (Feitosa e Flor do Nascimento, 2015, p. 279).

Corroborando esse pensamento, Feitosa desenvolve, em sua tese de doutoramento (2015), uma das mais importantes contribuições teóricas à Bioética de Intervenção, ao conceituar a territorialização epistemológica da BI como uma prática bioética libertadora, agregando a essa formulação a adoção de uma reflexão interepistêmica.

Para evitar uma abordagem especista – dada sua forte vinculação aos direitos humanos –, estamos sugerindo a inclusão dos direitos da natureza dentro de seu arcabouço teórico. Como forma de insurgência contra a imposição da racionalidade ocidental pelas epistemologias dominantes propusemos a adoção de uma reflexão bioética interepistêmica e sentipensante na qual sentir e pensar (emoção e razão) interagem para produzir o conhecimento (Feitosa, 2015, vi)

No artigo já referido neste tópico, Feitosa e Flor do Nascimento (2015) reforçam a característica da Bioética de Intervenção de se constituir a partir de uma base aberta ao diálogo transdisciplinar e interepistêmico. Partindo do referencial teórico proposto por Mignolo (2008), no que se refere à Desobediência Epistêmica, os dois bioeticistas brasileiros utilizaram o termo *Insurgência Epistêmica* para caracterizar o movimento de resistência e reconfiguração dos saberes a partir do Sul global:

(...) A insurgência epistêmica é entendida como um processo constante de construção de novas estratégias e diferentes formas de práxis, ou seja, de criação de mecanismos para pensar, refletir e agir em conjunto no confronto das epistemologias dominantes. Essa insurgência epistêmica contribui para repensar perspectivas e paradigmas teóricos e políticos (e) tem ajudado a traçar novos caminhos tanto para os povos indígenas e afrodescendentes quanto para a população como um todo (Feitosa e Flor do Nascimento, 2015, p. 279).

Trata-se de uma postura crítica frente à hegemonia das epistemologias eurocentradas, que historicamente têm moldado os marcos conceituais da bioética tradicional, alheia às realidades latino-americanas.

A *Insurgência Epistêmica*, nesse contexto, expressa a recusa ativa à subalternização dos saberes locais e populares, propondo a valorização de epistemologias situadas, enraizadas nas experiências históricas, sociais e culturais dos povos latino-americanos. Mais do que uma contestação teórica, ela se manifesta como prática ética comprometida com a justiça social, a equidade e a superação das desigualdades estruturais, conferindo à Bioética de Intervenção um caráter genuinamente emancipatório.

A partir dessa conceituação, entende-se que este é um caminho oportuno para analisar como a reterritorialização epistemológica da Bioética de Intervenção dispõe de ferramentas teóricas e metodológicas capazes de compreender as transformações na realidade sanitária de Caruaru. Mais que isso, permite reconhecer o MINTER/DINTER como um novo território epistêmico da Bioética de Intervenção, potencializando diálogos bioéticos profícuos entre a caatinga e o cerrado, a partir de experiências situadas que articulam saberes, práticas e resistências.

Prova da potência epistêmica gerada pelo MINTER/DINTER é o conjunto de dissertações e teses que emergiram de Caruaru, revelando como o saber localizado — forjado na aridez do solo agrestino — tem contribuído para consolidar a Bioética de Intervenção como uma prática comprometida com as realidades subalternizadas. A partir de questões concretas — como a mortalidade infantil, os direitos reprodutivos, o cuidado obstétrico, o uso medicinal da cannabis e as desigualdades no acesso à saúde — essas pesquisas demonstram a capacidade da BI de se enraizar em contextos periféricos, produzindo conhecimento crítico, situado e transformador.

Mais do que produtos acadêmicos, essas dissertações e teses constituem novos territórios epistêmicos que reafirmam a vocação da BI para o enfrentamento das iniquidades históricas e para a ampliação do diálogo entre saberes do Sul global.

2.4 DIÁLOGOS INTEREPISTÊMICOS

Walter Dignolo (2014), um dos mais destacados expoentes do pensamento decolonial, ao abordar as construções trazidas pela modernidade, afirma que esta, em sua essência, perpetua profundas desigualdades, manifestando-se em *feridas coloniais*, que marginalizam culturas e saberes não ocidentais; *feridas patriarcais*, que reforçam normas e hierarquias de gênero e sexualidade, oprimindo mulheres e minorias; e *feridas racistas*, que discriminam e subjugam grupos étnicos específicos.

Além disso, a modernidade promove um entretenimento superficial e alienante, que anestesia o pensamento crítico e dificulta a reflexão profunda sobre as questões sociais. Em seu livro *A Desobediência Epistêmica* (2014), que reúne diversos ensaios sobre os debates do grupo Modernidade/Colonialidade — cujos estudos, no final dos anos 1990 e durante a década de 2000, configuraram o pensamento decolonial na América Latina —, Mignolo revela um dos principais pontos da crítica de Quijano: a cumplicidade entre modernidade e racionalidade.

Essa crítica fundamenta-se na compreensão de que tal cumplicidade se ancora em uma noção excludente de totalidade — e, embora Mignolo reconheça o pleonismo (pois não haveria totalidade que não fosse excludente), reafirma que se trata de uma totalidade que nega, exclui e apaga a diferença, bem como a possibilidade de outras totalidades. Como expressa o autor: “La racionalidad moderna es absorbente y, al mismo tiempo, defensiva y excluyente” (Mignolo, 2014, p. 20).

Como discutido em diversos momentos desta tese, a *colonialidade do poder* abrange, em sua crítica à modernidade estadunidense e eurocêntrica, a possibilidade de se pensar outros modos de vida que não estejam subjugados aos valores externos — valores esses que impõem normas e produzem diferenças abissais entre os que detêm o poder e aqueles que dele são excluídos.

Em contraposição à ideia de totalidade promovida pela modernidade e sua racionalidade, o conceito de colonialidade abriu caminhos para a reconstrução e valorização de histórias, subjetividades, línguas e saberes que foram silenciados e marginalizados.

Neste ponto, é importante destacar a diferenciação que Mignolo (2014) estabelece como um marco teórico que separa o pensamento decolonial das propostas oriundas do pós-modernismo francês — representado por Michel Foucault,

Jacques Lacan e Jacques Derrida — e do cânone pós-colonial — representado por Edward Said, Gayatri Spivak e Homi Bhabha. A descolonialidade, ao contrário dessas abordagens, emerge de outras fontes, enraizadas na experiência histórica do Sul global, como Guamán Poma de Ayala, José Carlos Mariátegui, Amílcar Cabral, Aimé Césaire, Frantz Fanon, Rigoberta Menchú, Gloria Anzaldúa, entre outras:

En otras palabras, el vucelo descolonial es un proyecto de *desprendimiento* epistémico en la esfera de lo social (también el ámbito académico, por cierto, que es una dimensión de lo social), mientras que la crítica post-colonial y la teoría crítica son proyectos de transformación que operan y operaron básicamente en la academia europea y estadounidense (Mignolo, 2014, p. 22)¹⁰.

Partindo, pois, dessa importante conceituação, Mignolo ressalta o que Quijano afirma ao destacar que o desprendimento começa com a descolonização do conhecimento. Assim, no contexto desta tese, adota-se a *desobediência epistêmica* como um acréscimo teórico de Mignolo às formas desobedientes de reescrever a existência por meio de uma reconstituição epistemológica do poder e do saber impostos pela epistemologia colonial dominante.

A seguir, serão apresentadas duas possibilidades de diálogo que se configuraram a partir da abertura interepistêmica da Bioética de Intervenção à intertransdisciplinaridade presente em sua fundamentação teórica.

¹⁰ Em outras palavras, o giro decolonial é um projeto de desprendimento epistémico na esfera do social (também no âmbito acadêmico, aliás, que é uma dimensão do social), enquanto a crítica pós-colonial e a teoria crítica são projetos de transformação que operam e operaram basicamente na academia europeia e estadounidense (Mignolo, 2014, p. 22). (Livre tradução da autora)

2.4.1 A Bioética da Intervenção e a Geopolítica da Fome de Josué de Castro

“Denunciei a fome como flagelo fabricado pelos homens contra outros homens”.
Josué de Castro

No lastro do pensamento decolonial, e movida pela necessidade de estabelecer um marco que represente a convergência da Bioética de Intervenção com o legado de Josué de Castro, falo a partir da minha perspectiva — do meu lugar de mulher nordestina, militante da saúde como direito de todos e defensora do SUS como conquista do povo brasileiro. Assim, é natural para mim assumir que fazer ciência é falar para o mundo a partir do meu lugar; é representar minha subjetividade, impregnada no meu viver como corpo social; é compreender que o fenômeno estudado nesta tese — a mortalidade infantil — tem suas raízes na exclusão social, esteja ela onde estiver.

No entanto, trazer o recorte para um município do agreste pernambucano é ressaltar que a colonialidade do poder e do saber, imposta por tanto tempo a esses corpos nordestinos, pôde ser enfrentada a partir de um compromisso ético de libertação, assumido pelo médico Antônio Vieira e sua equipe.

No encontro com “a banda mais frágil da sociedade”, na expressão de Garrafa (2005a), estabelece-se inequivocamente o diálogo da Bioética de Intervenção (BI) com as transformações promovidas na mortalidade infantil em Caruaru, bem como com a obra de Josué de Castro (1946, 1951, 1967), que aborda a fome para além da questão climática.

Considerando que a BI, em seu caráter transdisciplinar, se coloca em diálogo interepistêmico com outras disciplinas e saberes, trago para este cenário os encontros com a medicina, a sociologia, a nutrição, a história e a política, sintetizados no pensamento de Josué de Castro. Destaco, especialmente, o elo construído pelo olhar compartilhado sobre a “periferia” do sistema-mundo capitalista, bem como a possibilidade de analisar os conflitos morais que envolvem a exclusão social e a mortalidade infantil como situações bioéticas persistentes.

Josué Apolônio de Castro (1908-1973), médico, pesquisador e escritor pernambucano, é autor de obras fundamentais como *Geografia da Fome* (1946) e *Geopolítica da Fome* (1952), ambas traduzidas para mais de 25 idiomas e

amplamente reconhecidas internacionalmente. A partir de pesquisas realizadas no Brasil e em outros países, sua produção intelectual estabeleceu um marco conceitual importante ao demonstrar que a fome não deve ser compreendida como um fenômeno climático ou étnico, mas sim como um problema social estrutural, resultante dos processos coloniais que configuraram o subdesenvolvimento de diversas nações, em benefício de interesses econômicos nacionais e transnacionais.

Ainda na infância, Josué de Castro foi um atento observador das condições de vida das populações que buscavam alimentos nos manguezais para saciar a fome. Essa experiência inicial tornou-se o ponto de partida para suas investigações, que buscavam pensar globalmente a partir de uma perspectiva situada no seu contexto local.

Iniciou o curso de Medicina aos 15 anos na Faculdade de Medicina da Bahia, onde permaneceu por três anos, concluindo sua formação aos 21 anos na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. No mesmo ano, publicou o artigo *O Ciclo do Caranguejo*, texto contundente que estabelece uma metáfora expressiva entre a miséria enfrentada pelas pessoas que viviam às margens dos mangues do Rio Capibaribe — um dos rios que cortam a cidade do Recife — e os caranguejos que habitam essa mesma lama. Essa metáfora denuncia a condição desumana gerada pela desigualdade social:

[...] O caranguejo nasce nela, vive nela. Cresce comendo lama, engordando com as porcarias dela, fazendo com lama a carinha branca de suas patas e a geleia esverdeada de suas vísceras pegajosas. Por outro lado, o povo daí vive de pegar caranguejo, chupar-lhe as patas, comer e lamber os seus cascos até que fiquem limpos como um copo. E com a sua carne feita de lama fazer a carne do corpo de seus filhos. São cem mil indivíduos, cem mil cidadãos feitos de carne de caranguejo. O que o organismo rejeita volta como detrito para a lama do mangue, para virar caranguejo outra vez (Castro, 1968, p.26).

Conforme afirma em seu livro *Homens e Caranguejos* (Castro, 1967), foi a partir da observação desse mimetismo entre os caranguejos e a condição dos moradores dos mangues que Josué de Castro compreendeu o fenômeno da fome como um problema social estruturante. Essa constante observação da luta pela vida e sobrevivência nos mangues do Recife, impressa desde seus olhos de criança, permeou toda a sua trajetória pessoal e intelectual. Ao trazer esses aspectos biográficos para o âmbito desta tese, utilizo dados trazidos pelo próprio Castro sobre seu percurso de vida, entendendo que tais registros não apenas resgatam sua

identidade pessoal, mas também revelam sua visão singular enquanto cientista político e social comprometido com a análise crítica das desigualdades (Castro, 1964).

Essa perspectiva biográfica é fundamental para compreender como o pensamento de Josué de Castro se entrelaça com as questões centrais desta tese, especialmente no que tange à análise da mortalidade infantil como uma expressão das desigualdades sociais profundamente enraizadas. Sua abordagem pioneira que desvenda a fome como consequência das estruturas coloniais e econômicas que geram exclusão e vulnerabilidade social estabelece um diálogo fecundo com a Bioética de Intervenção, que busca compreender e enfrentar essas mesmas desigualdades por meio de práticas bioéticas comprometidas com a justiça social.

Ao concluir seus estudos de medicina, Josué de Castro retornou ao Recife e iniciou seu consultório de nutrição. Naquela época, as doenças do metabolismo eram limitadas a cinco: obesidade, magreza, diabetes, gota e reumatismo. Apesar de sua aparência jovem, conquistou uma clientela expressiva. Trabalhando em uma grande fábrica, observou que os operários não apresentavam uma doença específica, mas não conseguiam trabalhar e eram frequentemente acusados de preguiça. Após um período de observação, concluiu que eles estavam doentes de fome, o que o levou à demissão, mas também à compreensão de que a fome era um problema social. A partir daí, dedicou-se ao estudo das dimensões econômicas e sociais do fenômeno e, com colegas, fundou a Faculdade de Filosofia do Recife, onde foi diretor aos 23 anos. Lecionava Geografia Humana nessa faculdade e Fisiologia na Faculdade de Medicina (Castro, 1964).

Percebendo que sua carreira não refletia a dimensão social da fome que investigava, mudou-se para o Rio de Janeiro, onde se casou com Glauce, sua aluna na Faculdade de Filosofia. No Rio, passou a escrever para jornais enquanto desenvolvia pesquisas sobre nutrição no serviço do Prof. Annes Dias. Seus trabalhos foram publicados nos Arquivos de Nutrição, tornando-o mais conhecido no exterior do que no Brasil. Em uma dessas pesquisas, analisou o teor nutricional da farinha de macambira, descobrindo que essa planta possui quinze vezes mais cálcio que o leite (Castro, 1964). Essa descoberta ajudou a explicar a resistência dos sertanejos nas travessias entre o sertão e o litoral. Sua carreira de pesquisador o levou a ministrar palestras em diversos países europeus, o que também contribuiu para seu reconhecimento no Brasil. Esse percurso ilustra como a colonialidade do saber

desvaloriza o conhecimento produzido nos países periféricos, muitas vezes subestimado tanto externamente quanto internamente.

No entanto, a robustez do pensamento de Josué de Castro e a clareza de suas pesquisas firmaram-no como uma das vozes mais contundentes na defesa do enfrentamento do fenômeno da fome. Embora recebesse numerosos convites para atuar na clínica, decidiu concentrar seus esforços na escrita de obras fundamentais, como *Geografia da Fome* (1946) e *Geopolítica da Fome* (1951). Com esses livros, inaugurou um novo campo epistemológico que integra diversas disciplinas — geografia, história, medicina, nutrição, antropologia, psicologia, entre outras — todas voltadas à compreensão da relação entre a pessoa humana e seu corpo social. A visão interdisciplinar de Josué de Castro e seu comprometimento com a justiça social deram origem a uma abordagem transdisciplinar, que incorpora a complexidade dos fenômenos sociais e ultrapassa os limites do ambiente acadêmico.

Este é o primeiro ponto que considero convergente entre a Bioética de Intervenção e a *Geopolítica da Fome* de Josué de Castro. Cabe abrir um parêntese para explicar que, diante dos objetivos desta tese, optei por nomear a extensa obra teórica de Castro de forma sintetizada como *Geopolítica da Fome*, por trazer uma nova configuração territorial para a fome enquanto fenômeno de abrangência mundial.

Retornando ao contexto da semelhança das ideias de Castro com a Bioética de Intervenção, considero que ambas se constituem como campos epistemológicos politizados, fundamentados na defesa dos direitos humanos universais, o que lhes confere ferramentas teóricas e práticas para a análise moral da realidade social excludente, que gera desigualdades e injustiças. Embora suas ideias não estejam vinculadas a uma corrente única de pensamento partidário, Castro se posiciona politicamente ao defender o estudo da fome como um problema gerado pelo imperialismo econômico:

À civilização europeia contemporânea, que alcançou seu apogeu com a expansão do horizonte geográfico do mundo, depois do século XVI, e pela economia colonial que se lhe seguiu, não convinha de modo algum divulgar, no seu meio de aparente esplendor, a feia tragédia da fome, produto, em grande parte, desse colonialismo desumanizado. Produto, antes de tudo, da desumana exploração das riquezas coloniais por processos de economia devastadores, monocultura e latifúndio, que permitiam a obtenção, por preços vis, das matérias-primas indispensáveis ao seu industrialismo próspero (Castro, 1965, 1^o vol., p. 49).

Como se observa nesse texto, cuja primeira edição data de 1951, Josué de Castro já apresentava uma reflexão crítica sobre a expropriação das riquezas naturais dos países colonizados e os impactos dessa exploração na vida das populações que, ao redor do mundo, foram vítimas da ganância devastadora do colonialismo europeu e, posteriormente, do estadunidense. A fome, portanto, configurava-se como um instrumento de dominação política e econômica.

Ao trazer para o debate mundial a questão da fome como um problema político, Josué de Castro fala a partir de seu lugar e visão de mundo, denunciando que essa vergonhosa situação não se devia a fatores étnicos ou climáticos, mas sim a uma determinação histórica. Essa determinação consistia na opção política de dividir o mundo em categorias de países ricos e pobres, desenvolvidos e subdesenvolvidos, centrais e periféricos — termos que a Bioética de Intervenção utiliza —, em que o nascer e o morrer ocorriam de forma desigual para milhões de pessoas.

Muito antes de outros pensadores latino-americanos iniciarem os debates que, nas décadas de 1990 e 2000, ficaram conhecidos como Pensamento Decolonial, Josué de Castro, desde 1946, já desconstruía a ideia de que o conhecimento produzido fora deveria ser usado para explicar a realidade local. Mais do que isso, seu pensamento não apenas elucidou essa realidade, mas propôs o enfrentamento de uma questão tão grave, antecipando e, em certa medida, inaugurando os estudos decoloniais na América Latina.

Em sua atuação parlamentar como deputado federal por Pernambuco em 1956, ao denunciar a agressão franco-britânica ao Egito, Castro pronunciou-se também sobre as estruturas do colonialismo e do imperialismo:

O colonialismo como foi, como é, como deseja persistir, apesar de superado economicamente e socialmente, não passa de um roubo organizado, um roubo sacramentado, um roubo cínico das grandes potências, que usam os organismos internacionais, a imprensa internacional, todos os meios de convencimento e de formação de uma falsa opinião pública, manipulada para esmagar o desejo de liberdade, de autodeterminação, a vontade de se governar a si mesmos que têm os povos oprimidos e esmagados pelo imperialismo colonialista (Castro, 1956, apud Marcos Costa Lima in Perfis Parlamentares nº 52, 2007)

A visão de Josué de Castro já descortinava um horizonte epistemológico capaz de compreender as questões sociais a partir de uma perspectiva que aspirava a uma realidade alternativa, distinta daquela moldada por uma ordem social perversa e historicamente consolidada.

Ao estabelecer um diálogo entre Castro, o Pensamento Decolonial e a Bioética de Intervenção, amplia-se a possibilidade de aproximação com os fundamentos críticos dessas correntes epistemológicas latino-americanas — aspecto que será aprofundado no capítulo destinado à interlocução com essas importantes contribuições teóricas.

Entretanto, no esforço de construir a caracterização histórica dos antecedentes do processo de transformação ocorrido em Caruaru, o resgate das ideias e da relevância histórica de Josué de Castro configura-se, também, como uma escolha ética da pesquisadora. Trata-se de um gesto de reconhecimento e reverência a um pensador que, a despeito da solidez de sua obra, permanece (quase) esquecido no cenário acadêmico brasileiro contemporâneo.

Ao dirigir sua voz ao mundo *desde* o Nordeste e *sobre* o Nordeste, Josué de Castro inaugura uma nova geografia, que ultrapassa as fronteiras regionais e o regionalismo como mera categoria literária. Nessa perspectiva, seu pensamento se consolida como proposta epistêmica que entende a fome como responsabilidade política — tanto dos governos quanto da sociedade civil — que devem, por meio de mecanismos justos de redistribuição, evitar a marginalização de sujeitos e coletividades.

Uma convergência essencial entre a Geopolítica da Fome e a Bioética de Intervenção reside no reconhecimento de que a fome, a exclusão social e os demais determinantes sociais da saúde não se reduzem a fenômenos de ordem biológica. São, antes, expressões de estruturas sociais, políticas e econômicas marcadas pela injustiça e pela desigualdade histórica.

Quando Porto e Garrafa (2005, p. 118) afirmam que “a possibilidade de provocar o prazer ou infligir a dor a outros é a base das relações de poder”, estabelecem como fundamento teórico da BI a noção de corporeidade. Essa categoria também se evidencia na obra de Castro, em que a dor da fome é apresentada como a forma extrema de manifestação do poder sobre os corpos:

“Mas não é agindo apenas sobre o corpo dos indivíduos, degradando-lhes o tamanho, mirrando-lhes as carnes, roendo-lhes as vísceras e abrindo-lhes chagas e buracos na pele que a fome aniquila o homem. É também atuando sobre seu espírito, sobre sua estrutura mental, sobre sua conduta social” (Castro, 1965, p. 124).

A corporeidade, portanto, atravessa ambas as perspectivas como dimensão sensível da exclusão — locus privilegiado de expressão do sofrimento humano provocado pela desigualdade.

Nos corpos marcados pela fome — seja ela aguda ou crônica — manifestam-se reações que ultrapassam a dimensão estritamente fisiológica, alcançando aspectos psíquicos e sociais. Ao tratar dessas reações complexas, Josué de Castro observa:

Se, em sua atuação desequilibrante do comportamento humano, a fome aguda tende a determinar, de preferência, a exaltação anormal do espírito, a fome crônica tende a provocar depressão e apatia.[...] A tristeza é outro sinal emocional dos povos cronicamente famintos. Não há propriamente raças tristes, como afirmam liricamente certos sociólogos, sem atentar bem no problema. O que há são povos tristes, possuídos desta tristeza que a fome acarreta, e que não conseguem alegrar-se, muitas vezes, nem mesmo sob a ação estimulante do álcool (Castro, 1965, p. 129).

Essa perspectiva amplia a compreensão da fome como fenômeno multidimensional, reafirmando a centralidade da corporeidade na análise das injustiças sociais. Em sintonia com a Bioética de Intervenção, o pensamento de Castro reconhece o corpo não apenas como unidade biológica, mas como território simbólico e político onde se inscrevem as violências estruturais que negam o direito à vida digna.

A maior manifestação das relações de poder em uma sociedade expressa-se na possibilidade de infligir dor ao corpo do outro. Josué de Castro descreve, com riqueza de detalhes ao longo de sua obra, as múltiplas manifestações da fome — a desnutrição, a subnutrição, as doenças a ela associadas — e evidencia como esse flagelo é sistematicamente imposto a determinados grupos sociais pelas estruturas do poder econômico.

Nesta tese, ao abordar adiante os horrores das crises famélicas que ceifaram a vida de milhares de nordestinos ao longo de décadas, expõe-se não apenas a negligência histórica, mas um verdadeiro processo de genocídio perpetrado contra a população do semiárido nordestino pelo Estado brasileiro. A dor de morrer de fome e sede, imposta a corpos de homens, mulheres e, principalmente, de crianças, não pode ser explicada apenas por fatores climáticos, mas deve ser compreendida como consequência direta de um projeto político-econômico excludente.

Tanto a Bioética de Intervenção quanto a Geopolítica da Fome oferecem instrumentos analíticos potentes para compreender as implicações morais e políticas de tais práticas de abuso de poder, exercidas em favor das elites econômicas nacionais e internacionais. Ambas compartilham um compromisso com a justiça

social, a busca da equidade e a ação transformadora, o que fortalece o diálogo entre essas duas perspectivas críticas. Mais do que construções teóricas, constituem-se como propostas engajadas de leitura e intervenção sobre a realidade excludente.

A Bioética de Intervenção, ao se constituir como bioética aplicada, assume o compromisso com uma práxis engajada e transformadora, voltada à superação das condições estruturais que perpetuam as desigualdades sociais. Nesse mesmo horizonte, a obra de Josué de Castro, por meio de seus livros e de sua atuação política, delineia propostas concretas para o enfrentamento da fome, entendida como expressão de um projeto de exclusão. Suas contribuições abarcam desde ações emergenciais até transformações estruturais, e incluem a defesa de uma reforma agrária ampla, o fortalecimento da agricultura de subsistência, a implementação de políticas públicas de planejamento alimentar, a redução das desigualdades socioeconômicas e a atuação articulada com organismos internacionais.

Nesse sentido, a produção de alimentos concentrada nas mãos de latifundiários e monocultores aparecia, em sua análise, como um dos principais entraves à segurança alimentar, pois subordinava a produção interna às exigências do mercado externo. Castro compreendia que essa lógica excludente agravava a miséria e a subnutrição, especialmente entre os mais pobres, razão pela qual defendia, de forma contundente, a reforma agrária como base para a redistribuição de terras e para a democratização do acesso à alimentação.

Decorridas todas essas décadas, o problema da fome assume novos contornos, mas continua a reafirmar a atualidade das ideias de Josué de Castro. A fome persiste como expressão de uma lógica estrutural de extermínio que atinge, hoje, os "condenados da terra", cuja invisibilização cede lugar a formas mais sofisticadas e sistemáticas de negação da vida. Esse processo torna-se evidente nas ações das corporações transnacionais do agronegócio, que, conforme adverte Stedile (2013), representam um modelo agrícola capitalista, monopolista e globalizado, marcado por práticas predatórias, antissociais e profundamente injustas. Como ele afirma:

[...] esse modelo de agricultura capitalista monopolista que está em curso em todo mundo e que, no Brasil, chamamos de agronegócio, é um modelo predador e destruidor da biodiversidade do nosso planeta, porque só funciona com uso intensivo de venenos que matam todas as formas de vida, menos a mercadoria; é antissocial, porque pratica a produção agrícola sem agricultores, impedindo o aumento do trabalho no meio rural e colocando em risco conhecimentos milenares sobre a natureza; e é iníquo, porque se apropria dos bens da natureza, que são um patrimônio da humanidade, e usa

o direito à alimentação das pessoas apenas como forma de acumulação de capital pelas grandes empresas transnacionais¹¹.

Como se depreende da leitura desse texto de Stedile, Jean Ziegler e Josué de Castro convergem ao denunciar a fome como um fenômeno político, produzido por estruturas econômicas e relações de poder globais, e não por escassez natural de recursos. Enquanto Castro, ao romper o tabu da fome, revelou suas causas históricas e sociais a partir da geografia humana, Ziegler (2013) atualiza essa crítica ao expor como corporações transnacionais, organismos financeiros e Estados coniventes perpetuam a destruição em massa pela fome. Ambos afirmam que superar essa tragédia exige vontade política e ruptura com a lógica do mercado, sendo a fome, para eles, o resultado de uma ordem mundial que transforma o alimento — direito humano fundamental — em mercadoria e instrumento de dominação.

Essa crítica estrutural, ao mesmo tempo que evidencia a permanência de mecanismos globais de exclusão alimentar, também nos remete à amplitude do pensamento de Josué de Castro. Além das ações no âmbito nacional, seu pensamento ultrapassava fronteiras ao propor que governos, sociedade civil e organismos internacionais unissem esforços em mecanismos de cooperação para combater a fome globalmente. Tal visão, profundamente ética e politicamente engajada, reforçava a necessidade de reestruturação do sistema internacional sob os princípios da justiça, da equidade e do reconhecimento da alimentação como um direito humano fundamental — valores que também sustentam os pilares da Bioética de Intervenção.

Outra dimensão relevante da trajetória de Josué de Castro foi sua atuação internacional. Seu trabalho em defesa do combate à fome o levou a ocupar, entre 1952 e 1956, a presidência do Conselho Executivo da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), sendo o primeiro latino-americano a ocupar esse posto. A nomeação para tal função representou o reconhecimento, por parte da comunidade internacional, de sua autoridade científica e de seu engajamento político no enfrentamento das desigualdades alimentares no mundo.

Durante sua gestão, Castro ampliou os debates sobre a fome como fenômeno estrutural e político, fortalecendo a concepção de que o combate à fome exigia

¹¹ Texto escrito por João Pedro Stedile, do MST e da Via Campesina, na contracapa do livro *Destruição em Massa: Geopolítica da Fome*. São Paulo: Cortez Editora, 2013

reformas profundas nas estruturas socioeconômicas globais. Sua atuação internacional consolidou sua imagem como um dos principais pensadores mundiais sobre a segurança alimentar, ampliando o alcance de suas propostas e posicionando-o como uma voz do Sul global em espaços de poder historicamente dominados por países centrais.

Contudo, o mesmo posicionamento político que lhe deu projeção internacional também resultou em perseguição durante o período da ditadura militar instaurada no Brasil em 1964. Com o golpe, Josué de Castro foi cassado e forçado ao exílio, passando a viver em Paris, onde atuou como professor na Universidade de Paris (Sorbonne) e em outras instituições europeias. Mesmo no exílio, continuou sua militância intelectual e política, denunciando o colonialismo, o imperialismo e as injustiças sociais que perpetuavam a fome como uma forma de violência estrutural. Jamais se conformou com a ideia de não poder voltar ao Brasil, e seus amigos mais próximos relataram em diversos momentos a tristeza que o exílio lhe impunha. Morreu em Paris, em 24 de setembro de 1973, aos 65 anos, vítima de uma parada cardíaca. Após difíceis negociações conduzidas por seus filhos, seu corpo foi repatriado ao Brasil. Apesar da multidão que aguardava sua chegada, ninguém pôde se aproximar do caixão no Aeroporto dos Guararapes, em Recife, sendo o voo redirecionado para o Rio de Janeiro:

[...] O aeroporto e seus arredores foram isolados por milhares de policiais, paraquedistas e soldados. Tamanha era a ressonância do morto no coração dos brasileiros que os ditadores temiam seu caixão como se fosse uma peste. Josué de Castro repousa, hoje, no cemitério de São João Batista, no Rio de Janeiro (Ziegler, 2013, p.144).

Josué foi temido tanto em vida quanto na morte, condição própria àqueles que conduziram sua existência no combate aos inimigos do direito inalienável de todos os povos à alimentação e à vida dignas.

Esse percurso reforça o caráter ético e engajado de sua obra, bem como sua contribuição para o pensamento crítico latino-americano. Sua biografia é, portanto, expressão viva da articulação entre teoria e prática, ciência e política — elementos que constituem também o fundamento da Bioética de Intervenção.

Por essas razões, a incorporação do pensamento de Josué de Castro nesta pesquisa não é apenas uma referência histórica, mas um convite à reflexão crítica

sobre os nexos entre fome, pobreza, exclusão e saúde — dimensões que permanecem interligadas e persistentes no Brasil e no mundo contemporâneo.

Como expressão desse poder excludente sobre os corpos, estabelece-se, a seguir, outro importante diálogo interepistêmico no âmbito da Bioética de Intervenção — agora com a filosofia de Judith Butler.

2.4.2 A Bioética de Intervenção e a Filosofia Política de Judith Butler

“Talvez seja ainda mais importante reconhecer que a ética requer que nos arrisquemos precisamente nos momentos de desconhecimento, quando aquilo que nos forma diverge do que está diante de nós, quando nossa disposição para nos desfazer em relação aos outros constitui nossa chance de nos tornarmos humanos¹²”.

Judith Butler

Por compreender que a condição de vulnerabilidade a que esteve exposta a população nordestina inscreveu nos corpos das crianças nascidas na região — ou mesmo daquelas que nem chegaram a viver — os efeitos das relações de poder que, ao longo de décadas, determinaram a quantidade de dor e sofrimento que esses corpos suportariam, vejo como contribuição teórica desta tese, no âmbito da Bioética de Intervenção, o aprofundamento do diálogo sobre a corporeidade com a filosofia política contemporânea de Judith Butler.

Judith Butler é doutora em Filosofia pela Universidade de Yale e professora de Retórica e Literatura Comparada na Universidade da Califórnia, em Berkeley. Nasceu em 24 de fevereiro de 1956, no estado de Ohio, em uma família de origem judia. Sua produção intelectual é marcada tanto por sua intensa atividade acadêmica quanto pelo ativismo político, participando diretamente de lutas sociais significativas no combate às desigualdades.

A escolha por Butler fundamenta-se em diversos aspectos: sua contribuição central na formulação de uma nova episteme sobre as questões de gênero, que expande o conceito de corporeidade ao desconstruir a heteronormatividade enquanto princípio universalizador dos corpos; seu diálogo com pensadores como Foucault,

¹² Butler, Judith. *Relatar a si mesmo: crítica da violência ética*. Belo Horizonte: Autêntica, 2022b, p.171.

Agamben, Fanon e Mbembe — referências também mobilizadas nesta tese para refletir sobre o corpo; e, ainda, sua análise crítica das desigualdades sociais que levam à exclusão de determinadas vidas do direito ao luto, concebendo este último como um gesto político de resistência.

Sem pretender estabelecer cisões rígidas em sua obra por meio da definição de “fases”, reconheço que há, inevitavelmente, um recorte teórico nesta análise ao priorizar os aspectos relacionados ao luto público em sua dimensão ético-política.

Assim, no contexto desta tese, será trabalhada preferencialmente a vertente da teoria política de Butler construída a partir dos acontecimentos de 11 de setembro de 2001, nos Estados Unidos, desenvolvida especialmente em duas de suas obras: *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?* e *Vida precária: os poderes do luto e da violência*. Nessas obras, Butler (2020; 2022a) desenvolve a concepção de que o luto não é apenas uma resposta emocional à perda, mas também um ato político que afirma o valor da vida perdida. Destaca, ainda, como a negação do luto pode operar como uma forma de violência, ao apagar a existência e a dignidade de determinadas pessoas, cujas vidas ela classifica como *vidas precárias* (Butler, 2022a).

Embora o aprofundamento da temática da precariedade das vidas e do luto público como expressão política ocorra mais intensamente em *Vida precária* e *Quadros de guerra*, tais questões já estavam presentes na obra de Butler desde *Problemas de Gênero* (Butler, 2024a), publicado originalmente em 1990. Nesse livro, a autora analisa a distribuição assimétrica do luto público em relação às mortes causadas pela epidemia de HIV/AIDS, destacando como as perdas de pessoas gays foram socialmente desconsideradas ou deslegitimadas, em contraste com as mortes de pessoas heterossexuais durante a década de 1980.

Aproximando-me dessa abordagem, proponho, no campo da corporeidade, um diálogo entre as formulações da Bioética de Intervenção e as contribuições de Butler, com o objetivo de aprofundar teoricamente a compreensão da precariedade imposta às vidas nordestinas e da naturalização de suas mortes como expressões da violência de Estado. Se essa naturalização foi historicamente imposta aos corpos nordestinos, ela constitui, na verdade, uma marca persistente da atuação do Estado brasileiro frente às vidas que eleger como descartáveis.

O conceito de vulnerabilidade tem sido amplamente trabalhado pelas bioéticas brasileiras, especialmente pela Bioética de Proteção (Schramm, 2008) e pela Bioética de Intervenção (Garrafa, 2005), ambas reconhecendo que as desigualdades sociais

tornam determinadas populações mais vulneráveis do que outras. A equidade, nesse contexto, é tomada como parâmetro ético fundamental para a construção de relações sociais mais justas e solidárias.

Butler parte da construção da identidade do sujeito e de sua relação com os processos de normatividade socialmente impostos para identificar quais vidas merecem maior ou menor consideração, conforme marcadores como gênero, raça, etnia, religião, entre outros. Para que essas vidas, diante da morte, sejam consideradas dignas de luto, é necessário, antes, que tenham sido reconhecidas socialmente como vidas vivíveis.

A distribuição desigual do luto público (Butler, 2022a) pode ser compreendida como uma das expressões mais profundas da desigualdade nas sociedades contemporâneas, dialogando diretamente com as noções de biopolítica e assujeitamento em Foucault; necropolítica e violência colonial em Mbembe; poder soberano em Agamben e sujeito de desejo em Hegel — referências epistemológicas fundamentais na formulação de sua teoria (Rodrigues, 2021).

Ao relacionar essas referências com o estatuto epistemológico da Bioética de Intervenção (BI), destaco, em diversos momentos desta tese, que essa bioética se constrói em diálogo estreito com o pensamento crítico latino-americano. Ela propõe que as relações de poder que produzem e perpetuam a vulnerabilidade das vidas sejam descritas a partir do olhar dos corpos subalternizados, que experienciam a corporeidade como expressão direta dessas assimetrias

Compreende-se que esse padrão, imposto pelo modelo de expropriação colonial nos países do hemisfério Sul, moldou formas específicas de vivenciar o poder, cujos efeitos persistem na colonialidade do poder (Quijano), do saber (Mignolo), do ser (Dussel) e, em última instância, da própria vida (Flor do Nascimento). É essa estrutura assimétrica quem determina as formas de vida precarizadas e vulnerabilizadas de pessoas e grupos nos países periféricos — incluídas, especialmente, as vidas vividas no Nordeste brasileiro.

Contudo, a BI não se constitui apenas como bioética reflexiva. Sua condição de ética aplicada fortalece seus vínculos com outras teorias forjadas a partir da configuração geopolítica do Sul global, como a Ética da Libertação, de Enrique Dussel, e a Pedagogia do Oprimido, de Paulo Freire. Dussel (1993) propõe uma crítica radical à ética tradicional, centrada no sujeito autônomo e racional, que ignora a realidade da opressão e da exclusão. Em contrapartida, a Ética da Libertação constrói-se a partir

da experiência dos oprimidos, tendo como princípios fundamentais a libertação, a justiça e a solidariedade — valores igualmente centrais à Bioética de Intervenção e que a orientam na construção de uma práxis politizada e socialmente comprometida.

No capítulo 4, ficará evidente a necropolítica na história recente por meio da descrição do genocídio dos corpos nordestinos ocorrido durante os períodos de seca, fundamentada na estimativa do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE), que aponta a morte de mais de um milhão de pessoas entre os anos de 1979 e 1983 (IBASE, 1986). O mesmo documento ressalta que “várias estimativas eram colocadas por entidades da sociedade civil. Falava-se de 3 e meio milhões de mortos ou mais” (IBASE, 1986, p. 7). Esses dados foram apagados da memória nacional — não há estatísticas oficiais, e boa parte dos brasileiros sequer sabe que existiram campos de concentração no Ceará durante as secas de 1915 e 1932.

Promover o apagamento dessas vidas, como se jamais tivessem existido, é parte de uma política sistemática de violência de Estado. Resgatar esses nomes e recontar suas histórias constitui, portanto, um ato de resistência e de reparação ética.

Mais recentemente, assistimos a outro genocídio perpetrado contra a população brasileira durante a pandemia de Covid-19, provocada pelo vírus Sars-CoV-2, entre 2020 e 2021. Mais de 700 mil mortes foram registradas no país, muitas das quais poderiam ter sido evitadas, não fosse o retardamento na aquisição de vacinas, a escassez de oxigênio em unidades de saúde e o incentivo estatal à aglomeração — ações promovidas pelo governo federal. Como afirma Rodrigues (2021, p.17), “a normalização da morte permanece como traço cotidiano de indiferença e condição histórica da violência colonial brasileira”.

Nesse sentido, quais aspectos centrais da obra de Butler dialogam com a Bioética de Intervenção, e como essas construções epistêmicas se relacionam com a invisibilidade política da mortalidade infantil no Nordeste brasileiro?

Entendo que o primeiro conceito fundamental a ser trazido é a crítica à universalidade dos corpos, que estabelece uma “normatividade” na experiência corporal das pessoas, tendo o apagamento do diferente como regra. A professora Carla Rodrigues, estudiosa da obra de Butler e revisora técnica da maior parte dos livros publicados no Brasil, descreve esse pensamento da autora da seguinte forma:

[...] É uma indicação de sua trajetória acadêmica em que a crítica à heteronormatividade participa da permanente investigação do problema filosófico e político da construção de um sujeito universal abstrato, sem

gênero nem corporalidade, sexualidade, raça, etnia, religião, local de nascimento, idade e quantos outros marcadores for preciso para produzir o apagamento de todas as formas de vida que não alcancem o estatuto da universalidade (Rodrigues, 2021, p.35).

A abrangência do questionamento ético-político-filosófico sobre o sujeito universal abstrato dialoga diretamente com a crítica formulada pela Bioética de Intervenção à ideia de uma moralidade comum universal — aquela que analisa os conflitos morais a partir de uma régua única, desconsiderando os marcadores das diferenças que constituem sujeitos e grupos e que determinam distintas formas de viver.

Como poderia essa concepção de sujeito universal abstrato — desprovido de marcadores que o posicionem em situações de desigualdade — articulada a uma moralidade comum universal, dar conta de uma análise ética da necropolítica que condenou milhares de brasileiros à morte em função da singularidade de um marcador como o local de nascimento?

Nesse sentido, tanto Butler quanto a Bioética de Intervenção contestam essa universalidade e apontam para a necessidade de reconhecer a pluralidade que compõe as diferentes formas de vida, valorizando, ao mesmo tempo, a singularidade inerente a cada vida.

Ao lado do local de nascimento — o semiárido nordestino — somam-se outros marcadores que reforçam as categorias nas quais se enquadram essas vidas desde o início como elegíveis para a morte. A noção de corporeidade, trazida inicialmente pela Bioética de Intervenção como expressão das relações assimétricas de poder na sociedade — e, portanto, como referencial da capacidade de infligir dor ou prazer nos corpos (Porto, 2012) — é agora acrescida da compreensão crítica de que o sujeito hegeliano — racional, autônomo e universal, símbolo da modernidade europeia — não pode ser importado acriticamente para explicar os processos de constituição da identidade e da alteridade dos sujeitos nordestinos.

Como nos ensina Dussel (1993), o apagamento do legítimo Outro ocorreu com a chegada do colonizador europeu às Américas, que, num processo de colonização voraz, desconsiderou a humanidade dos povos originários e dos africanos escravizados, subordinando corpos e territórios à lógica expansionista e destruidora da modernidade ocidental. Essa modernidade, como construção histórica, constituiu-

se mediante o silenciamento e a negação da humanidade de sujeitos e culturas inteiras, conformando o que se entende como colonialidade do ser.

Desse modo, é fundamental compreender que determinadas vidas foram historicamente submetidas a um regime de necropolítica — conceito desenvolvido por Achille Mbembe, filósofo camaronês que analisa a separação entre vidas humanas e não humanas a partir da lógica da violência colonial (Rodrigues, 2021, p. 86). Segundo a autora, a necropolítica, tal como formulada por Mbembe (2022a), funciona como um dispositivo que estabelece distinções entre vidas passíveis de serem preservadas e aquelas destinadas ao abandono ou à morte, determinando, assim, quais vidas merecem ou não existir.

Nesse sentido, é possível estabelecer um diálogo entre essa concepção e a noção de luto desenvolvida por Judith Butler, que também implica uma lógica de exclusão: nem todas as vidas são reconhecidas como dignas de serem lamentadas.

A exclusão do luto corresponde à negação do valor de determinadas existências, fazendo da condição de ser enlutável um marcador fundamental de reconhecimento. Como afirma Carla Rodrigues, “ser enlutável é condição para que uma vida seja cuidada desde o seu nascimento, é condição para que uma vida seja reconhecida como vida” (Rodrigues, 2021, p. 87). Nas palavras da própria Butler: “Apenas em condições nas quais a perda tem importância o valor da vida aparece efetivamente. Portanto, a possibilidade de ser enlutada é um pressuposto para toda vida que importa” (Butler, 2020, p. 32).

Essa formulação pode ser compreendida como uma releitura crítica e expansão do conceito de poder soberano em Michel Foucault. Enquanto Foucault (1999) descreve o poder soberano como a capacidade de “fazer morrer e deixar viver”, destacando posteriormente o advento da biopolítica como tecnologia de gestão da vida das populações, Mbembe (2022a) evidencia como, sobretudo em contextos coloniais e pós-coloniais, esse poder se reconfigura para produzir deliberadamente a morte de populações inteiras. Assim, a necropolítica explicita as formas extremas de exclusão e violência estrutural que atingem corpos racializados, empobrecidos e subalternizados, convertendo-os em vidas descartáveis, ou “vidas matáveis”.

A contribuição que esta tese pretende construir, a partir da história de apagamento das infâncias no semiárido nordestino, está ancorada na crítica à modernidade colonizadora e em uma proposta de reterritorialização epistemológica da bioética. O que aqui se denomina “vidas não enlutáveis”, inspirando-se na

teorização de Judith Butler (2020; 2022a), refere-se às vidas cujas perdas não são socialmente reconhecidas nem politicamente lamentadas. Para Butler, o luto não é apenas uma experiência individual, mas uma forma de reconhecimento público do valor de uma vida. A recusa do luto, portanto, constitui uma violência simbólica que reforça a desumanização dos corpos desprovidos de valor social.

A violência colonial manifestada na consolidação da expropriação das vidas nordestinas atinge seu ápice quando se apaga a humanidade existente nesses corpos. As vidas nordestinas abrigam em si tanto o marcador do local de nascimento, como trazem consigo outros marcadores das desigualdades socialmente construídas. Dessa forma, ao mesmo tempo em que esse Outro não é reconhecido como humano, os padrões de normatividade social se condensam em uma corporalidade marcada como matável, que tenta resistir ao apagamento de sua existência.

Judith Butler aprofunda essa discussão ao interrogar os mecanismos que definem quais vidas são consideradas passíveis de luto e quais são descartadas. Como aponta:

A distribuição desigual do luto decide quais tipos de sujeitos são e devem ser enlutados, e quais tipos não devem; opera para produzir e manter certas concepções excludentes de quem é normativamente humano: o que conta como uma vida vivível e como uma morte passível de ser enlutada?" (Butler, 2022a, p. 13).

No contexto da episteme construída por Butler, um dos diálogos teóricos que ela estabelece é com a noção de responsabilidade ética em Emmanuel Lévinas (1988). Este autor argumenta que a Face do Outro nos interpela diretamente, evocando a nossa humanidade e revelando a precariedade da vida como fundamento da responsabilidade. O rosto, nessa concepção, não é apenas uma imagem, mas uma comunicação silenciosa que denuncia a fragilidade do outro e impõe um limite à violência. Ao recuperar essa perspectiva, Butler mostra que o apagamento da face é também o apagamento da possibilidade de responsabilidade ética.

Assim, a chave para compreender a invisibilidade das mortes de crianças nordestinas e a ausência de uma postura ética e crítica da sociedade diante da naturalização de suas mortes está precisamente na retirada de sua humanidade — ou, nos termos de Lévinas (1988), na recusa em reconhecer sua face. Como afirma a própria Butler:

Se me percebo dentro do modelo humano, e se os tipos de luto público que estão disponíveis tornam claras as normas pelas quais o "humano" é constituído para mim, então me parece que sou constituída tanto por aqueles

que enluto quanto por aqueles cujas mortes nego, cujas mortes sem nome e sem rosto formam um histórico melancólico do meu mundo social, se não do meu estatuto de cidadã do Primeiro Mundo (Butler, 2022a, p.68).

A invisibilidade da mortalidade infantil nordestina, nesse sentido, não decorre do acaso ou da omissão desinteressada: ela integra uma lógica mais ampla de produção de morte e de negação da existência, que se ancora tanto na necropolítica quanto na biopolítica racializada. Essa exclusão política, tecida historicamente, impede o reconhecimento dessas vidas como passíveis de dor, cuidado e luto, cristalizando a indiferença diante de sua morte.

Ao articular essas epistemes — a crítica à universalidade abstrata do sujeito moderno; a necropolítica como desdobramento do poder soberano; e a recusa do luto como violência simbólica — a Bioética de Intervenção encontra respaldo para denunciar as formas de poder que perpetuam a vulnerabilidade e a morte seletiva, especialmente nos territórios historicamente negligenciados.

Assim, a análise da morte das crianças nordestinas não se restringe ao plano da denúncia empírica, mas constitui uma chave analítica para o desvelamento das estruturas coloniais que continuam a operar sobre os corpos e as vidas subalternizadas. Nesse sentido, os corpos nordestinos não são apenas despossuídos de bens materiais ou de acesso aos direitos sociais básicos; são também despossuídos de sua própria condição de humanidade. A despossessão que recai sobre essas vidas não se limita à privação econômica, mas opera como uma negação mais profunda — simbólica, política e ontológica — que a relega à invisibilidade social e ao não pertencimento.

No aprofundamento dessa conceituação, a reflexão proposta por Judith Butler e Athena Athanasiou, no livro *Despossessão: o performativo na política* (2024), contribui para essa análise ao compreender a despossessão como uma condição política e ética marcada pela perda de agência¹³, reconhecimento e pertencimento — elementos essenciais para a constituição de uma vida considerada digna de ser vivida.

¹³ A conceituação de agência em Judith Butler é entendida como uma capacidade performativa e situacional de agir, sempre condicionada e limitada por estruturas de poder e normas sociais que regulam os corpos e as identidades. Em suas obras fundamentais, como *Problemas de Gênero: Feminismo e Subversão da Identidade* (2024a) e *Corpos que Importam: Os Limites Discursivos do "Sexo"* (2019), Butler destaca que a agência não é um atributo fixo ou essencial, mas se realiza no contexto da repetição e subversão das normas que constituem o sujeito. Essa noção é ampliada em trabalhos posteriores, como *Despossessão: Diálogos com Athena Athanasiou* (2021), onde a agência é discutida em relação à exclusão e à vulnerabilidade extrema, enfatizando a resistência e as formas de ação possíveis mesmo diante da despossessão e da subjugação.

Elas argumentam que a desposseção não é apenas uma privação material, mas também uma privação simbólica e existencial, que afeta a capacidade de ser reconhecido como sujeito pleno. Essa perspectiva amplia a compreensão da violência, incluindo não apenas a violência física, mas também a violência que nega a humanidade e a dignidade dos indivíduos.

A desposseção, nessa perspectiva, manifesta-se não apenas na falta de acesso a recursos materiais, mas também na negação simbólica da humanidade dessas crianças. Elas são tratadas como "vidas não enlutáveis", cujas perdas não provocam o luto coletivo, refletindo uma estrutura social que as exclui do reconhecimento como sujeitos plenos.

Portanto, a desposseção, conforme desenvolvida por Judith Butler e aprofundada em diálogo com Athena Athanasiou (2024), ultrapassa uma definição meramente econômica ou jurídica para se constituir como uma condição ontopolítica. Ser despossuído, segundo Butler, significa estar exposto à perda de condições fundamentais de existência, como o reconhecimento, o pertencimento e a proteção. Trata-se de uma vulnerabilidade que não é apenas contingente, mas constitutiva: somos sujeitos porque somos afetados, interdependentes, e, portanto, marcados pela exposição ao outro e ao mundo.

Essa concepção dialoga diretamente com a análise da invisibilidade das mortes infantis no semiárido nordestino. As crianças nordestinas, cujas vidas são sistematicamente desvalorizadas e cujas mortes não provocam comoção social ou política, estão despossuídas não apenas de condições materiais de sobrevivência, mas também do reconhecimento público de sua humanidade e da legitimidade de seu luto. Elas não apenas morrem: morrem sem nome, sem rosto, sem narrativa. Tornam-se, assim, vidas não enlutáveis (Butler, 2022a), cujas perdas não são socialmente reconhecidas porque nunca foram plenamente admitidas como vidas dignas de ser vividas.

A desposseção, nesse contexto, opera em múltiplos níveis: desposseção do território, do direito à infância, da proteção estatal, da memória e, finalmente, do luto. É nesse processo que se evidencia a força da necropolítica (Mbembe, 2020a), que não apenas escolhe quem deve morrer, mas quem nem sequer deve ser percebido como tendo vivido. Assim, as vidas infantis nordestinas no paradoxo de suas mortes invisibilizadas tornam-se o exemplo mais radical da articulação entre desposseção, necropolítica e violência estrutural.

Ao incorporar o conceito de despossessão à crítica da Bioética de Intervenção, esta tese propõe uma ampliação de seu escopo epistemológico: não se trata apenas de denunciar as assimetrias de poder que incidem sobre os corpos, mas de compreender como essas assimetrias desconstroem os sujeitos enquanto tais, negando-lhes a possibilidade de ser, de viver e de ser lembrados, expropriando-os de sua humanidade. Nesse sentido, a despossessão é também uma chave de leitura ética e política da violência histórica que incide sobre as crianças do semiárido — e um apelo à construção de novos marcos de reconhecimento, justiça e cuidado.

3 O CAMINHO PERCORRIDO: REFLEXÕES METODOLÓGICAS

El hombre es un género literario y una especie narrativa. La vida humana consiste en historia o biografía, como nos lo recuerda el bios etimológico de la bioética, que se refiere a la vida buena o a la buena vida (el biotós del griego clásico). Como dice García Márquez, “la vida no es la que uno vivió, sino la que uno recuerda y cómo la recuerda para contarla”.¹⁴

Mainetti (2008)

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Escolher o método para realizar uma pesquisa é sempre, e necessariamente, uma forma de buscar o conhecimento. Essa busca está permeada não só pela definição do objeto da pesquisa, mas pela visão de quem pesquisa, mediada também por sua inserção no mundo: seus valores, seu contexto histórico e cultural. Na busca do que se mostrou necessário para a construção desse caminho, houve inegavelmente, uma implicação entre o objeto pesquisado, a pesquisadora e o produto desse conhecimento (Minayo, 2010).

A construção da narrativa da transformação sanitária ocorrida em Caruaru poderia ser realizada por múltiplos enfoques, desde um enfoque epidemiológico que expusesse os dados que levaram à queda vertiginosa da mortalidade infantil no município entre o final dos anos 1980 e os anos iniciais do século XXI e aprofundasse esta análise, até outros tantos, que ampliassem e demonstrassem a compreensão dos aspectos sociais envolvidos nessa transformação. Apesar da riqueza de dados que poderia advir daquele enfoque, o presente estudo partiu de outro entendimento, abarcando o repertório das ciências sociais e de suas ferramentas teórico-metodológicas para a compreensão das relações humanas, inserindo-as num contexto histórico e cultural, determinante para os resultados e impactos sobre a vida das pessoas.

Nesse sentido, a bioética em seu caráter inter e transdisciplinar, proposto e desenhado pela Bioética de Intervenção (Garrafa, 2005c, 2006) ofereceu, também, as

¹⁴ O homem é um gênero literário e uma espécie narrativa. A vida humana é composta por história ou biografia. Eis o bios etimológico da bioética, que se refere à vida boa ou à boa vida (do grego antigo biota). Como García Márquez dizia, ‘a vida não é o que se viveu, mas sim como se lembra e se conta o que se viveu’ (Mainetti, 2008). (Livre tradução da autora)

ferramentas metodológicas para elaboração das categorias de análise que foram elencadas pela pesquisadora em seu estudo, sendo um dos eixos que sustentam a argumentação e a justificação moral desta tese.

Partindo da conceituação do que Latour (2011) chama de *híbrido biológico-social*, esta tese se aproxima desse referencial, estudando a morte das crianças nordestinas como fato que evidencia que tal vivência ultrapassa o aspecto da corporeidade como expressão do orgânico, do biológico, para se constituir também como a expressão de uma realidade socialmente construída (Minayo, 2010).

Portanto, o ponto de partida para a escolha do método foi a compreensão de que o processo de adoecimento e morte das crianças nordestinas, revelaria a forma como esse corpo físico era percebido, estando limitado pela forma como o corpo social lhe atribuiria significados distintos. Se esta era a questão principal a ser compreendida, então o caminho deveria passar pela análise moral dos conflitos que atravessaram essa construção histórica e que foram determinantes para que esta nefasta realidade fosse socialmente aceita por tanto tempo.

Havia uma história a ser contada, é certo, mas a reflexão sobre o impacto dessa história precisaria estar ancorada em uma metodologia que lhe conferisse legitimidade na produção do conhecimento, contribuindo com a reflexão sobre os resultados das ações e das omissões de agentes públicos, responsáveis pelo desenvolvimento de políticas públicas de proteção aos mais vulneráveis.

Dentre as muitas possibilidades oferecidas pela bioética para trilhar esse caminho teórico-metodológico, o campo da epistemologia latino-americana apontava a Bioética Narrativa, pensada por Mainetti (2008), como uma proposta importante na análise das questões que constroem a história real de situações conflitantes no âmbito das decisões que envolvem a medicina. Para tanto, ao descrever as principais dimensões que a compõem, o autor utiliza a concepção de que a narrativa ocorre em três giros: a casuística, uma vez que os casos são a textualidade da bioética, por ela ser na sua essência uma ética aplicada; o segundo, a hermenêutica, que significa a busca do sentido, do significado das coisas e dos fatos na sua essência; e o terceiro, que é o literário, reconhecendo a literatura como mestra do conhecimento moral (Mainetti, 2008, pág. 167).

O primeiro desafio parece ter sido vencido: em um Programa de Pós-Graduação em Bioética, a reflexão ética aplicada encontraria na Bioética Narrativa, o constructo metodológico já validado para a descrição desses conflitos especialmente

com relação àquelas situações que a BI denomina de “persistentes”. No entanto, a reflexão crítica se constitui como aspecto dinâmico onde novos aportes vêm se somar aos já existentes, ampliando o olhar sobre a caminhada a ser empreendida na pesquisa.

A partir da construção teórica trazida pela Bioética Narrativa, é Kottow (2016) quem estabelece as considerações sobre as diferenças entre Bioética Narrativa e narrativa bioética. Aponta que a Bioética Narrativa (BN) a exemplo de outras bioéticas latino-americanas se contrapõe às características do *Principlismo*, corrente estadunidense da bioética voltada para as questões de justificação biomédica, envolvendo os conflitos surgidos na relação médico-paciente e naquelas decorrentes das pesquisas científicas que envolvem a necessidade de consentimento para a participação de seres humanos, como afirma Garrafa (2005a).

No entanto, o pensamento de Kottow (2016) destaca a necessidade de que a Bioética ultrapasse os limites da reflexão acadêmica tradicional, incorporando as narrativas construídas pela literatura. Embora não tenham a pretensão de formular conceitos teóricos, essas narrativas oferecem valiosas contribuições à reflexão bioética. Ao abordar conflitos morais inseridos em situações cotidianas e colocar os agentes morais em posições distintas, a literatura — especialmente por meio da narrativa de casos — instiga a análise ética e favorece uma tomada de decisão mais sensível e fundamentada. Para o autor, “a narrativa bioética é a narrativa fictícia de questões bioéticas” (2016, p. 59), trazendo por meio do artifício de contar histórias (não obrigatoriamente reais e nem sempre reais), importantes contribuições para as reflexões bioéticas que envolvem os conflitos morais.

Dessa forma, a bioética narrativa se utiliza da análise de narrativas trazidas pelo relato de histórias, acrescidas pela imaginação, interpretação e contextualização (Manchola, Brazão, Pulschen e Santos, 2016).

Como contribuição à ampliação epistemológica da Bioética de Intervenção, Camilo Manchola-Castillo (2017) propõe, em sua tese de doutorado, a *narrativa sentipensante* como método inspirado na Pesquisa Ação Participativa (PAP) de Orlando Fals Borda (1986). Essa proposta emerge do reconhecimento da necessidade de articular razão e sensibilidade, pensamento e sentimento, no processo de construção do conhecimento bioético. A narrativa sentipensante desloca o eixo tradicional da racionalidade científica abstrata para uma abordagem comprometida com os sujeitos concretos, enraizada nos territórios e experiências

vividas das comunidades historicamente marginalizadas. Trata-se de uma forma de narrar que busca não apenas interpretar a realidade, mas transformá-la a partir do envolvimento ético e político com os sujeitos da pesquisa, resgatando suas vozes, memórias e afetos como dimensões legítimas da produção de saber. Ao integrar a escuta, a emoção, o corpo e a ação coletiva, essa metodologia alinha-se profundamente aos fundamentos da Bioética de Intervenção, fortalecendo sua vocação libertadora, engajada e enredada nas realidades locais.

Houve, portanto, o desafio e o encontro metodológico inicial entre a pretensão de contar uma história e o compromisso acadêmico de produzir conhecimento acadêmico-científico representativo das reflexões bioéticas necessárias ao entendimento de duas das mais perversas e aviltantes situações persistentes da saúde pública brasileira: a exclusão social e a mortalidade infantil.

No início da caminhada deparei-me, também, com a *Socio-narratology*, desenvolvida por Frank (2010) em seu livro *Letting stories breathe*¹⁵. A necessidade de deixar as histórias respirarem me fez pensar em quão delicada seria a narrativa que contaria uma história tão forte. Como traçar as linhas onde se cruzariam a narrativa emocional com a narrativa dialógica, que traria a reflexão histórica sobre a condição social que gera tamanha desigualdade e provoca abismos entre pessoas que deveriam ser tratadas igualmente?

Trazer fôlego para um objeto empírico de pesquisa – a história de Dr. Vieira e a transformação sanitária ocorrida em Caruaru – seria avançar na construção narrativa que representou uma construção histórica coletiva, mas que se materializou na figura de seu representante maior. Maior, não porque se arvorou de um poder de dominação sobre os outros, mas gigante, porque soube conduzir e se deixar conduzir pelo legítimo sentimento do coletivo na luta pela inclusão social e diminuição da mortalidade infantil.

Compreendido o papel que a história assumiria, houve então, a necessidade de definição metodológica, e dentre tantas possibilidades, a bioética narrativa foi definida como o meio de transporte das ideias e o caminho a ser seguido.

Dessa forma, o delineamento da pesquisa — embora tendo como referência empírica um objeto de estudo ao mesmo tempo real e histórico — ancorou-se na abordagem qualitativa, por considerar que esse método permite o aprofundamento

¹⁵ Deixando as histórias respirarem (livre tradução da autora).

das questões sociais, além de possibilitar ao pesquisador transitar por distintos campos do conhecimento, estabelecendo a interlocução interdisciplinar indispensável à construção de um pensamento complexo, capaz de articular relações entre o todo e as partes (Minayo, 2010). Ademais, essa abordagem permite que o percurso investigativo seja redefinido a partir da realidade concreta em que os fatos se desenrolam, favorecendo transformações societárias profundas e socialmente inclusivas.

A abordagem qualitativa tem sido amplamente defendida por diversos autores, sobretudo quando o objeto da pesquisa exige uma aproximação mais sensível e aprofundada com a realidade a ser descrita. Segundo Navarrete et al. (2009, p. 30), trata-se de uma metodologia que “busca compreender a complexidade dos fenômenos sociais a partir dos significados que os sujeitos lhe concedem. Realiza uma análise indutiva e os dados são narrativos”. Nesse mesmo sentido, Groulx (2010) atribui à pesquisa qualitativa um papel central, ao destacar que essa abordagem introduz um novo sentido aos problemas estudados, ao deslocar o foco da identificação de fatores e determinantes para a compreensão dos significados atribuídos ao fenômeno pelos sujeitos envolvidos.

Trata-se, portanto, pela natureza do problema abordado e pelo recorte temporal escolhido pela pesquisadora, de um estudo descritivo, conduzido por meio do método qualitativo, que propõe uma narrativa bioética das transformações sanitárias ocorridas em Caruaru-PE. Essas transformações resultaram diretamente na melhoria dos indicadores de qualidade de vida, com inclusão social e significativa redução da mortalidade infantil no município, no período de 1989 a 2016. O recorte temporal, que ultrapassa o período de gestão do médico Antônio Vieira à frente da Secretaria Municipal de Saúde, justifica-se pela necessidade de analisar os desdobramentos e o legado de sua atuação como indutor de uma política pública que se consolidou e produziu efeitos concretos nos anos subsequentes ao término de sua gestão.

Sua visão ampla e comprometida com a *res publica* contribuiu decisivamente para a formação de jovens gestores públicos de saúde, que, tendo participado inicialmente de sua gestão, avançaram para espaços de pós-graduação acadêmica e, sobretudo, assumiram cargos de direção na saúde pública no território de Pernambuco. Uma de suas principais assessoras encerrou a gestão como secretária municipal de saúde de Caruaru em 2016 — ano em que o coeficiente de mortalidade

infantil do município atingiu o, até então, inimaginável índice de 9,05 óbitos de crianças menores de um ano por mil nascidas vivas (IBGE, 2023).

A pesquisadora optou pelo recorte temporal de 1989 a 2016 para evidenciar a importância do médico Antônio Vieira e dos sucessores formados sob sua liderança na transformação dos indicadores de qualidade de vida e na expressiva redução da mortalidade infantil em Caruaru — fenômenos que, socialmente, se entrelaçam e se complementam.

3.2 COLETA DE DADOS

A pesquisa documental foi conduzida com base em registros da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru, produzidos por suas equipes técnicas e preservados em cópias no acervo pessoal da autora da tese. Entre os documentos consultados, destacam-se os Planos Municipais de Saúde, relatórios de gestão, de implantação de políticas e de ações, bem como materiais disponíveis no Conselho Municipal de Saúde e na própria Secretaria. Também foram analisados recortes de jornais locais e estaduais, além de publicações da Secretaria Estadual de Saúde, do Governo de Pernambuco e da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE).

Complementarmente, foram utilizados dados secundários provenientes dos sistemas de informação do DATASUS (SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade e SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A pesquisadora recorreu ainda a materiais de seu acervo pessoal, oriundos das atividades desenvolvidas em parceria com o médico Antônio Vieira — inicialmente reunidos com vistas à publicação de um livro conjunto —, assim como a documentos do acervo pessoal do biografado, incluindo escritos, fotografias e informações fornecidas por seus familiares.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA

A partir da narrativa construída para contar a história da transformação da saúde pública no município de Caruaru, foram elencadas categorias de análise capazes de responder aos pressupostos estabelecidos no início do estudo e que orientaram a análise bioética. Esses pressupostos, aqui retomados, são: (1) a construção de um sistema de saúde socialmente engajado evidenciou a capacidade

de liderança do biografado, ao reunir em torno de si atores sociais com competência técnica para planejar e implementar as transformações no cenário da saúde local; (2) a postura ética do biografado, ao posicionar-se ao lado dos mais frágeis e vulneráveis, constituiu o fio condutor de uma política de saúde que fortaleceu e estimulou a participação cidadã nos processos decisórios; e (3) os fundamentos teóricos da Bioética de Intervenção, em sua perspectiva inter e transdisciplinar, aliados aos princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, ampliam o diálogo com as políticas públicas de saúde, oferecendo subsídios para a formulação de respostas eticamente justificáveis aos conflitos inerentes à gestão pública.

3.3.1 Categorias Teóricas (Bioéticas) de Análise

As categorias de análise foram construídas a partir de fundamentos epistemológicos da Bioética de Intervenção (BI) e da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) da UNESCO, contextualizadas pelas contribuições teóricas de autores cujas obras serão aprofundadas nos capítulos teóricos desta tese. Essas categorias possibilitaram o cotejamento entre as ideias da autora e os referenciais críticos adotados, servindo como eixos interpretativos para a narrativa construída. São elas:

3.3.1.1 Corporeidade

3.3.1.2 Igualdade, Justiça e Equidade

3.3.1.3 Não-Estigmatização e Não-Discriminação

3.3.1.4 Responsabilidade Social e Saúde

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Durante todas as etapas de elaboração desta tese, foram rigorosamente observados os princípios éticos aplicáveis à pesquisa acadêmica, especialmente no que se refere à utilização de dados secundários, os quais foram devidamente identificados com suas respectivas autorias e fontes, assim como referenciados de forma consistente ao longo do texto.

Cabe destacar que o desenho metodológico originalmente concebido para este estudo precisou ser revisto em decorrência da pandemia de COVID-19, provocada

pelo vírus SARS-CoV-2. As restrições impostas pelo contexto pandêmico inviabilizaram a realização de entrevistas semiestruturadas com o biografado, inicialmente previstas como parte central da coleta de dados empíricos. Tal circunstância não apenas exigiu uma reconfiguração metodológica substancial, mas também impôs uma reorganização profunda da própria concepção da pesquisa — e, por extensão, do modo de viver, pensar e produzir conhecimento em tempos de crise sanitária e social.

A partir da declaração da Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020), em janeiro de 2020, a pesquisadora foi convocada a assumir a gestão da principal unidade obstétrica pública em volume de partos do interior de Pernambuco, passando a desempenhar papel estratégico nas ações de enfrentamento à pandemia. Essa nova responsabilidade, assumida em um cenário de colapso sanitário e incertezas científicas, implicou a redução significativa do tempo disponível para a pesquisa e inviabilizou a aproximação direta com o biografado, prevista na proposta metodológica original.

Em função das medidas de distanciamento social e da condição clínica do biografado — pessoa idosa e com múltiplas comorbidades —, os encontros para as entrevistas foram sendo sucessivamente adiados. A pesquisadora, enquanto profissional de saúde inserida no ambiente hospitalar de alta exposição ao risco de contaminação, compreendia que a preservação da vida do sujeito central da tese impunha a suspensão do contato presencial.

No entanto, quando já se desenhava uma tênue perspectiva de retomada, impulsionada pela chegada — ainda que tardia — da vacinação, o biografado foi infectado pelo vírus SARS-CoV-2, quinze dias após ter recebido a primeira dose do imunizante. Submetido a um longo processo de hospitalização entre fevereiro e abril de 2021, enfrentou com coragem a luta pela vida, mas veio a falecer em 15 de abril de 2021, durante uma sessão de hemodiálise.

Essa perda irreparável não apenas exigiu a reformulação da estratégia metodológica, como também redirecionou todo o percurso da pesquisa. O desenho inicialmente previsto foi substituído por uma abordagem centrada exclusivamente em fontes documentais e dados secundários, resultando na reconstrução da narrativa sem o apoio de entrevistas ou fontes primárias diretas. Todos os dados biográficos utilizados foram criteriosamente selecionados a partir de registros documentais e do

acervo pessoal da pesquisadora, e seu uso foi formalmente autorizado pelos familiares do Dr. Antônio Vieira, em consonância com os princípios éticos que orientam esta pesquisa.

Sua morte impôs à tese não apenas uma reconfiguração metodológica, mas também uma inflexão ética e existencial profunda. A ausência de sua voz direta tornou ainda mais urgente o compromisso da pesquisa em preservar e interpretar, com rigor e sensibilidade, o legado de sua trajetória pública. A experiência de luto, vivida sob a pressão de um tempo histórico dilacerado, inscreve-se nesta tese como força motriz que dá sentido ao esforço analítico, narrativo e político aqui empreendido.

4 BREVE HISTÓRICO DA TRAJETÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA EM UMA CIDADE DO AGRESTE NORDESTINO

Neste capítulo, a autora propõe-se apresentar a trajetória das ações de saúde pública no município de Caruaru, abordando tanto o período que antecedeu a gestão do médico Antônio Vieira na Secretaria Municipal de Saúde, quanto as principais ações implementadas durante sua gestão. A narrativa é construída a partir da perspectiva da autora, que participou daquela equipe, mas também é contextualizada territorialmente, para que a história reflita o encontro com a realidade concreta da vida do povo nordestino.

4.1 HISTÓRIAS AGRESTES SE ENTRELAÇAM

“Quando, à primeira chuva, se cobrem de verde as baraúnas, refaz-se um tempo guardado em suas raízes nodosas. Os galhos despídos que ferem a paisagem logo se vestem de alegria e reconstituem o fugaz instante que se foi. O escritor, como a baraúna frondosa, encharcado de emoção, eterniza a história do seu povo e continua a humanidade.”

Waldenio Porto, escritor e médico caruaruense.

Tal qual a baraúna, árvore típica da Caatinga, busco em minhas raízes fincadas nessa região o tempo guardado em minha memória e em meu afeto para contar a história da transformação sanitária ocorrida em Caruaru.

Acredito que uma história não pode ser contada sem a presença desses elementos, ainda que revestida da roupagem acadêmica — esta, fundamental para que a narrativa percorra o caminho validado pela ciência, que lhe confere reconhecimento. A outra, pessoal e afetiva, revela-se como voz necessária de quem viveu a história e testemunhou os fatos, ecoando como grito libertário contra a subalternidade imposta pela colonialidade do poder e da vida, conforme nos alertam Aníbal Quijano (2019) e Flor do Nascimento (2010), e igualmente denunciada na “Vida Severina” do poeta pernambucano João Cabral de Melo Neto (1974).

A Baraúna (*Schinopsis brasiliensis*) é uma das árvores mais altas deste bioma. Suas folhas, de um verde escuro, caem durante a estação seca deixando à mostra seus galhos nus, e retornam na estação chuvosa, cobrindo-a em uma copa

semiglobosa. Sua madeira tem grande valor econômico advindo de sua qualidade. Com “elevada resistência mecânica e altamente resistente a patógenos” é largamente utilizada e comercializada em toda a região (NEMA/UNIVASF/PE, 2020). Por essas características é usada, metaforicamente, para designar resistência e força: “forte como uma baraúna” ou “braúna”, como é também chamada.

Recorro, pois, a esta árvore e a imagem de sua força para me referir à resistência do povo nordestino, especialmente à das mulheres nordestinas que vivenciaram em seus corpos e em suas almas, durante décadas, a naturalização da morte de seus filhos.

Distanciando-me cada vez mais do paradigma positivista e de sua forma de definir ciência, ousou avançar por outra ciência que abarca a realidade social e sua complexidade como fundamento de sua construção (Morin, 2011a) e insere a vida nua (Agamben, 2002) como elemento de sua análise.

A construção desta narrativa histórica, permeada pela análise bioética das situações que Garrafa (1996), na fase gestacional da Bioética de Intervenção, denominou “persistentes”, espelha-se também no pensamento de Josué de Castro, que combateu veementemente as pretensões de neutralidade do investigador ou a leitura sociológica a partir de uma perspectiva externa ao conhecimento da realidade.

Repito a frase por ele escrita no ensaio *Sete palmos de terra e um caixão*, publicado em maio de 1964 e que trata da história das Ligas Camponesas no Nordeste do Brasil: “É que não tencionamos escrever um livro neutro” (Castro, 1967, p. 14). Assim como ele, também não pretendo escrever uma tese neutra. Não cogito narrar a história dessa importante transformação da realidade sanitária de uma cidade do interior pernambucano como uma espectadora desvinculada da realidade do meu povo, da minha gente.

Nesse sentido, muito já foi discutido sobre a construção epistemológica das relações de poder e sobre como elas impactam a objetividade do pesquisador. Campos como a Filosofia, a Psicologia, a Antropologia e, de forma mais ampla, as Ciências Sociais, têm produzido vasto conhecimento acerca dessa temática. Mais do que nunca, é fundamental romper a barreira imposta pela visão de uma “ciência” que se limita à descrição conceitual de teorias explicativas da realidade, desconsiderando a perspectiva daqueles que a vivem.

Flor do Nascimento (2010) destaca as contribuições da filósofa feminista americana Donna Haraway (1995), que ao discutir os saberes localizados como uma

questão científica para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial, amplia o campo de possibilidades para pensar a ciência a partir de outros lugares — inclusive aqueles marcados pelo gênero — fundamentais para a compreensão das relações de poder que se manifestam na produção científica.

A perspectiva adotada para observar o objeto de pesquisa é fundamental, especialmente quando se trata de analisar as desigualdades sociais. No texto de Haraway (1995), a tradutora brasileira Sandra Azeredo inclui uma nota explicativa que ressalta a relevância das teorias da perspectiva para reconhecer o lugar de fala e a visão dos grupos subjugados. Essa abordagem é crucial para compreender a realidade vivida por esses sujeitos e, conseqüentemente, para revelar as relações de poder que incidem sobre seus corpos e suas vidas:

Teorias de perspectiva (*standpoint theories*): teorias desenvolvidas pelo feminismo a partir da afirmação de que o lugar de onde se vê (e se fala) - a perspectiva - determina nossa visão (e nossa fala) do mundo. Tais teorias tendem a sugerir que a perspectiva dos subjugados representa uma visão privilegiada da realidade. (Nota de Sandra Azeredo, para o artigo de Haraway, publicado na Revista *Pagu*, 1995, p. 14).

Assim, na episteme da chamada ciência sucessora, defendida pelos movimentos feministas que apontam para a construção de um projeto científico que contemple o modo de bem viver no mundo, aliado “à crítica reflexiva em relação às nossas próprias práticas e às práticas de dominação de outros, bem como às partes desiguais de privilégio e opressão que todas as posições contêm” (Haraway, 1985, p. 15), encontro sintonia com a criticidade presente no texto de Castro (1967), que enfatiza a necessidade de respeito ao lugar de onde se fala e sob a perspectiva de quem fala:

As verdades científicas são, pois, sempre relativas, desde que estão sempre na estrita dependência do momento da observação e da perspectiva em que se coloca o observador. [...] Os fatos nele expostos deverão ser tomados sempre como a cristalização do que se está passando no Nordeste do Brasil, na perspectiva de um estudioso destes problemas, mas que é ao mesmo tempo um integrante desta região, impregnado de corpo e alma da vida desta terra e do sentimento de sua gente. Embora este estudioso tenha vivido em vários países do mundo, nunca se libertou inteiramente da crosta telúrica que recobre até hoje a sua pele e a sua alma, e que dele faz, um eterno regionalista, embora com pretensões de ser um espírito universal, mas que põe sempre como termo de comparação no seu universalismo os valores regionais da terra onde nasceu e onde formou a sua mentalidade. (Castro, 1967, pp. 16-17).

Seguindo essa visão epistemológica do saber localizado, encontro ressonância no pensamento da antropóloga argentino-brasileira Rita Segato (2021), cuja atuação acadêmica no Brasil é amplamente reconhecida. A autora desenvolveu o conceito de uma prática teórico-disciplinar denominada Antropologia por Demanda. Essa abordagem inverte o ponto de partida tradicional do trabalho etnográfico, ao convocar a necessidade de estruturar a pesquisa a partir das demandas das comunidades e povos que são objetos de estudo, reforçando assim o compromisso ético e político do pesquisador com os sujeitos envolvidos.

Assim, integrada ao contexto do meu objeto de estudo — que também é o meu contexto de vida — não posso adotar “um olhar vindo de fora”, como se, na condição de profissional de saúde, eu estivesse separada das demandas do meu povo, que clamara por enfrentamento e resolução do vergonhoso problema da mortalidade infantil na região.

Contribuir para a construção de uma ciência engajada nos problemas sociais que exigem enfrentamento, e descrevê-los a partir da perspectiva de quem os vivencia, é um dos pontos centrais de convergência com os fundamentos da Bioética de Intervenção — e um dos objetivos desta tese.

Escrever sobre o que aconteceu no Nordeste do Brasil nos primeiros anos da redemocratização, após mais de 20 anos do golpe militar de 1964, é lançar luz sobre aquilo que ainda precisa ser compreendido por quem, até hoje, não consegue captar a complexidade das relações de poder aqui estabelecidas, seus efeitos sobre os corpos subalternizados e o profundo anseio de libertação que habita nesses mesmos corpos.

Seria contraditório abordar os efeitos da colonização neste território brasileiro e, ao mesmo tempo, destacar a potência das transformações impulsionadas pela força de seu povo? Qual o princípio mobilizador que permite repensar a realidade a partir da perspectiva da subalternidade, marcada por uma condição historicamente imposta pelas elites dominantes? Que potência sustenta a emergência de narrativas que, a partir da literatura, da cultura popular, da antropologia e da economia, denunciam e enfrentam as desigualdades estruturais promovidas por interesses nacionais e internacionais? Trata-se de um pensamento que extrapola o regionalismo e revela as profundas contradições de um país socialmente desigual.

Por fim, haveria estranheza em tematizar os corpos subalternizados justamente neste território onde teve início o processo de colonização do Brasil?

Foi aqui que o primeiro indígena tombou sob a mão do colonizador europeu, marcando o início do processo brutal de dizimação dos povos originários. Foi aqui que aportou a diáspora africana, dando início à escravização de mais de cinco milhões de pessoas arrancadas de diferentes regiões do continente africano. Mas foi aqui, também, que se travaram batalhas contra a Colônia e suas múltiplas formas de exploração insana sobre o nosso povo e sobre nossas riquezas.

Foi neste chão que heróis tombaram em seu anseio por liberdade, sem jamais se curvarem ao poder imposto. Ainda ecoam em nossa memória histórica as lutas da Insurreição Pernambucana, em 1645, e a resistência das mulheres de Tejucupapo, em 1646. Lideradas por quatro guerreiras – Maria Quitéria, Maria Clara, Maria Camarão e Maria Joaquina – arquitetaram uma ofensiva contra os invasores holandeses. Armadas com água fervente e pimenta, entrincheiraram-se na entrada do povoado enquanto os poucos homens que restavam emboscavam os inimigos à bala. O saldo foi de mais de trezentos holandeses mortos, forçando a retirada da tropa e impedindo o saque de um território estratégico para o avanço ao Recife (Silva e Lage, 2017).

Foi, portanto, aqui, no Nordeste do Brasil, que se levantaram vozes firmes contra a Colônia, contra o Império e contra a lógica exploratória da América Portuguesa. Foi neste solo nordestino que floresceram inúmeros quilombos — ou mocambos, como também eram chamados —, refúgio dos que escapavam da escravidão e resistência viva dos que se negavam à subjugação. Foi aqui que se constituiu o Quilombo dos Palmares, de onde Zumbi liderou um dos mais importantes focos de resistência dos povos escravizados à dominação portuguesa no Brasil (Gomes, 2018). Foi aqui também que, mais recentemente, os descendentes desses libertários se fizeram novamente protagonistas, atuando de forma decisiva para afastar o fantasma do fascismo de nossa cena política.

Portanto, não há de se falar do Nordeste sem que as vozes dos nordestinos e nordestinas possam ocupar a perspectiva de quem vê e sente em sua carne – em seu corpo e em sua alma - os efeitos da segregação, do preconceito, da discriminação resultantes de séculos de dominação em um projeto político de país que exclui, que segrega e que escolhe as vidas que merecem ser vividas. Mas, é também, por essas mesmas vozes que se fala da força, da resistência e da capacidade de luta e de transformação do povo nordestino.

Foi aqui que, ao longo da história, corpos e territórios foram marcados pela violência da colonização, mas também pela força da resistência. O Nordeste não é apenas cenário de sofrimento: é, sobretudo, território de luta. Foi aqui que, diante das mais duras condições impostas pela seca, pela fome e pela negligência política, homens e mulheres reinventaram modos de viver e de resistir. Da luta camponesa ao movimento sindical, das expressões culturais populares às manifestações de fé e de esperança, o povo nordestino construiu sua identidade com coragem, dignidade e sabedoria ancestral.

Essa história precisa ser contada com o reconhecimento do lugar de onde se fala, como propõe a ciência crítica e situada. E é com esse compromisso que esta tese foi construída: não como produto de um olhar distante, mas como parte de uma trajetória vivida, comprometida com a denúncia das injustiças e com a afirmação de uma ética da vida.

Ao trilhar o caminho das leituras necessárias para embasar esta construção narrativa, não pude deixar de me aproximar do que já foi dito por escritoras e escritores nordestinos antes de mim. Mais do que isso, pude tecer teias, aproximações e conexões com o que vem sendo construído a partir da produção do Pensamento Decolonial na América Latina e com o que se tem desenvolvido no Brasil pela Bioética de Intervenção. Esse percurso fortaleceu a posição de quem escreve a partir de um lugar historicamente estigmatizado como subdesenvolvido, discriminado pela subalternidade imposta pelos grandes centros de poder e de saber, no Brasil e no mundo.

Nessa tessitura — tal qual nas coloridas colchas de retalhos presentes aqui no Nordeste —, grande foi minha surpresa ao descobrir quantos pontos estavam alinhavados entre o pensamento de Josué de Castro, Paulo Freire, Milton Santos, Ariano Suassuna, Rachel de Queiroz e Celso Furtado, com outros fios vindos do pensamento de Aníbal Quijano, Aimé Césaire, Frantz Fanon, Enrique Dussel, entre tantos outros e outras que vêm estabelecendo interfaces com os princípios e fundamentos da Bioética de Intervenção e da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos — marcos teóricos referenciais para este trabalho.

Meu lugar de fala é o de uma mulher nordestina. É o lugar de um corpo subjugado e subalternizado pelos padrões impostos por vários processos de poder representados no patriarcado, expressados no sentimento de inferioridade, na subalternidade em relação aos homens e, a despeito dos processos de libertação e

de empoderamento vivenciados na esfera individual, é um corpo que traz inscrito, por sua ancestralidade, todas as formas de poder que se espalharam sobre os corpos das mulheres nordestinas.

Escrever uma tese de doutorado colocando o pronome pessoal na primeira pessoa do singular é dar voz a este corpo de mulher silenciado historicamente pelas construções do patriarcado, da colonialidade do poder e da vida. Contudo, ao fazê-lo, esse pronome ganha a forma do feminino plural — passa a descrever uma condição coletiva, subvertendo padrões e modelos estabelecidos para pensar e viver os corpos das mulheres. A proposta aqui fundamentada inclui, portanto, o objetivo de descolonizar o formato tradicional da própria tese.

Cresci ouvindo as histórias contadas pelas mulheres mais velhas da minha família sobre os “anjinhos” que, um dia, fizeram parte dela. Todas tinham perdas a relatar, e, à medida que os nomes deles se multiplicavam nos meus ouvidos, chegavam ainda mais nomes: os anjinhos da comadre fulana, os da comadre beltrana... anjos e mães que se subjugavam à “vontade divina”.

Jamais ouvi, de nenhuma delas, um só lamento que atribuísse a perda de seus filhos à ausência de políticas públicas voltadas para a infância. Mas nunca passaram despercebidas, aos meus olhos e ouvidos de menina, as conversas entrecortadas pelo choro contido e o consolo das mulheres mais experientes:

“– Se conforme, comadre; foi a vontade de Deus.”

Fecho os olhos e consigo ver os caixõezinhos brancos ou azuis, carregados pelas mãos de outras crianças em um cortejo fúnebre de poucos ritos e de pouco choro – expressão da conformação com o destino traçado para aquele pequeno ser.

Deus, em sua superioridade suprema, era apresentado como detentor de uma vontade, que em verdade, pertencia a um Estado ausente e omissos na proteção da vida dos seus cidadãos.

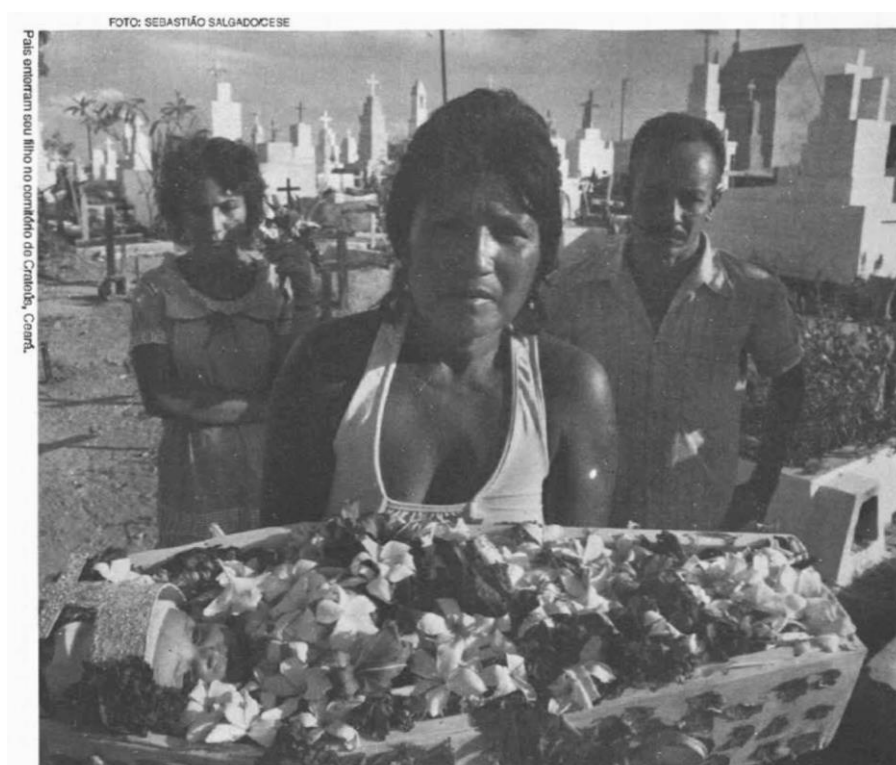
Para suportar o sofrimento expresso pelas perdas de seus filhos, as mulheres se amparavam na religiosidade judaico-cristã, em uma ética que justificava a transformação daqueles seres em divindades: os anjos. Sorte grande teriam aqueles cuja vida de sofrimentos fosse poupada — e que, como anjinhos, fossem chamados para perto de Deus.

A Igreja, enquanto representante desse poder divino, também discriminava os corpinhos que poderiam ser alçados à categoria de anjos e enterrados em um cemitério considerado sagrado. Aos que recebiam o sacramento do batismo,

destinava-se a dignidade do sepultamento no campo santo; aos outros — os pagãos — restavam os cemitérios clandestinos (Santos, 2012).

Assim, o poder do Estado, aliado ao da Igreja, sacramentou os destinos da *Vida Severina*, impondo a colonialidade da vida e impregnando-a de conformismo e submissão.

Figura 1 – Foto 1 - Pais enterrando seu filho em Crateús - Ceará



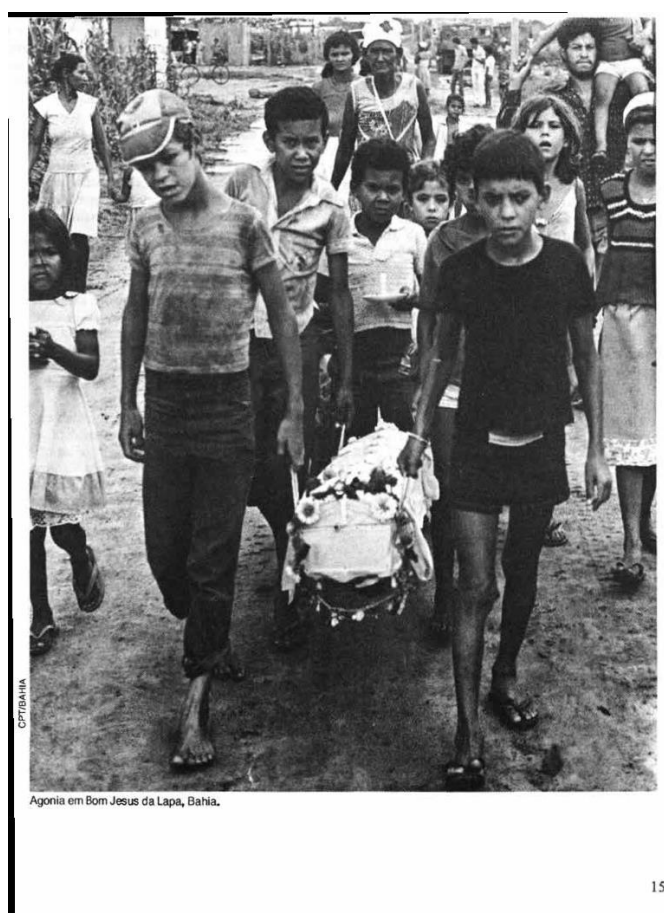
Fonte: Foto de Sebastião Salgado. Reprodução da pág.23 do livro “O Genocídio do Nordeste (1979 – 1983)”, IBASE, 1986.

A imagem dessa mãe anônima, silenciada em sua dor, evoca todas as mães que, durante décadas, perderam seus filhos no semiárido nordestino, vítimas da negligência e omissão do Estado brasileiro. Essas mortes evitáveis constituíram a face da mistanásia promovida pela concentração fundiária, pela monocultura, pela corrupção governamental e pelo poder das oligarquias no Nordeste brasileiro.

Como recurso metafórico aqui utilizado, a baraúna se despia de suas folhas a cada período de seca, estendendo seus galhos nus na paisagem da caatinga. As mulheres estenderam seu clamor silenciado e sua vida dilacerada pela dor à resposta muda dos céus, representada pela negligência do Estado.

E assim, todos os anos, antes que as baraúnas se vestissem de verde novamente, centenas de corpinhos eram lançados ao solo escaldante do agreste, cumprindo o destino de serem ninguém.

Figura 2 – Foto 2 - Cortejo fúnebre de “anjinho” no Nordeste brasileiro



Fonte: Reprodução da pág. 15 do Livro “O Genocídio do Nordeste (1979- 1983)”, IBASE, 1986

Essa cena, tantas vezes presenciada por mim e repetida cotidianamente em inúmeros lugares do semiárido nordestino, está impregnada de descaso pela vida, discriminação contra corpos considerados de menor — ou nenhum — valor, e da ausência de dignidade humana.

A “ninguendade” a que se refere Darcy Ribeiro (2014), ao analisar a matriz identitária do povo brasileiro, aqui se cristalizou não apenas na desidentificação profunda de nossa gente — miscigenada a partir da dizimação de grandes etnias indígenas e da mestiçagem forjada nas fazendas açucareiras, onde o sangue do branco europeu da Casa Grande se mesclou ao das mulheres negras das senzalas,

escravizadas e violentadas —, mas também em uma nova identidade marcada pela exclusão econômica e pela invisibilidade social.

Dessa história, nasceu uma legião de corpos desvalorizados, destituídos de legitimidade cidadã.

Essa dualidade entre vida e morte foi claramente perceptível na rota migratória construída, ao longo de décadas, como fuga da fome e da seca — rota por onde corpos analfabetos e sem qualificação profissional eram, eles próprios, exportados como matéria-prima para a construção das grandes cidades e da riqueza do Sudeste. Aqui, ficavam suas mulheres, carregando nos ventres outros “ninguéns” que, muitas vezes, não chegariam a viver.

A desqualificação dessas vidas não se restringia às cidades do semiárido nordestino assoladas por longos períodos de estiagem. Ela também se manifestava nas zonas da mata e do litoral, mapeadas pela *Geografia da Fome*. Se no Agreste e no Sertão se morria de fome, nessas regiões se morria de *desnutrição endêmica*.

Em Pernambuco, a chuva servia para alimentar a monocultura da cana-de-açúcar, enriquecendo ainda mais os senhores de engenho, consolidando a oligarquia açucareira, enchendo os açudes que saciavam o rebanho bovino e, no litoral, apenas para encharcar os mangues — onde, na imagem criada por Josué de Castro aos 21 anos, homens se transformavam em caranguejos para sobreviver:

Os mangues do Capibaribe são o paraíso do caranguejo. Se a terra foi feita pro homem, com tudo para bem servi-lo, também o mangue foi feito especialmente pro caranguejo. [...] Tudo aí é, foi ou está pra ser caranguejo, inclusive a lama e o homem que vive nela (Castro, 1929, apud Melo e Neves, 2007).

Cada vez mais se evidenciam as origens dos conflitos morais decorrentes da negação da igualdade de direitos aos povos nordestinos em aspectos fundamentais ao desenvolvimento e à própria sobrevivência humana — como a alimentação, a renda, o trabalho e a dignidade.

A situação bioética persistente analisada nesta tese revela que a dignidade humana tem sido subordinada a uma lógica classificatória que hierarquiza os seres humanos segundo as classes sociais produzidas e mantidas pelo capitalismo e seus efeitos sobre os corpos e sobre as vidas.

Tanto a Bioética de Intervenção (BI) quanto a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), em seus fundamentos e artigos, partem do

reconhecimento da necessidade de compreender as distintas realidades sociais. No entanto, nenhuma delas abdica do compromisso ético — individual e coletivo — com o enfrentamento político das situações degradantes que negam humanidade e cidadania.

Nos anos 1960, a mortalidade infantil no Nordeste chegava a 500 óbitos por mil nascidos vivos (Castro, 1967) e ao final dos anos 1970, o coeficiente de mortalidade infantil em Pernambuco apontava que para cada mil crianças que aqui nasciam, mais de duzentas morriam antes de completar seu primeiro ano de vida (Pernambuco, 1996).

Se o poeta João Cabral de Melo Neto (1975, p.255) denomina em um de seus poemas essa paisagem como *paisagem defunta*¹⁶ é porque, aqui, a vida estava por demais impregnada de morte. Para que muros, se há morte por todos os lados?

É também neste sentido que a voz de Josué de Castro se impõe com contundência:

É que os índices de mortalidade nestas terras são extremamente altos, dos mais altos do mundo, principalmente os da mortalidade infantil. Morre tanta criança no Nordeste que chega a parecer que morre mais gente do que nasce” (Castro, 1967, p. 41).

À época em que escreveu esse texto, algumas cidades do Nordeste registravam o absurdo de uma taxa de mortalidade infantil de 500 óbitos por mil nascidos vivos. Ou seja, metade das crianças que nasciam “apenas espiavam a vida um breve instante”. Continua a nos dizer Castro:

E este é um dos traços mais característicos das áreas de geografia da fome, como é o caso do Nordeste – desta estranha geografia, onde não é a terra que dá de-comer ao homem, é antes o homem que nasce apenas para dar de-comer à terra. Para alimentar esta terra-cemitério, que engorda com a sua matéria orgânica (Castro,1967, pp. 41 e 42).

Como pesquisadora que traz para o debate a precariedade das vidas nordestinas e o pouco valor socialmente atribuído a elas, ênfase desde o início do trabalho que o fato de estar imbricada nessa teia de histórias e de afetos não constitui

¹⁶ “Por que todo este muro?

Por que isolar estas tumbas
do outro ossário mais geral
que é a paisagem defunta?

Poema Cemitério Pernambucano- Toritama - do poeta João Cabral de Melo Neto.

elemento que enturva a minha visão ou que confunde o meu pensar. Ao contrário, escancara por meu olhar e por minha memória, o que precisa ser dito sobre as vidas e os corpos da gente do meu lugar.

Ora, não é difícil estabelecer o vínculo com os determinantes sociais da saúde e descrever onde e por que essas mortes ocorriam. Mas não é bem esse o foco do que se pretende desenhar no contar dessa história. É no referencial da Corporeidade trazido pela BI que se ancora, nesse primeiro momento, a construção desta narrativa.

Ao se utilizar da reflexão bioética sobre as determinações sociais da doença, a BI utiliza a corporeidade como categoria de análise e o prazer e a dor como marcos teóricos que ancoram a reflexão bioética (Garrafa e Porto, 2003; Porto e Garrafa, 2005).

Partindo dessa compreensão, a análise das intervenções no quadro sanitário de Caruaru requer essa aproximação com a percepção do corpo da criança nordestina enquanto expressão das relações de poder estabelecidas no interior do Estado, resultando em tantos e tão variados brasis.

No âmbito das relações de poder que definem a ocupação do território de um Estado, e, portanto, em um dos fundamentos da Modernidade, a capacidade de produzir tecnologia e de ter acesso aos bens produzidos por ela vão determinar o quanto de inserção social essas populações terão e o tanto de desigualdade que resultará da distribuição assimétrica da riqueza gerada (Porto e Garrafa, 2005).

No entanto, é no corpo, que essas estruturas de poder irão se manifestar. Não existe estrutura social sem corpos que a possam representar e onde o poder de infligir dor ou prazer não possa se manifestar. Assim nos falam os autores:

A possibilidade de provocar o prazer ou infligir a dor a outros é a base das relações de poder. Justificado em seu próprio exercício, o poder legitima-se com a recompensa e o castigo, que fundamentam a ideia de justiça. O medo, a força e a dor marcam as relações entre exploradores e explorados, legalizando o uso social do poder e condicionando o comportamento. “O pacto social, seja ele qual for, decorre do uso dos parâmetros sensoriais” (Garrafa e Porto, 2003, pp. 41-42).

É nessa expressão da dominação do poder econômico sobre os corpos subalternizados que as mortes das crianças nordestinas receberam pouca ou nenhuma atenção até as últimas décadas do século XX, quando os marcos das conquistas de cidadania passaram a se tornar concretos, a partir de ações que

culminaram no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira iniciado nos anos 1970, e a consequente promulgação da Carta Constitucional de 1988.

A mudança sanitária em Caruaru ocorreu a partir do entendimento que homens e mulheres tiveram de que a mortalidade infantil não era uma questão a ser naturalizada, não era um problema a ser resolvido pela ética religiosa, mas era um problema persistente que poderia ser enfrentado com ações efetivas, frutos da concepção cidadã do direito à saúde e à vida como direito de todos.

Foi necessário que mulheres e homens, investidos do poder político e de capacidade técnica, acreditassem que seria possível modificar a realidade a partir de ações concretas e, pelo compromisso com a transformação dessa realidade, encarassem o desafio de reescrever a história previsível para outras vidas que viriam nesse contexto social e econômico, intervindo nesses destinos e criando possibilidades para o viver e o morrer. Não havia neles a pretensão de substituição da divindade, mas sim, a pretensão do enfrentamento de um problema persistente da saúde pública – humano, visível, palpável – decorrente da precariedade das condições de vida, da exclusão social e da baixa oferta de ações de saúde.

Como já dito anteriormente, o que ocorreu em Caruaru representa um marco na saúde pública brasileira tendo como ponto de partida o enfrentamento local de grave problema de saúde: a mortalidade infantil. No contexto desta narrativa, histórias agrestes se encontraram: a do paraibano Antônio Vieira com o território vivo de Caruaru, entrelaçando a história agrestina, representativa da transformação ocorrida em um pedaço importante do território nordestino.

4.2 PRECURSORES DA TRANSFORMAÇÃO SANITÁRIA

4.2.1 Anos 1970 e anteriores: as crises famélicas, a mistanásia e o genocídio no nordeste brasileiro

Nos anos 1970, as manchetes dos jornais refletiam a fome e a miséria decorrentes dos períodos de seca no Nordeste brasileiro, com ênfase na explicação climática como fator determinante. Predominava a interpretação de que tais ciclos eram inevitáveis, sustentada por agrônomos e outros estudiosos que reforçavam a ideia de recorrência natural do fenômeno. O *Diário de Pernambuco* — o mais antigo

jornal em circulação da América Latina — estampava, em sua edição de 15 de fevereiro de 1970, a manchete: “Satélites anunciam sêca em 70 no Nordeste”, complementando a matéria com a seguinte explicação: “[...] de manchas solares observadas através de pesquisas meteorológicas e pelo estudo da ciclagem das sêcas na região, que, geralmente, ocorrem de 11 a 11 anos” (Diário de Pernambuco, 1970a, p. 22).¹⁷

Se havia a seca presente, havia a fome e, em decorrência, a desnutrição como flagelo que se abatia sobre adultos e crianças. Este mesmo jornal publicaria sessenta dias depois, em sua edição do dia 15 de abril de 1970, matéria com a seguinte manchete enviada pelo correspondente Egídio Serpa, do Ceará: “*Governo pede à população para manter-se calma*”. Como afirma o jornalista em sua matéria, este patético apelo do governo estadual exprimia a preocupação com o interior do estado, “em virtude da aglomeração exagerada de flagelados, que já saqueiam o comércio e os centros de abastecimento, buscando o que comer” (Diário de Pernambuco (DP), primeiro caderno, 1970b p. 9). E continua a matéria trazendo a seguinte informação:

[...] uma criança de quatro anos de idade, Francisco Robealdo Filho, morreu de fome, anteontem, na cidade de Santana do Acaraú, litoral norte do Estado. Seus quatro irmãos, também crianças, estão ameaçados de morte e para livrar-se dela pedem esmolas, de cúia na mão, pelas ruas de Santana de Acaraú. Em Pedra Branca, um agricultor de 78 anos que até pouco tempo trabalhava em uma fazenda daquele município, também morreu de fome [...] (Diário de Pernambuco, 15.04.1970b).

A situação descrita na matéria jornalística, embora localizada no Ceará, não diferia das inúmeras histórias vividas cotidianamente em diversos territórios do Nordeste, incluindo aquelas ocorridas também nesta região. As respostas governamentais, marcadas por sua insuficiência, iam desde tentativas tecnicamente frágeis, como programas de pulverização de nuvens para induzir chuvas artificiais e salvar lavouras, até a implementação das chamadas Frentes de Emergência — medidas paliativas que pouco ou nada alteravam as condições estruturais de vulnerabilidade da população atingida pela seca.

Nelas, os combalidos corpos de homens e de mulheres, castigados pela fome, eram submetidos a jornadas de trabalho sob o sol escaldante, abrindo estradas ou construindo açudes, em troca do alimento. O socorro emergencial, longe de garantir

¹⁷ A autora optou por manter a grafia original da época no texto do Jornal referenciado.

dignidade, operava como instrumento de controle e subalternização, transformando o direito à subsistência em moeda de troca por força de trabalho.

Como nenhuma história se constrói à margem de seu contexto, é preciso situar tais acontecimentos no cenário da repressão violenta imposta pela ditadura militar brasileira. Nesse período, não eram incomuns as situações em que os chamados “flagelados” — homens, mulheres e crianças marcados pela fome e pela exclusão — eram classificados pelas autoridades como “agitadores” ou “elementos subversivos”, considerados ameaças à ordem vigente e, por isso, alvo de repressão policial ou militar. A resposta à vulnerabilidade não era acolhimento, mas força: o sofrimento era politizado, criminalizado e contido em nome da “segurança” do Estado.

[...] A reportagem testemunhou o ajuntamento de cerca de 500 flagelados, que se concentravam defronte ao Palácio da Diocese local pedindo ao Bispo, Dom Aureliano Matos, alimentos e trabalho. A Polícia teve de intervir, com o auxílio de dez homens do Tiro de Guerra do Exército, sediado na cidade, a fim de evitar desordens e o saque ao comércio.

Dom Aureliano Matos interveio e pediu providências das autoridades de Limoeiro, que coletaram dezenas de sacos de farinha, centenas de rapaduras e vários sacos de feijão. O Bispo doou 70 sacos de leite em pó. Os flagelados foram convocados ao trabalho pela Prefeitura local e passaram a fazer a limpeza das ruas da cidade, arrancando com a mão, o mato grande que surgia entre as pedras do calçamento: não há enxadas, nem picaretas[...]

[...]Em Quixadá, por pouco não havia um saque ao comércio. A pronta interferência do prefeito local, Sr. José da Páscoa, evitou um incidente de consequências bastante sérias: êle deu emprêgo a todos os 300 flagelados que se concentraram na principal praça da cidade, prometendo em troca do trabalho, alimentação racionada na base da farinha e rapadura. (Diário de Pernambuco, 1970b, p. 09)

Se nesse ponto da narrativa recorro a tantas citações diretas, literais, é porque acredito que não conseguiria traduzir o tamanho da indignação que a leitura dos textos jornalísticos provocou. Considerando que, nesta época, as notícias eram censuradas, a publicação de páginas e mais páginas relatando o horror de milhares de pessoas, é, de fato, a constatação de que essas pessoas não ocupavam nenhum espaço de importância para o Estado brasileiro.

Essas vidas personificaram o que a filósofa Judith Butler (2022), anos depois, classificaria como “corpos que não são dignos de luto”. Na expressão do poder e da violência estatal, continuariam a ser reproduzidos os mecanismos que determinam que “certas vidas, sempre as mesmas vidas”, continuem a ser precárias. Sobre esses

corpos mortos não haveria a dignidade de um luto coletivo, não eram vidas dignas de luto e nem de luta contra essa violência.

As vozes que se insurgiram contra essa realidade foram brutalmente silenciadas pelo regime militar, seja pela tortura e pelo extermínio de seus corpos, seja pelo exílio forçado e o apagamento público de suas trajetórias. Entre esses nomes, destacam-se o médico Josué de Castro, o educador Paulo Freire, o advogado das Ligas Camponesas Francisco Julião, o economista Celso Furtado e os políticos Miguel Arraes de Alencar e Gregório Bezerra — todos perseguidos por denunciarem as estruturas de opressão e lutarem por justiça social. Suas trajetórias, forjadas na luta e na resistência, permanecem como testemunhos incontornáveis de um período em que o pensamento crítico era criminalizado. Que suas memórias não se apaguem e sigam inspirando as futuras gerações na defesa da dignidade, da justiça e da liberdade.

A ausência de políticas públicas eficazes no combate à fome e à miséria encontrou amparo na concepção de que o desenvolvimento econômico se concentraria nas regiões do sudeste e do sul do país, criando aqui uma legião de pessoas de segunda categoria, ou melhor dizendo, sem acesso a nenhuma categoria de cidadania. Sobre esses corpos se impunha, então, o poder de dizer quem viveria e quem morreria e, nascer na aridez do solo rural nordestino significava grande probabilidade de morrer de fome.

A colonialidade da vida, subalternizada, praticamente escravizada, sem liberdade de escolha, colocava as pessoas de joelhos a pedir um prato de comida, a implorar por sua vida e pela vida de seus filhos.

O que resta de dignidade humana quando a ração diária recebida apenas dá energia para continuar de pé? A qual memória da História, essa situação nos remete?

Certamente este é o principal conflito moral trazido para análise nesta tese: se não há igualdade no tratamento dos cidadãos brasileiros, não pode haver justiça. O Estado brasileiro determina quem vive e quem morre em seu território e isso se aproxima demais da conceituação de poder soberano e vida nua da qual nos fala Agamben (2002):

Por trás do longo processo antagonístico que leva ao reconhecimento dos direitos e das liberdades formais está ainda uma vez, o corpo do homem sacro com o seu duplo soberano, sua vida insuscetível e, porém, matável (Agamben, 2002, p. 17).

Em sua análise da biopolítica contemporânea, Giorgio Agamben destaca a crescente similitude entre democracias e estados totalitários, ancorada na disseminação da *vida nua*. Esta se refere a uma existência reduzida à sua dimensão biológica, despojada de direitos e inteiramente exposta à decisão de outrem sobre sua continuidade ou extermínio.

O pensamento de Agamben nos conduz, pois, a revisitar a inclinação soberana de eliminar vidas, sustentada pela centralidade que a vida nua adquire nos cálculos do poder. A constante redefinição do limiar entre as “vidas que merecem ser vividas” e aquelas que não são consideradas dignas de viver constitui o imperativo biopolítico da atualidade, fragilizando os próprios pilares do espaço democrático (Oliveira, 2016).

As categorias bioéticas mobilizadas nesta tese para a análise dos conflitos morais já anunciam o impasse entre o direito à vida e à dignidade das populações nordestinas e a condenação à morte pela fome, historicamente promovida — ou negligenciada — pelo poder estatal brasileiro.

Neste ponto da narrativa, estabelece-se o encontro com um dos períodos mais duros de nossa história recente, marcados também pelo escamoteamento de suas memórias. Não é possível falar das secas e das crises famélicas sem reconhecer o papel desempenhado pelo Estado diante dos corpos nordestinos — corpos marcados pela vulnerabilização sistemática, pela exclusão e pela necropolítica institucionalizada. É justamente nesse cenário de abandono e morte evitável que emerge, com força analítica e política, o conceito de *mistanásia*.

O termo *Mistanásia* foi um neologismo cunhado pelo teólogo da Libertação e bioeticista brasileiro Márcio Fabri dos Anjos, em 1989, em artigo intitulado “*Eutanásia em chave de libertação*”, e se utiliza da etimologia grega *mys* (infeliz) e *thanatos* (morte) para designar morte infeliz, miserável, precoce e evitável em nível social, coletivo.

Ora, não seria preciso acrescentar muito para reconhecer que essas mortes — especialmente as de crianças nordestinas — se enquadram como miseráveis, precoces e evitáveis em nível coletivo. Aqui, a *mistanásia* é compreendida como uma forma degradante de morrer: negligenciada, socialmente produzida, e embora ocorra em indivíduos, atinge coletividades inteiras, ceifando milhares de vidas de modo sistemático.

No entanto, o que esta tese constata é que a mortalidade infantil no semiárido nordestino constituiu muito mais do que uma tragédia social: ela assumiu contornos

de um verdadeiro genocídio silencioso, promovido pela omissão e negligência do Estado brasileiro durante os períodos de seca. Milhares de nordestinos morreram em decorrência da fome, e as estimativas disponíveis evidenciam a magnitude dessa calamidade. As chamadas Frentes de Emergência tornaram-se o cenário desses horrores institucionalizados. A seguir, reconstrói-se um breve histórico dos principais períodos de seca e da forma como essa “política pública” foi sendo estruturada ao longo do século XX — com especial ênfase no final dos anos 1970 e início da década de 1980.

Alguns historiadores identificam na seca de 1877–1879, ainda durante o período imperial, o embrião das chamadas “frentes de emergência”. Essas ações foram empregadas, inicialmente, na construção de açudes e outras obras públicas. Segundo Brito (2024, p. 2), “essas iniciativas visavam não apenas solucionar os desafios hídricos, mas também serviam como medidas emergenciais para proporcionar emprego à população afetada pelas secas durante os longos períodos de estiagem”.

Outro período de seca de grande relevância foi a “seca de 1915”, cujos horrores foram magistralmente retratados no romance *O Quinze*¹⁸, da escritora cearense Rachel de Queiroz. Na obra, já se observa a referência — ainda que diluída na narrativa da luta pela sobrevivência da família retirante, protagonista da história — aos campos de concentração instalados no Ceará para conter o fluxo migratório dos flagelados em direção à capital:

E sem saber como, acharam-se empolgados pela onda que descia, e se viram levados através da praça de areia, e andaram por um calçamento pedregoso, e foram jogados a um curral de arame onde uma infinidade de gente se mexia, falando, gritando, acendendo fogo (Queiroz, 1976, p. 63).

A área cercada de arame constituía, na verdade, um campo onde ficavam concentrados os retirantes, vigiados por encarregados que os impediam de chegar às

¹⁸ Seria um equívoco imperdoável não citar essa obra adjetivando-a de “magistral”. A escritora Rachel de Queiroz, primeira mulher a ocupar uma cadeira na Academia Brasileira de Letras, descreve magistralmente a seca de 1915 e confere um marco à literatura regionalista. No entanto, por se tratar de uma tese em bioética, não se pode ocultar que a escritora tenha se posicionado na defesa dos anos iniciais da ditadura militar brasileira, ocasião em que seu primo, o Gen. Castelo Branco assumiu o governo militar do Brasil. Uma e outra condição nos parecem conflitantes (Programa Roda Viva Retrô. Tv Cultura, 1991). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=zzCoEwnl-Ek&t=2701s>.

idades próximas. Segundo relatos de historiadores, o Campo do Alagadiço, localizado em Fortaleza, foi o primeiro campo de concentração do Ceará.

Estendendo a vista até muito longe, até os limites do Campo de Concentração, onde os fogos luziam mais espalhados, o vaqueiro sacudiu na boca uma mancheia de farinha que lhe oferecia a mulher, e procurando quebrar entre os dedos um canto de rapadura, murmurou de certo modo consolado: - Posso muito bem morrer aqui; mas pelo menos não morro sozinho... (Queiroz, 1976, p. 64).

Os campos de concentração, ou “currais do governo”, como também eram conhecidos, eram justificados pelos gestores públicos como medidas assistenciais destinadas a acolher os sertanejos que abandonavam suas terras em direção às cidades do litoral, em busca de alimento e trabalho. No entanto, os relatos historiográficos indicam que, durante a seca de 1915, apenas um campo foi efetivamente instalado no Ceará, sendo sua expansão intensificada nas secas seguintes. Além de impedir, por meio do confinamento forçado, o avanço de milhares de pessoas rumo à capital, esses campos também viabilizavam a exploração de mão de obra faminta e de baixo custo, empregada na construção de açudes e outras obras públicas — tanto em terras do governo quanto em propriedades privadas:

Atraídos por propostas de emprego e por promessas de amparo, assistência médica e alimentação, os flagelados eram, na verdade, mantidos em locais insalubres, tendo que se alimentar com rações enviadas pelo governo, plantas silvestres e até com a carne de animais que morriam de fome e sede nos campos (Amorim, 2022, p, 01)

Esses campos não tinham o objetivo explícito de eliminação dos corpos, como ocorria nos campos de concentração nazistas criados durante a Segunda Guerra Mundial por Hitler na Europa. Entretanto, respondiam a uma lógica higienista promovida pela elite burguesa de Fortaleza, que pressionava os governos locais a evitarem a invasão da cidade pelos famintos, como havia acontecido nas grandes secas anteriores. Em 1932, outra terrível seca assolou o semiárido nordestino, levando à criação de mais seis campos de concentração no Ceará:

Entretanto, com o advento da grande seca de 1932, a proposta de Albano foi acatada, e o estado implementou cinco campos de concentração espalhados pelo território do Ceará, além dos dois campos dentro dos limites da capital, Fortaleza. Esses novos campos, diferentemente da experiência de 1915, agora implementariam diretamente “trabalho regular e rotina rigorosa” aos flagelados (Neves, 1995, p.105 apud Belik, 2023, p. 07).

Disfarçada sob o manto da “assistência”, a estratégia dos campos de concentração serviu para coagir os migrantes refugiados ao trabalho forçado na condição de mão-de-obra de baixíssimo custo. Esse recrutamento já havia sido iniciado em 1877, mas se consolidou como política pública em 1932.

Com a instauração do Governo Provisório em novembro de 1930 e, posteriormente, com o Golpe de Estado de 1937, tem início o período ditatorial do Estado Novo, sob a liderança de Getúlio Vargas, que perduraria até 1945. Já nos primeiros momentos do Governo Provisório, Vargas passou a governar por decretos: dissolveu o Congresso Nacional, as Assembleias Legislativas e as Câmaras Municipais, além de destituir governadores e prefeitos. Ao suspender os efeitos da Constituição Federal e suprimir direitos e garantias individuais, instituiu um regime autoritário que incluiu, entre outras medidas, a criação de tribunais de exceção para julgar crimes políticos. No âmbito do Judiciário, determinou a aposentadoria compulsória de seis ministros do Supremo Tribunal Federal, alegando “imperiosas razões de ordem pública” (Neto, 2013). Inaugura-se, assim, um período marcado por arbitrariedades, repressão sistemática e perseguições a cidadãos brasileiros, sob o controle centralizado do Estado.

Passo a passo com esse caráter ditatorial, o governo caminhou na direção de consolidar uma nova identidade nacional, investindo maciçamente na modernização do país, objetivando reverter a economia predominantemente agrária para um modelo de economia industrial. Com as ações de controle político sobre os opositores e sobre os cidadãos, deu-se início ao processo de limitação das liberdades individuais em favor do poder do Estado sobre essas vidas.

No contexto do semiárido nordestino, os retirantes passaram a ser percebidos como uma ameaça pelos que, resguardados pelo aparato estatal, permaneciam protegidos da fome. A fragilidade de seus corpos famélicos contrastava violentamente com a imagem de um Estado que se pretendia ordeiro, moderno e protetor. A gestão das secas, nesse cenário, deixava de ser apenas uma questão climática para tornar-se uma estratégia de controle social. Como aponta Melo (2022, p. 52), “Para o Brasil de Vargas, o que poderia sanar esse estado de coisas, em meio à crise climática, por exemplo, era a sistematização dessas pessoas para que a partir disso pudessem trabalhar. Dar trabalho, nunca esmola, jamais os vícios da mendicidade”. Tal perspectiva revela a lógica que sustentava as ações do Estado: a imposição do

trabalho como forma de moralização da pobreza, negando a essas populações não apenas o direito à assistência digna, mas também a própria legitimidade do sofrimento.

Sob a coordenação do ministro de Viação e Obras Públicas, o paraibano José Américo de Almeida, o governo Vargas instituiu os chamados campos de concentração — espaços que, mais do que oferecer assistência, funcionavam como instrumentos de controle e exploração da força de trabalho dos retirantes. Inseridos na matriz ideológica do varguismo, esses campos reforçavam a concepção de que o trabalho conferia dignidade ao pobre, moldando a política social que se seguiria nos anos do Estado Novo. Nesse contexto, a Inspetoria Federal de Obras contra as Secas (IFOCS) — que mais tarde se tornaria o Departamento Nacional de Obras Contra as Secas (DNOCS) — foi o órgão responsável por concentrar os recursos destinados ao enfrentamento da seca. Subordinada ao ministério comandado por Américo de Almeida, a IFOCS criou, em suas áreas de atuação, os chamados “currais do governo”: espaços de confinamento e disciplina para corpos empobrecidos e racializados, tratados como excedentes indesejáveis em tempos de crise.

Ao trazer os campos de concentração do Ceará para o âmbito desta tese, pretendo demonstrar como as pessoas do semiárido nordestino eram vistas pelo poder estatal e a estigmatização do seu modo de vida, dos seus valores e do padrão imposto pela colonialidade do poder sobre essas vidas.

No livro de José Américo de Almeida intitulado “O ciclo revolucionário do Ministério da Viação”, ele enfatiza:

Não foi, entretanto, possível evitar os campos de concentração, que chegaram a conter, num só dia, no Ceará, 105 mil pessoas. Era pensamento do Governo só manter esses campos improdutivos, enquanto os trabalhos de utilidade permanente não tivessem o desenvolvimento necessário para concentrar toda a massa faminta: mas, à medida que eles se esvaziavam, com esse aproveitamento, afluíam novas levas, mais numerosas, de gente inválida – a multidão de cegos, aleijados, órfãos e macróbios que não podiam mais recorrer à caridade pública esgotada (Almeida, 1982, pp. 162-163).

A massa faminta, negligenciada pela omissão do Estado, era socorrida apenas pela caridade pública — que, diante da devastação provocada pela seca, também se mostrava esgotada e insuficiente. Restava, então, ao Estado administrar essa população em sofrimento, mantendo-a ocupada e, sobretudo, afastada da elite burguesa e oligárquica. A separação entre os mundos — o dos corpos esqueléticos, marcados pela fome e pelo sol, e o dos que se mantinham protegidos pela ordem e

pelos privilégios — precisava ser garantida como estratégia de contenção e invisibilização.

À medida que essa política se desenvolve, o poder estatal começa a se assemelhar cada vez mais àquele exercido pelo soberano: o poder de decidir sobre quais vidas devem viver e quais podem morrer — ou, mais precisamente, quais podem ser deixadas morrer.

Para explicitar essa lógica, recorro à análise de Michel Foucault (2010), segundo a qual o poder soberano se define pela capacidade de matar:

O efeito do poder soberano sobre a vida só se exerce a partir do momento em que o soberano pode matar. Em última análise, o direito de matar é que detém efetivamente a própria essência desse direito de vida e de morte: é porque o soberano pode matar que ele exerce seu direito sobre a vida. (Foucault, 2010, p. 202).

Esse poder de matar — ou de deixar morrer — passa, no contexto das secas, a operar de forma silenciosa, porém eficaz: ao negar o acesso a políticas públicas de proteção e dignidade, o Estado autoriza, por omissão, a morte de corpos considerados descartáveis.

De acordo com Foucault (2010), a partir do século XIX, uma transformação significativa ocorre no campo do direito político, conferindo ao poder uma nova racionalidade. Se, no modelo clássico da soberania, o direito fundamental era o de "fazer morrer ou deixar viver", a modernidade introduz um deslocamento: o poder passa a se exercer prioritariamente pelo viés da vida, instaurando o direito de "fazer viver e deixar morrer". Trata-se de uma inflexão crucial, pois não se abandona o poder de matar, mas este se reconfigura dentro de uma lógica produtiva, centrada na administração da vida, na regulação dos corpos e na otimização das populações. O biopoder, assim, não se opõe ao poder soberano, mas o complementa — permitindo ao Estado, sob a aparência da normalização e do cuidado, deixar morrer aquilo que não se encaixa nos projetos de produtividade e cidadania regulada.

A grande questão que emerge a partir desses conceitos é: por que o Estado brasileiro optou por deixar morrer milhares de seus próprios cidadãos? Não se trata aqui da eliminação de inimigos em contexto de guerra — onde a violência estatal costuma se justificar pela defesa do território, da soberania ou dos interesses nacionais. O que se deu no Nordeste brasileiro, particularmente durante a seca de

1932, foi uma política deliberada de abandono, conduzida por um Estado que, embora autoritário, já não operava sob a lógica do soberano clássico.

Nesse cenário, é o biopoder que entra em ação — não como potência de preservação da vida, mas como mecanismo de exclusão e morte seletiva, evidenciando uma face perversa da racionalidade moderna. Seus efeitos não se restringem aos corpos individuais, mas atingem uma população inteira, convertida em excedente, em vida descartável. Como aponta Michel Foucault, o biopoder inaugura o direito de “fazer viver e deixar morrer” — e é justamente neste segundo polo, o da omissão e da negligência institucional, que se inscreve a experiência dos retirantes.

A partir disso, o próprio pensamento foucaultiano oferece as bases para se compreender o deslocamento da biopolítica em direção à tanatopolítica: uma política da morte disfarçada de gestão da vida. É nesse cruzamento entre poder disciplinar e abandono institucional que se revela a lógica que sustentou a ação (ou a inação) do Estado brasileiro diante da crise humanitária que assolou o semiárido nos anos 1930.

Ao reinterpretar a conceituação de biopoder desenvolvida por Foucault, Achille Mbembe (2022) ressalta que é no campo biológico que esse poder se estrutura, operando a partir do controle e da gestão da vida. Tal controle implica a divisão da espécie humana em grupos, a classificação da população em subgrupos e a instauração de uma cesura biológica entre aqueles que devem viver e aqueles que podem morrer. Como afirma o autor: “Esse controle pressupõe a distribuição da espécie humana em grupos, a subdivisão da população em subgrupos e o estabelecimento de uma cesura biológica entre uns e outros. Isso é o que Foucault rotula com o termo (aparentemente familiar) ‘racismo’” (Mbembe, 2022a, p. 17).

Mais uma vez, é o recorte da racialização — e, portanto, o racismo de Estado — que se revela como eixo fundamental da biopolítica moderna. No caso brasileiro, ele se manifesta de modo contundente no tratamento dispensado aos corpos dos sertanejos nordestinos. Corpos mestiços, frutos da confluência entre colonizadores portugueses, negros escravizados e povos indígenas originários, são considerados corpos subalternos, desqualificados, vidas de segunda categoria. Suas dores são invisibilizadas, seus gritos ignorados, sua existência tolerada apenas até o ponto em que não ameacem a ordem social vigente. Mas sua miséria, quando se torna demasiadamente visível, passa a ser percebida como risco à estabilidade, o que justifica, aos olhos do Estado, ações de contenção, segregação e até destruição.

Assim, a necropolítica — entendida como a capacidade do Estado de decidir quem pode viver e quem deve morrer — não opera apenas por meio da eliminação direta, mas também pelo abandono, pela omissão e pela gestão da morte lenta. No sertão nordestino, essa lógica se corporificou em campos de concentração, frentes de emergência e políticas públicas seletivas, que mais alimentavam o controle social do que garantiam a vida digna.

Segundo Mbembe (2022b), os processos de racialização têm por objetivo delimitar, fixar e controlar grupos populacionais considerados perigosos ou indesejáveis, restringindo sua mobilidade e sua presença em determinados espaços. Trata-se de uma estratégia política que visa neutralizar qualquer possibilidade de desestabilização da ordem vigente, assegurando a manutenção da segurança geral — entendida, nesse contexto, como segurança dos corpos e interesses das elites. Como afirma o autor: “A raça é ao mesmo tempo ideologia e tecnologia de governo” (Mbembe, 2022b, p. 75).

Tal formulação encontra relação evidente na experiência nordestina dos chamados “currais do governo”, criados durante as secas como dispositivos de contenção dos retirantes. Talvez nem seja necessário enfatizar o quanto o texto de Mbembe intitulado “*A lógica do curral*”¹⁹ reverbera a situação vivenciada nesses espaços de confinamento. Ambos expressam uma lógica necropolítica de governo que, sob a justificativa da ordem e da assistência, produz segregação, despossessão e gestão da morte. Nos currais, os corpos famélicos dos sertanejos eram mantidos à margem, isolados do espaço urbano e da elite, não apenas por razões sanitárias ou logísticas, mas, sobretudo como forma de neutralizar sua presença política e conter o risco de revolta social.

O compromisso ético e histórico de dar visibilidade ao genocídio praticado pelo Estado brasileiro contra os sertanejos nordestinos, me faz apresentar a foto seguinte como um registro da história recente deste país, que não pode e não deve ser esquecida.

Nas páginas iniciais desta narrativa, deixei claro que não escreveria uma tese neutra — e não o faço agora. Desejo que esta imagem provoque indignação pública

¹⁹ “*A lógica do curral*”, texto no primeiro capítulo, páginas 74 a 77 do livro *A Crítica da razão negra*. Mbembe, 2022b.

e convoque o luto coletivo por aquelas pessoas que, em vida e na morte, permaneceram anônimas, desumanizadas, privadas de reconhecimento. Que sua função icônica vá além da simples representação visual: que atravesse retinas, toque consciências, fixe-se na memória de quem a vê, como lembrança viva de um compromisso ético inadiável — o de não banalizar a vida dos vulnerabilizados. Sim, ainda que escassas, existem provas do genocídio praticado pelo Estado brasileiro. Que elas sejam vistas, lembradas, e jamais silenciadas.

Figura 3 – Foto 3 – Crianças e adultos mortos a caminho do Campo de Concentração de Senador Pompeu, os corpos abandonados ao lado da linha férrea. Ceará – 1932



Fonte: Autoria da foto desconhecida. Reprodução da publicação feita por Moraes, 2017, p. 111.

Ao refletir sobre os corpos considerados dignos de luto público, Butler (2020, p. 66) afirma: “O luto público está estreitamente relacionado à indignação, e a indignação diante da injustiça ou, na verdade, de uma perda irreparável, possui um enorme potencial político.” Para ela, as respostas afetivas mobilizadas pelo luto e pela indignação são “fortemente reguladas por regimes de força e, algumas vezes, sujeitas à censura explícita” (Butler, 2020, p. 66). É precisamente esse o cenário que parece ter se configurado no Brasil diante das imagens e narrativas relativas à seca e aos retirantes: o silenciamento das dores, o controle das representações e a negação do

reconhecimento público das perdas como forma de contenção política. Trata-se, portanto, de uma recusa deliberada ao luto coletivo — e, por consequência, à insurgência ética e política que dele poderia emergir.

Se, conforme Lévinas (1988), a Face do Outro convoca à responsabilidade ética por meio do reconhecimento da humanidade partilhada, as bioéticas brasileiras — tanto a Bioética de Proteção (Schramm e Kottow, 2001) quanto a Bioética de Intervenção (Garrafa 2000, 2001; Garrafa e Porto, 2003) — evidenciam a insuficiência dessa abordagem quando se trata de conflitos que ultrapassam a esfera interpessoal e envolvem dimensões coletivas e estruturais. Ambas oferecem instrumentos analíticos mais robustos para enfrentar as assimetrias sociais e políticas que atravessam os dilemas morais nas sociedades marcadas pela desigualdade, e, no corpo desta tese, como já foi dito, foram escolhidos os fundamentos da BI e os princípios da DUBDH para instrumentalizar a discussão que será aprofundada adiante.

As imagens dos corpos de crianças abandonadas a caminho dos campos de concentração no Ceará — que incluíam os localizados em Ipu, Quixeramobim, Senador Pompeu, Cariús, Crato e, em Fortaleza, os campos de Alagadiço e Pirambu (também conhecido como Urubu)— revelam a brutalidade desse capítulo da história brasileira (Amorim, 2022).

Esses campos foram desativados em 1933, com o início das chuvas, e suas estruturas precárias sucumbiram ao tempo, restando apenas as ruínas do Campo do Patu, em Senador Pompeu. Essas ruínas ainda hoje escancaram a infeliz página que se tentou apagar da memória coletiva.

Em 1996, iniciou-se um movimento liderado pelo advogado Valdecy Alves para o reconhecimento do Campo do Patu como patrimônio histórico. Esse esforço culminou, em 2017, no reconhecimento oficial pelo governo municipal e, mais recentemente, em 2023, com a conclusão do processo de tombamento do Sítio Histórico do Patu, que passou a integrar o Patrimônio Histórico e Artístico do Ceará. Na ocasião da assinatura do decreto de tombamento, o governador Elmano de Freitas ressaltou:

Tão importante quanto a preservação do Sítio Histórico, a medida traz à tona as histórias de vida das pessoas que ali estiveram e como a seca de 1932 institucionalizou as práticas de confinamento. É o reconhecimento de um crime contra a humanidade, em especial, contra os mais pobres (Ceará, 2023).

Ao afirmar que “a seca de 1932 institucionalizou as práticas de confinamento”, o governador recorre a um eufemismo que encobre e suaviza a violência de um projeto deliberado de Estado. A seca, enquanto fenômeno climático, não possui agência para institucionalizar nada; o que de fato ocorreu foi a decisão política de transformar a miséria em estratégia de contenção e disciplina social. A fome foi utilizada como instrumento de tortura, e os corpos dos sertanejos foram controlados, confinados e vigiados pelo poder estatal. À luz do pensamento foucaultiano, trata-se de uma tecnologia de poder que vigia e pune em nome de uma política higienista — e que levanta, inevitavelmente, a inquietante indagação: não teria sido essa também uma prática eugenista?

Os relatos de sobreviventes desses campos, bem como os testemunhos de seus descendentes — que herdaram na memória familiar as marcas da dor e do abandono — confirmam as condições desumanas a que foram submetidos os nordestinos famintos nos campos de concentração instalados no Ceará.

O documentário *Joaquim Barbosa*, produzido por Valdecy Alves, apresenta o comovente depoimento de um dos sobreviventes do Campo de Concentração de Senador Pompeu. Em 1932, aos 12 anos de idade, “seu Joaquim” vivenciou o horror da fome e da morte em massa, especialmente entre mulheres e crianças. Seu relato é estupeficante: corpos eram sepultados em valas comuns após a superlotação do cemitério do Patu — muitos ainda com sinais de vida. Cabia a ele, ao lado do pai, a tarefa de enterrar os mortos. Relata que, ao retornarem no dia seguinte com mais corpos, alguns pareciam ter se movimentado, indicando que haviam sido enterrados vivos. Quando os campos se tornavam inviáveis, os retirantes eram transferidos em trens de carga, transportados em pé, espremidos em vagões abarrotados. O testemunho de Joaquim Barbosa não apenas rompe o silêncio histórico, como também denuncia as práticas de extermínio institucionalizado contra os sertanejos famintos (Alves, 2021).

O campo era um lugar fortemente vigiado durante todo o tempo, dia e noite, para evitar as fugas e para conter as revoltas, as quais eram punidas com o encaminhamento dos “rebeldes” para a prisão. Ao relatar essa situação, Moraes (2023) afirma:

No Crato, por exemplo, havia uma cadeia voltada para os desordeiros, para onde seriam enviados aqueles que se opusessem a trabalhar nas construções, reclamassem da falta de comida, tentassem sair a força dos campos de concentração ou se negassem a participar das práticas médicas impostas (Moraes, 2023, p. 68).

O Campo do Patu foi o segundo maior do Ceará (CODESSUL,2025, p.01), chegando a confinar, segundo estimativas, cerca de 20 mil pessoas. “Mesmo com a escassez de documentos oficiais, existe a previsão de oito a 12 mil mortos enterrados em valas coletivas na região” (Ceará, 2023, p.1). Os dados oficiais contabilizaram 73.918 aprisionados após o primeiro mês de funcionamento dos campos de concentração (O Povo, 1932).

O Sítio Histórico do Patu abrange uma área de 9 km² e engloba além da área dos armazéns onde funcionou o campo de concentração, a área da Barragem e a do Cemitério do Patu.

Localizado a cerca de três quilômetros da cidade de Senador Pompeu, o Cemitério da Barragem do Patu foi transformado pela população local em um espaço sagrado. Construído em 1973 por religiosos e populares sobre os antigos valados do campo de concentração, esse local passou a acolher uma memória coletiva marcada pela dor e pela ressignificação.

No exercício de sua eticidade religiosa, o sertanejo elaborou modos de enfrentar o sofrimento e a colonialidade que atravessam suas vidas, conferindo santidade àqueles que morreram de fome, esquecidos e silenciados pelo Estado. Corpos sem nome, sem registro, sem lugar — convertidos em santas almas: as Santas Almas da Barragem.

Em 1982, o padre italiano Albino Donatti realizou a primeira Caminhada da Seca, que desde então ocorre a cada segundo domingo de novembro. Ao final do percurso, os devotos acendem velas em homenagem às Santas Almas e oferecem, como ex-votos²⁰, pão e água — símbolos do que lhes foi negado em vida. Ao derramar a água sobre a terra, rezam: “Recebe, ó minhas Almas Santas da Barragem, essas gotas de água como tu recebeste o meu pedido e levaste a Deus” (CDDH-AC, 2024).

A devoção às Santas Almas consolidou-se como um santo coletivo, ao qual são dirigidas súplicas por parte das pessoas que visitam o local, buscando graças e manifestando agradecimento quando estas são alcançadas, atribuindo-lhes inclusive a realização de milagres. Essa santificação das vidas constitui a forma encontrada pela comunidade para reconhecer o martírio vivido por aqueles corpos torturados pela

²⁰ A expressão "ex-voto" vem do latim "*ex voto suscepto*", que significa "em virtude de uma promessa feita". Geralmente são peças talhadas em madeira, em cera, em bronze e representam as partes do corpo onde houve a cura. São depositadas junto às imagens dos santos nos locais de visitação e culto.

fome. A tragédia, resultante da ausência do Estado, permanece até hoje amparada pela religiosidade, que se apresenta como a principal estratégia de enfrentamento possível diante da colonialidade da vida severina.

O movimento das romarias, que inicialmente surgiu de forma espontânea, foi posteriormente organizado pela Igreja Católica e, depois, pela Prefeitura, transformando-se em uma atração consolidada no calendário turístico da cidade.

[...] Outra atração turística, de cunho religioso, é a Caminhada da Seca. Uma romaria anual, que há 26 anos acontece em homenagem às vítimas do Campo de Concentração. Esta inicia-se na Igreja de Nossa Senhora das Dores e encerra-se no cemitério da Barragem do Patu (CODESSUL, 2025, p. 01).

No documentário produzido por Alves (2021), ao ser questionado se acreditava que as Almas da Barragem eram santas, “seu” Joaquim responde:

Na minha opinião acho que elas tão descansada, tão num canto que Deus reservou pra botar elas porque sofreram muito quando foi antes de morrer e depois de mortas acho que Deus teve compaixão e arranjou um lugarzinho melhor pra elas conviver. Acredito que não tão em um mau lugar não. Acredito que eles tão num lugar bom (Alves, 2021).

Esses documentários produzidos em Senador Pompeu têm grande valor histórico e cultural, pois dão vida à memória da morte cruel imposta pelo poder estatal brasileiro, por meio da narrativa oral dos sobreviventes e de seus descendentes, revelando o apagamento histórico de milhares de vítimas.

Ao abordar o movimento de devoção em torno desse santo coletivo, o arquiteto e pesquisador Maik Lenno, em depoimento ao documentário *Santas Almas: Devoção e Fé* (CDDH-AC, 2024), afirma:

É mais fácil pra mim, sertanejo, homem do sertão, olhar pras Almas da Barragem e tê-las como intercessoras, como esse santo intercessor porque também foram homens e mulheres do sertão que viveram a realidade que eu vivo hoje, que sofreram com a seca como eu sofro hoje do que eu olhar pra realidade de um santo como Santa Terezinha, por exemplo, que viveu a sua vida inteira trancada dentro de um convento na Europa. Então existe essa questão da proximidade; é mais fácil eu me apegar com quem está mais perto. O santo de casa obra milagres sim, apesar do trocadilho (...) (CDDH-AC, 2024)

Mais uma vez, evidenciam-se os mecanismos por meio dos quais os sertanejos nordestinos elaboraram suas perdas coletivas ao longo da história. O reconhecimento da santificação canônica não foi condição para a consagração desses santos; sua

eleição se deu pela identificação profunda com o sofrimento daqueles ancestrais martirizados pelo Estado brasileiro.

Distantes da igualdade de direitos à vida e à justiça, pilares fundamentais dos Direitos Humanos Universais, essas comunidades ainda balizam suas existências pela eticidade religiosa, na esperança de que um dia o sofrimento vivido aqui seja recompensado divinamente. Enquanto isso, o Estado brasileiro exerceu seu poder em benefício da elite econômica, elegendo essas vidas como indignas de serem vividas.

A Foto 4, apresentada abaixo, ilustra a Caminhada da Seca, realizada anualmente no segundo domingo de novembro, evento que reúne um número crescente de participantes do município e de outras localidades.

Figura 4 – Foto 4 – Caminhada da Seca em Senador Pompeu - Ceará



Fonte: Autoria da foto: Isadora Brant. Publicada por Amorim (2022)

Para encerrar este tema, apresento dados referentes ao maior período de seca do século XX no Nordeste brasileiro — os anos de 1979 a 1984 —, que possivelmente resultaram no maior número estimado de mortes causadas pela seca na região. Essa estiagem prolongada teve efeitos devastadores sobre a população, dada a sua intensidade e duração. Conforme Silva (2024, p. 01), durante esses cinco anos “todos os cursos d’água intermitentes e os açudes de pequeno e médio porte secaram, inviabilizando a lavoura de subsistência e as culturas de ciclo curto”. Conseqüentemente, pequenos produtores, agricultores e trabalhadores rurais perderam suas plantações e rebanhos, enfrentando uma pobreza extrema que afetou tanto o campo quanto as cidades.

Durante as décadas de 1960 e 1970, a ditadura militar intensificou a repressão aos movimentos sociais, em especial às Ligas Camponesas, que tiveram início no Engenho Galileia, em Vitória de Santo Antão, Pernambuco, espalhando-se posteriormente por outros estados do Nordeste. Muitos líderes dessas organizações foram presos ou assassinados por defenderem a reforma agrária e denunciarem as precárias condições de vida no campo. Entre eles, destaca-se João Pedro Teixeira, fundador da Liga Camponesa de Sapé, na Paraíba, morto em 1962 — sua história é retratada no filme *Cabra Marcado para Morrer*, dirigido por Eduardo Coutinho. No mesmo estado, a agricultora familiar, líder camponesa e sindicalista Margarida Maria Alves foi assassinada em 1983, atingida por um tiro de espingarda no rosto. A luta pela posse da terra e pela dignidade dos trabalhadores rurais resultou na morte de inúmeros homens e mulheres em todo o Brasil. Segundo estudo do historiador Gilney Viana (2024), 1.654 camponeses foram mortos ou desaparecidos durante o regime militar, entre 1964 e a promulgação da Constituição de 1988 (Camargo, 2024).

A intensa repressão política e social aos movimentos ligados ao campo resultou na desarticulação dos sindicatos de trabalhadores rurais, das ligas camponesas e de outras formas associativas, culminando no assassinato de centenas de líderes e apoiadores da reforma agrária e da luta pela posse da terra durante o regime ditatorial.

O movimento de organização dos trabalhadores era integrado por setores progressistas da Igreja Católica, que, apoiados na Teologia da Libertação, se colocavam ao lado dos trabalhadores rurais (Silva e Irschlinger, 2017). Destacam-se vozes emblemáticas como as de Dom Helder Câmara e de Dom Pedro Casaldáliga, cujas trajetórias foram marcadas pela defesa incansável dos direitos humanos, da justiça social e da luta pela terra no Brasil. Muitos desses membros — padres, freiras, leigos e leigas — também foram assassinados ou desapareceram. A violação cruel dos direitos humanos no campo atingiu não apenas sindicalistas e religiosos, mas também advogados e outros profissionais que atuavam junto aos movimentos sociais.

A atuação de Dom Hélder Câmara e Dom Pedro Casaldáliga foi fundamental na resistência à ditadura militar brasileira, especialmente no apoio aos movimentos sociais do campo alinhados à Teologia da Libertação. Dom Hélder, arcebispo de Olinda e Recife, destacou-se por sua defesa dos direitos humanos e dos oprimidos, tornando-se símbolo da luta contra a repressão do regime (Souza, 2015). Já Dom Pedro Casaldáliga, bispo da Prelazia de São Félix do Araguaia, foi um importante defensor dos camponeses, indígenas e trabalhadores rurais, enfrentando prisões e

ameaças devido à sua atuação (Menêses,2019). Ambos exemplificam a resistência religiosa que fortaleceu os movimentos sociais rurais, alvo constante da repressão estatal durante a ditadura.

Em 2013, a Secretaria de Direitos Humanos do Governo Dilma Rousseff publicou um livro que divulga a pesquisa do historiador Gilney Amorim Viana, que resgata as histórias dos camponeses cujos nomes foram excluídos da Justiça de Transição e que, portanto, foram privados dos direitos de reparação devidos pelo Estado brasileiro (Brasil, 2013).

Nesse cenário de seca extrema, restaram poucas formas de resistência, entre elas os saques, as invasões e a busca desesperada por meios de sobrevivência. Diante da fome avassaladora, homens e mulheres não temiam as represálias; os saques ao comércio das cidades e aos armazéns governamentais de alimentos tornaram-se frequentes. Na ética da fome, roubar para se alimentar não é pecado, e assim aqueles que agiam motivados pela necessidade encontravam o perdão social.

Conforme demonstrado no início deste capítulo, os primeiros anos da década de 1970 já indicavam um novo período de seca, e a transcrição das matérias do jornal *Diário de Pernambuco* (1970) exemplificava, com nomes e sobrenomes, algumas das milhares de vítimas da seca no Nordeste brasileiro. As idas e vindas desse fenômeno, mais político do que climático, consolidaram as Frentes de Emergência como a “política pública” mais efetiva no enfrentamento da seca no semiárido nordestino.

Em 1986, o Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE) publicou uma coletânea de pesquisas e artigos sobre o período da seca de 1979 a 1983, evidenciando, por meio dos dados apresentados, que ocorreu um genocídio na região Nordeste nesse intervalo. O livro traz uma lista de mais de 4 mil nomes de mortos no período (IBASE, 1986). Os dados, apresentados na tabela cuja imagem será reproduzida abaixo, revelam que, conforme o capítulo escrito por Cerqueira (1986), entre abril de 1979 e fevereiro de 1980, 514 municípios estavam afetados pela seca; em dezembro de 1983, esse número subiu para 1.124, correspondendo a 86,69% do território nordestino. Quanto à população residente afetada, em abril de 1979 eram 9.144.314 pessoas, o que correspondia a 27,67% da população regional; em dezembro de 1983, esse número alcançou 24.047.211 residentes, equivalentes a 66,94% do total. Já o número de empregados nas frentes de trabalho atingiu, em dezembro de 1983, nada menos que 2.643.500 nordestinos.

Esses dados evidenciam a extensão da seca e seu impacto na vida dos habitantes da região, como pode ser observado na tabela a seguir, que demonstra o crescimento anual tanto no número de municípios atingidos quanto na população afetada, ultrapassando vinte e quatro milhões de nordestinos.

Figura 5 – Foto 5 - Tabela de Abrangência Espacial e Demográfica das Secas no período de abril/79 a dezembro/1983, inclusive quantidade de alistados nas frentes de serviço.

TABELA 7

ABRANGÊNCIA ESPACIAL E DEMOGRÁFICA DAS SECAS NO PERÍODO DE ABRIL/1979 A DEZEMBRO/1983, INCLUSIVE QUANTIDADE DE ALISTADOS NAS FRENTE DE SERVIÇO.

Secas	EM EMERGÊNCIA					
	Nº de Municípios Atingidos	Área (km ²) Quantidade	% com relação do total do NE	População Residente Quantidade	% com relação do total do NE	Nº de empregados nas frentes de trabalho
abril/79 a fev/80	513	538.709	32,45	9.144.314	27,67	459.625
maio/80 a maio/81	988	1.399.086	84,27	19.487.201	59,18	719.851
junho/81 a maio/82	1.100	1.441.624	86,83	23.526.979	65,49	1.168.730
junho/82 a maio/83						746.804
junho/83 a dez/83	1.126	1.439.418	86,69	24.047.211	66,94	2.643.500*

Fonte: SUDENE / CORDEC / BOC

* Comissão Interministerial do Projeto Nordeste, fev. 1984.

Fonte: Foto da tabela publicada à pág. 62 do livro "O Genocídio do Nordeste (1979-1983)". IBASE, 1986

Outro aspecto que merece destaque na análise dos marcadores de corporeidade trazidos em toda a tese e interligado ao contexto da expropriação dos corpos nordestinos refere-se ao recorte de gênero e o papel dos corpos femininos nas frentes de emergência.

As frentes de serviço implementadas durante a seca de 1979 a 1983 no Nordeste brasileiro configuraram um espaço de intensa vivência social, política e econômica, marcado por uma forte presença feminina que, até então, fora pouco reconhecida. O protagonismo das mulheres sertanejas, especialmente em Afogados da Ingazeira, Pernambuco, revela um recorte de gênero essencial para compreender as dinâmicas de resistência e sobrevivência naquele contexto. O depoimento dessas

mulheres traz à luz não apenas suas experiências pessoais, mas também o papel ativo que desempenharam na organização comunitária, desafiando normas sociais e estereótipos patriarcais em um período de crise extrema. Essa resistência contou ainda com a denúncia constante do bispo local, Dom Egídio Bisol, que se posicionou publicamente contra as condições degradantes enfrentadas pela população sertaneja e a insuficiência das políticas públicas. Esses relatos e posicionamentos tornam-se fundamentais para humanizar e aprofundar a análise dos dados alarmantes da seca, que atingiu milhões de pessoas e transformou profundamente a vida no semiárido nordestino.

O documentário *O Bem Virá*, dirigido por Uilma Queiroz, destaca o protagonismo das mulheres sertanejas nas frentes de emergência durante a seca de 1983 no Sertão do Pajeú, Pernambuco. A partir de uma fotografia histórica de treze mulheres grávidas trabalhando em uma dessas frentes, o filme reconstrói suas trajetórias, revelando como, em meio à adversidade, elas assumiram papéis centrais na luta pela sobrevivência de suas famílias e comunidades.

Figura 6 – Foto 6 – Mulheres grávidas trabalhando na Frente de Emergência em Afogados da Ingazeira - PE



Fonte: Documentário *O Bem virá*. Produção Uilma Queiroz (2022)

Essas mulheres, muitas vezes chefes de família, enfrentaram jornadas exaustivas sob o sol escaldante, desafiando normas sociais e estruturas patriarcais que limitavam sua participação no espaço público. Os relatos das protagonistas evidenciam que, além do trabalho físico, elas enfrentaram e superaram relações

abusivas e desiguais, conquistando, ainda que temporariamente, autonomia financeira e uma nova percepção de si mesmas. O documentário, portanto, não apenas resgata memórias de resistência, mas também questiona estereótipos sobre a passividade feminina no sertão, mostrando que essas mulheres foram agentes de transformação social em um contexto de extrema vulnerabilidade.

As mulheres grávidas, expostas ao sol escaldante e às condições extremas das frentes de emergência, viveram uma realidade dura e sem concessões, não apenas para si mesmas, mas também para as vidas que carregavam em seus ventres. Como narrado por algumas delas, muitas sofreram abortos espontâneos ali mesmo, vítimas do esforço extenuante e da desnutrição. Além do trabalho físico árduo, participaram ativamente dos saques aos armazéns do governo, atos de resistência que representavam uma luta desesperada pela sobrevivência. Para poderem integrar formalmente as frentes de trabalho, essas mulheres precisaram ainda organizar um movimento social que exigisse o direito de se alistar – direito inicialmente negado a elas, reservado apenas aos homens. Essa mobilização revela a força política e a coragem dessas mulheres, que, diante das adversidades e exclusões, tornaram-se protagonistas de sua própria história e símbolos vivos da resistência no sertão nordestino.

A morte de nordestinos — especialmente de crianças — naquela década não poderia ser compreendida apenas por meio dos números alarmantes que a compunham. É fundamental considerar as causas estruturais que atravessavam essas mortes,

Nos anos iniciais da década de 1970, já se evidenciavam os contrastes com o que passou a ser denominado de “Novo Nordeste”. Esse projeto emergia como desdobramento do processo de industrialização impulsionado por políticas de desenvolvimento regional coordenadas pela Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), criada em 1959. Atuando como principal agente técnico e político do planejamento regional, a SUDENE mobilizava um conjunto de incentivos fiscais voltados à atração de investimentos privados oriundos do Sul e Sudeste do país.

Esses incentivos possibilitaram o financiamento de grandes empreendimentos industriais, promovendo a constituição de polos de desenvolvimento urbano-industrial em algumas áreas específicas da região. Como demonstram estudos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a lógica de ocupação industrial não priorizava

a equidade territorial, e tampouco considerava as urgências sociais que atravessavam o cotidiano da maioria da população nordestina (Goodman, Sena e Albuquerque, 1971). Ainda que o discurso dominante anunciasse uma modernização em curso, sustentada pela retórica do desenvolvimento, essa modernização se estruturava de forma seletiva e excludente.

O modelo adotado pouco interferiu nas causas estruturais da mortalidade infantil, fortemente vinculadas à precariedade das condições de vida: desnutrição, doenças parasitárias e infecciosas, ausência de saneamento básico e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. A política de industrialização, ao privilegiar os fluxos de capital e os interesses empresariais, manteve invisíveis as corporalidades vulnerabilizadas, reafirmando o lugar periférico e despossuído do Nordeste no interior do projeto de nação.

Não obstante sua centralidade nas políticas de desenvolvimento regional, a SUDENE era alvo de críticas contundentes por parte de governadores e empresários dos estados nordestinos. Em 1970, foi acusada de retardar o reconhecimento oficial do estado de calamidade pública decorrente da seca, a fim de não comprometer a alocação de recursos previamente destinados a projetos industriais já aprovados. A omissão institucional diante da emergência climática — que já provocava mortes por fome entre os chamados flagelados — explicitava o alinhamento da SUDENE a uma racionalidade tecnocrática que subordinava vidas vulnerabilizadas aos interesses do capital.

Como registrou a imprensa da época, empresários defendiam que a atuação do órgão deveria ser imediata diante de qualquer sinal de estiagem, priorizando um plano emergencial de socorro às populações afetadas. A morosidade administrativa, porém, apenas agravava o sofrimento das comunidades, tornando-se cúmplice do abandono estatal:

Quando protela o reconhecimento de um estado de calamidade já comprovado, inclusive pela morte de flagelados famintos, a Sudene agrava o problema, negando a ajuda necessária à assistência as vítimas desse fenômeno climático. Achem os empresários que ao primeiro sinal de seca, a Sudene deveria agir com presteza, auxiliando os governos dos estados assolados pela estiagem, através de um Plano de Emergência [...] (Diário de Pernambuco, 1970b, p. 09)

Fica evidente que o eixo estruturante dessas decisões não era a proteção das vidas expostas à fome e à morte. Esses corpos, marcados pela ausência de valor político e econômico, não figuravam como sujeitos de direito, mas como efeitos

colaterais toleráveis dentro do projeto de modernização seletiva. O que se articulava ali era o encontro entre os interesses do capital e aqueles que os representavam — fossem elites empresariais locais ou nacionais —, reiterando a despossessão como mecanismo constitutivo da política de desenvolvimento vigente.

Vale destacar que Josué de Castro (1946; 1951) já havia desmistificado a questão da fome como decorrente da condição climática. Quase duas décadas antes, afirmara e comprovara por meio de seus estudos, que a fome era, antes de tudo, resultante da ação, ou da omissão no desenvolvimento de políticas públicas, sendo, portanto, uma escolha política.

Segundo estimativa da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), publicada no Relatório de Desenvolvimento Regional (1972/1974), a fome endêmica atingia cerca de 75% das famílias pernambucanas. Esse dado assustador não era devido, apenas, aos períodos de estiagem que castigavam o semiárido, mas estava relacionado também, à monocultura açucareira que ocupava quase todo o território da zona da mata pernambucana. Assim, independentemente da condição climática que provocava a seca, a concentração de renda nas mãos de poucos, era e continua sendo o verdadeiro flagelo para parcela considerável da população brasileira.

No que se refere ao enfrentamento desses determinantes, surge com bastante destaque em Pernambuco, o trabalho do médico e professor Nelson Chaves, que constrói, a partir da Universidade Federal de Pernambuco, as bases de um trabalho voltado para o combate à desnutrição. O médico pernambucano Nelson Ferreira de Castro Chaves (1906–1982) desempenhou um papel fundamental na consolidação da nutrição como campo científico no Brasil, especialmente a partir da realidade social do Nordeste. Formado em Medicina em 1930, Chaves destacou-se por uma abordagem crítica que investigava as causas estruturais da desnutrição, articulando fatores biológicos, sociais e econômicos. Em 1957, fundou o Curso de Nutricionistas da Universidade do Recife e, em 1962, o Instituto de Nutrição da mesma universidade, ambos marcos na institucionalização da nutrição em bases comprometidas com a justiça social. Sua obra contribuiu decisivamente para o desenvolvimento do “paradigma ecológico-humanista”, que integra determinantes sociais à compreensão dos problemas alimentares (Vasconcelos, 2001).

4.3 CARUARU - O TERRITÓRIO-VIVO DA ATUAÇÃO POLÍTICA E SOCIAL

Caruaru, município localizado no Agreste Central pernambucano e na região do Planalto da Borborema, distante 130 km da capital do estado é rota de passagem entre o litoral e o sertão. Sua área territorial é de 923 km², com altitude média de 554 metros acima do nível do mar, o seu clima é predominantemente semiárido, com algumas áreas de brejo e o município integra o Bioma da Caatinga. O Censo de 2022 aponta uma população de 378.052 pessoas, com densidade demográfica de 409,52 habitantes por quilômetro quadrado. A população estimada para 2024 é de 402.290 pessoas (IBGE, 2022).

Sempre foi uma cidade de contrastes apresentando o convívio de famílias abastadas e comerciantes prósperos com parcelas da população alijadas do crescimento econômico da cidade. Cidade com perfil predominantemente urbano, conservou, no entanto, parte de sua população residindo na área rural, organizada em torno de povoados nos quais pequenos agricultores ocuparam pedaços de terra onde antes existiram as fazendas de gado e de café, bem como, os engenhos de cana.

Atualmente ocupa lugar de destaque no cenário econômico e político do estado, sendo o 4^o município mais populoso e o 67^o entre os municípios brasileiros (IBGE, 2022). A atividade econômica do município teve sempre no comércio seu maior expoente, saindo do comércio do gado em seus primórdios para o comércio varejista e de atacado nas últimas décadas.

Hoje, Caruaru é uma das mais importantes cidades do interior do estado e integra o polo de confecções do Agreste, atividade industrial e econômica que emprega boa parte de sua população. No lastro desses contrastes sociais gritantes, e apesar de sua atividade econômica pujante, os indicadores econômicos revelam as disparidades existentes.

Dados do IBGE apontam que em 2021, o *PIB per capita* era de R\$ 23.456,58, enquanto o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 1,7 salário-mínimo. Embora os dados do último censo demográfico ainda não tenham sido totalmente consolidados, o dado disponível para o indicador “Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário-mínimo” é o do ano de 2010 e aponta o valor de 36,3 % exemplificando a disparidade econômica presente no município. Lamentavelmente não existem dados mais recentes que possam favorecer o aspecto comparativo desse indicador (IBGE, 2022).

Por sua localização privilegiada, Caruaru foi se constituindo como polo para os demais municípios da região que se dirigem em busca de satisfação para as suas demandas nas áreas de comércio, educação, serviços médicos e hospitalares, além dos equipamentos culturais e de lazer.

Como polo de educação superior, sedia o Campus do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco, o Campus Caruaru da Universidade de Pernambuco e possui mais três Centros Universitários privados com oferta de cursos nas áreas de ciências humanas e de exatas, além de outras faculdades privadas que funcionam fora desses centros.

O Mapa 1 abaixo demonstra a localização do município de Caruaru em relação à área territorial do estado de Pernambuco, constituindo-se em passagem entre o litoral, a zona da mata e o sertão. Como se pode observar, Caruaru é considerada a porta de entrada para o sertão e, na condição de cidade mais desenvolvida da mesorregião do Agreste concentra a principal malha rodoviária que atravessa o estado. Sua condição de polo macrorregional também lhe traz um fluxo migratório importante, seja transitório por ocasião de suas famosas feiras ou mais fixo, por receber estudantes e profissionais que acabam fixando-se em seu território.

Figura 7 - Mapa 1 - Mesorregiões de Pernambuco com a localização geográfica de Caruaru



Fonte: Adaptação da autora ao Mapa existente em www.baixarmapas.com.br. Elaborado a partir de base cartográfica do IBGE. Acesso em 30.01.2025

Do ponto de vista da organização da rede de saúde, Caruaru é sede da IV Região de Saúde composta por 32 municípios e da II Macrorregional de Saúde, dentre as quatro que o estado possui. Nesta configuração abrange 58 municípios da IV e V regiões de saúde. Sua rede pública de saúde oferta diferentes graus de complexidade, desde a atenção primária até a atenção terciária, recebendo pessoas referenciadas

pelas unidades de saúde do agreste e do sertão do estado, especialmente nas áreas de traumatologia, clínica médica e obstetrícia. Em relação aos dados de saúde do município, destaque-se que o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) em 2022 foi de surpreendentes 13,17 óbitos por mil nascidos vivos (IBGE, 2023).

No que se refere à sua formação histórica, o território onde hoje se situa o município pertencia aos povos Tapuias-Cariris, de diversas etnias, como os Xucurus, Karapotós e Xocós, dizimados no processo de colonização. Alguns nomes de localidades das zonas urbana e rural ainda guardam vestígios da presença indígena no território: Murici, Caiucá, Xicuru, Juriti, Juá, Itaúna (Caruaru, 2024). Esse traço toponímico evidencia a permanência de referências originárias, mesmo diante dos processos de colonização e apagamento cultural. Um exemplo literário dessa dinâmica é oferecido por José Condé, um dos mais renomados escritores caruaruenses. Em seu romance *Terra de Caruaru*, o autor retrata, por meio da fala do fazendeiro João Teixeira — personagem que narra a conquista das terras —, aspectos simbólicos e materiais dessa apropriação do território:

Primeiro, matara índios, porque era preciso expulsá-los das terras a serem conquistadas; depois – conquistadas as terras – a luta para poder viver; a posse da água, datas e sesmarias, cada qual mais ávido que o outro no desejo de aumentar os domínios e, conseqüentemente, o poder. Daí as emboscadas, cadáveres secando ao sol, o ódio jorrando com o sangue (Condé, 2011, p. 38).

Embora o texto de José Condé não esteja vinculado a um personagem real, a fala romanceada do fazendeiro João Teixeira é representativa dos primórdios da história local e nos convida a refletir sobre como os povos originários conviviam com a realidade do semiárido nordestino. A tomada de suas terras e o extermínio de suas populações e culturas pelos colonizadores europeus — “ávidos no desejo de aumentar os domínios e o poder” — instauraram uma nova forma de relação com o ambiente e com a natureza, marcada pela lógica da devastação, da exaustão dos recursos e da perda da diversidade.

O povoamento do território que hoje corresponde à cidade de Caruaru remonta ao final do século XVII, com a chegada da família portuguesa Rodrigues de Sá. Após sucessivas gerações, as terras passaram ao domínio de José Rodrigues de Jesus, que, em 1781, mandou construir a capela de Nossa Senhora da Conceição, localizada

na Fazenda Caruru. Ao redor dessa edificação religiosa começou a se formar um povoado.

A posição geográfica estratégica, situada no entroncamento das rotas entre o agreste e o sertão — percorridas por vaqueiros com suas boiadas, bem como por mascates transportando mercadorias — favoreceu a formação de um ponto de encontro comercial. Nesse contexto, uma feira incipiente, organizada por moradores da fazenda e das redondezas, começou a ganhar expressão (Caruaru, 2024).

A vocação histórica de Caruaru para crescer em torno das feiras foi decisiva para que, mais recentemente, o Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN) reconhecesse a Feira de Caruaru como Patrimônio Cultural e Imaterial do Brasil. Ao conceder o título, o IPHAN ressaltou a interdependência vital entre cidade e feira, afirmando:

Caruaru é uma cidade que nasceu da feira, se expandiu e se consolidou junto com ela. Não há como separar uma da outra, tão dependentes entre si, que compõem um todo orgânico, numa verdadeira simbiose. (...) A pequena feira transformou a área central do povoado, agregando valores econômicos, sociais e culturais, estreitando cada vez mais a ligação da vida cotidiana do lugar com a Feira de Caruaru (Caruaru, 2024, p. 02).

Esse reconhecimento institucional reafirma o papel central da feira não apenas como espaço de trocas econômicas, mas como território simbólico onde se inscrevem formas de sociabilidade, saberes locais e práticas culturais que constituem a identidade coletiva de Caruaru ao longo dos séculos.

Reconhecida como a maior feira ao ar livre do mundo, a Feira de Caruaru é composta por 14 feiras distintas, com destaque para a Feira Livre, a Feira da Sulanca e a Feira de Artesanato (Caruaru, 2024). Juntas, elas formam um complexo de circulação econômica e cultural onde são comercializados produtos variados, como frutas, verduras, carnes, roupas, calçados e artigos artesanais. A riqueza e a diversidade dessa feira foram imortalizadas na canção do compositor caruaruense Onildo Almeida – A Feira de Caruaru, consagrada na voz de Luiz Gonzaga: “De tudo que há no mundo tem na Feira de Caruaru”.

Essa multiplicidade de produtos e expressões populares faz da feira um polo de atração constante para turistas, comerciantes e consumidores de diferentes regiões. A cada semana, milhares de pessoas compõem a chamada população flutuante do município, movimentando não apenas a economia local, mas também redes de sociabilidade, trocas culturais e modos de vida que sustentam a vitalidade da cidade.

Em relação ao aspecto cultural, Caruaru tem uma atividade bastante diversificada, tendo na arte do barro uma de suas maiores expressões artísticas com destaque para ceramistas como Mestre Vitalino, Mestre Galdino, Mestre Eudócio e Marliete, essa última, exímia produtora de miniaturas. Suas obras retratam, sobretudo, as situações representativas do cotidiano nordestino, fazendo com que o Alto do Moura, localidade berço dessa arte, tenha sido reconhecido pela UNESCO como o Maior Centro de Artes Figurativas das Américas. Ainda como expressão cultural popular, sua festa junina que tem duração de mais de 30 dias é conhecida como o Maior São João do Brasil.

4.3.1. A (Des)Organização dos serviços de saúde no município

Em Caruaru, os serviços municipais de saúde passaram a ter alguma organização a partir da promulgação da Lei nº 211/53 que criava o Serviço de Assistência Médico-dentária de Caruaru. Em 1955, foi criada pela Lei 499, a Diretoria de Saúde e Assistência Social, que mais tarde viria a transformar-se em Secretaria Municipal de Saúde, adotando desde esse período uma “política de caráter assistencialista, que ao longo dos anos, com maior ou menor intensidade, marcou as ações de saúde com um cunho eleitoreiro e clientelista” (Araújo, Souza e Queiroz, 1989).

No rastro da política de assistência médica voltada exclusivamente aos beneficiários da Previdência Social, coube aos estados e municípios brasileiros a responsabilidade por assistir às parcelas excluídas desse sistema — justamente as mais vulnerabilizadas social e economicamente. Em Caruaru, como em grande parte das cidades brasileiras, consolidou-se uma rede de saúde fragmentada, marcada pela pulverização das ações entre os níveis federal, estadual e municipal. Essa fragmentação resultou em serviços que operavam de forma isolada e desarticulada, sem diretrizes comuns ou coordenação efetiva (Araujo, Leite e Souza, 1991).

Sérgio Arouca, um dos principais ideólogos e articuladores da Reforma Sanitária Brasileira, tecia uma crítica a essa dispersão e a elegia como um entrave à universalização do acesso e à integralidade do cuidado. Segundo ele, a segmentação do sistema, fundada na lógica da previdência social e de serviços médicos sobrepostos, acabava por excluir parcelas significativas da população, criando bolsões de vulnerabilidade e reforçando as desigualdades sociais (Arouca, 2003). A

partir da necessidade de se rediscutir o conceito de saúde/doença e o processo de trabalho em saúde, alarga-se a perspectiva da relação médico/paciente, requerendo a ampliação das concepções sobre a estruturação do sistema de saúde.

Nesse sentido, Jairnilson Paim (2008) também destaca que a ausência de políticas públicas integradas e a fragmentação das ações dificultam o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, tais como pobreza, desnutrição e condições precárias de saneamento — elementos centrais para compreender o quadro sanitário adverso de muitas regiões do país. Em sua obra sobre a Reforma Sanitária Brasileira, o autor resgata a contribuição de Sérgio Arouca, especialmente a partir do pronunciamento intitulado *Democracia é Saúde*, proferido na VIII Conferência Nacional de Saúde. Ao revisitar a definição de saúde proposta pela OMS, Arouca propõe romper com a visão biomédica ao reposicionar o ciclo pobreza/doença em uma perspectiva ampliada e emancipatória:

Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até à informação sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo [...]. Cada vez, enfim que tais direitos são assegurados há uma população que luta mais e com maior consciência para transformar essa sociedade (Arouca, 1987a, pp. 36-37 Apud Paim, 2008, p. 120).

Portanto, a rede de saúde desenvolvida em Caruaru refletia não apenas a ausência de coordenação institucional, mas também a incapacidade de reconhecer e enfrentar as condições sociais e econômicas que determinavam o estado de saúde da população. Essa realidade evidenciava a urgência de políticas mais integradas, participativas e orientadas pela justiça social. A fragmentação, como destacado anteriormente, comprometia a construção de um sistema municipal robusto, capaz de atuar de forma articulada e sensível às demandas sociais, perpetuando o ciclo de abandono e vulnerabilidade — especialmente em um contexto marcado pela fome e pela miséria (Araujo, Leite e Souza, 1991).

Os indicadores de saúde da região do Agreste e do município de Caruaru seguiam o padrão tristemente característico do Nordeste brasileiro, revelando

números alarmantes que denunciavam o abandono diante da ausência de políticas públicas eficazes no combate à fome e seus efeitos sobre os corpos e a vida das crianças. Esses dados também expunham as contradições da chamada “indústria da seca”, que não apenas vitimava os mais vulneráveis, mas também os submetia ao controle do coronelismo político local. Relatórios da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) — órgão federal criado em 1959 por iniciativa de Celso Furtado, durante o governo de Juscelino Kubitschek — apontavam que a rota migratória em direção ao Sudeste, o elevado índice de analfabetismo entre a população adulta e as condições precárias de acesso ao saneamento básico eram fatores determinantes para o aumento das taxas de mortalidade na região (Brasil, 1997).

Durante o governo Geisel, o discurso social do regime frente aos desafios econômicos e políticos começou a se consolidar no âmbito do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND). No setor da saúde, adotaram-se políticas racionalizadoras inseridas em um projeto modernizador e autoritário. Essas medidas foram a resposta do Estado à crise sanitária do “milagre econômico”, marcada pelo difícil acesso aos serviços de saúde e pelo agravamento de indicadores como a mortalidade infantil, acidentes de trabalho, endemias e meningite (Paim, 2008).

Nesse período, o governo militar procurou desenvolver projetos “sociais” que aumentassem a adesão da população à ideologia da época e desenvolveu o Projeto de Interiorização das Ações e Serviços de Saneamento e Saúde (PIASS), voltado para alguns estados do Nordeste. Em Pernambuco, o município de Caruaru foi um dos contemplados com recursos do Projeto, os quais foram direcionados para a construção de pequenos postos de saúde (PS) na zona rural. O PS contava com a oferta de serviços de baixíssima resolutividade, não havia consulta médica regular e os cuidados elementares de saúde ficavam a cargo de um “agente de saúde”, que não possuía formação técnica e, em sua maioria, recebia treinamento simplificado para realização de curativos e aplicação de vacinas.

Segundo Escorel (1999), desde o início, o PIASS apresentou algumas características marcantes: foi concebido como um programa de grande impacto e visibilidade para a população, funcionando também como um meio de legitimar o regime vigente; tinha uma natureza tecnocrática, pois sua elaboração ficou limitada a um grupo restrito de técnicos considerados ‘iluminados’, mesmo tendo incorporado diversas propostas racionalizadoras defendidas pelo movimento sanitário; além disso,

o programa focava na interiorização das ações e serviços, e não na presença direta dos médicos:

De fins de 1975 a julho de 1976, o GT trabalha, procurando estruturar a proposta do programa e seu modelo. São discutidas e analisadas as experiências anteriores como a FSESP, as propostas de municipalização dos serviços de saúde da III Conferência Nacional de Saúde, os 'minipostos' da EMATER no Nordeste (...) e, de forma indireta, os programas de Caruaru (PE) e Montes Claros (MG). São trazidos a Brasília, como consultores, sanitaristas de experiência, como Carlos Gentile de Mello e Mário Magalhães. (...) concepções diferentes se chocavam na medida que a tendência dos técnicos do MS era valorizar a experiência da FSESP ou as técnicas de planejamento da OPAS, enquanto o IPEA defendia a proposta de um programa mais modesto com a ideia central da 'municipalização dos serviços de saúde'. (Rosas, 1981:69 Apud Escorel, 1999, pp163-164)

A experiência mineira, mesmo enfrentando tensões entre projetos conservadores e reformistas, tornou-se referência não apenas técnica, mas também simbólica, servindo de base para a formulação do PIASS e, posteriormente, das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do próprio SUS. Em contraste, a aplicação do PIASS em Caruaru se deu de forma limitada e tecnocrática, com foco na instalação de pequenos postos de saúde rurais, operados por agentes leigos, sem articulação territorial, sem garantia de continuidade e sem inserção em um projeto político mais amplo de transformação social (Escorel, 1999).

4.3.2 Os Anos 1980 e a Realidade Sanitária Municipal

A realidade sanitária na década de 1980 em Caruaru era representativa das condições de vida nas regiões periféricas do Brasil. O agravamento de sucessivas crises e o modelo econômico excludente empurravam a população rural para as cidades, gerando condições de vida degradantes para contingentes importantes e transformando o território em campo sumário de batalha pela vida.

Nas regiões Sul e Sudeste já se podia observar um perfil epidemiológico em que despontavam as doenças cardiovasculares, consequência das chamadas doenças "modernas e industriais", decorrentes de processos de trabalho mais sofisticados e do ritmo de trabalho acelerado dos grandes centros urbanos.

Enquanto isso, no interior do Nordeste brasileiro, continuavam a grassar a fome e a miséria, evidenciando a persistência das doenças denominadas "tradicionais" ou "da pobreza periférica" e impondo à população a convivência com enfermidades como

a esquistossomose, a doença de Chagas, a tuberculose, a desnutrição e outras doenças infecciosas e parasitárias, responsáveis por ceifar a vida de milhões de nordestinos ao longo dos anos (Araujo, Queiroz e Souza, 1989).

No entanto, é importante destacar que o aporte epistemológico da epidemiologia crítica conduz à reflexão de que não existem “doenças da pobreza” e sim, doenças da riqueza com desigualdade, ou seja, “doenças geradas por um sistema social que necessita da desigualdade” (Breilh, 2017, p. 12). Esse resgate se faz necessário para evitar a reprodução de mais um padrão de opressão, que se manifesta na atribuição de responsabilidade aos pobres por adoecerem de determinadas doenças consideradas “naturais” à sua condição de vida. Trata-se — e sempre se tratará — de uma construção social projetada sobre corpos que vivenciam processos de exclusão econômica nas diferentes regiões do Brasil.

Como já foi dito em outros momentos desta tese, haveria a possibilidade de utilizar vários indicadores de análise para descrever a transformação sanitária ocorrida em Caruaru, mas a utilização da mortalidade infantil em conjunto com o direito de acesso à saúde como parâmetros é, antes de tudo, um ato de resistência da pesquisadora à naturalização das mortes evitáveis e um manifesto em favor das vidas precárias e vulneráveis. Portanto, é por meio dessa análise que se pretende demonstrar como esses arranjos do poder foram decisivos ao longo de tantas décadas para naturalizar a mortalidade infantil das crianças nordestinas.

Embora os dados sejam diferentes em diversas fontes consultadas, situação decorrente da ausência de sistemas nacionais de informações em saúde nesse período, a essência da análise não é comprometida, pois em todas elas fica evidente a disparidade entre as regiões brasileiras, aproximando do que já foi denominado de “Belíndia” para descrever a desigualdade epidemiológica dos muitos brasis. O termo *Belíndia* foi cunhado pelo economista Edmar Bacha nos anos 1970 para descrever que o país guardava grandes disparidades econômicas, afirmando que o Brasil tinha uma Bélgica cercada por uma grande Índia (Correio Braziliense, n. 20493, 30/06/2019. Economia, p. 09).

Ao se analisar a mortalidade infantil no Brasil e no Nordeste nesse período, observa-se que já se consolidava uma tendência de queda vivenciada nos últimos 20 anos. Entretanto, a evolução dessa estimativa mostrou que entre as regiões brasileiras, o Nordeste sempre teve indicadores de mortalidade maiores do que os das demais regiões.

Em 1965, para cada mil crianças nascidas vivas, 99 morriam antes de completar 1 ano na região Sudeste, enquanto 153,9 morriam na região Nordeste, e o coeficiente de mortalidade infantil do Brasil era de 117,9 óbitos por mil nascidos vivos. Nascer no Nordeste brasileiro representava, para uma criança, um risco quase duas vezes maior de morrer antes de completar 1 ano de vida (Pernambuco, 1996).

Conforme evidenciado no Gráfico 1 abaixo, o comparativo da mortalidade infantil do Nordeste com o Brasil e com a região Sudeste demonstra que a tendência de queda não seguiu o mesmo padrão, enfatizando o quanto a mortalidade se manteve sempre mais alta no Nordeste do que aquela da região Sudeste e do Brasil como um todo.

Observe-se que a distância entre os dados das duas regiões vai se consolidando no decorrer de quase trinta anos, chegando a ser quase três vezes maior no início da década de 1990. Para cada mil nascidos vivos, morriam 63,1 no Nordeste e 26,8 no Sudeste (Pernambuco, 1996).

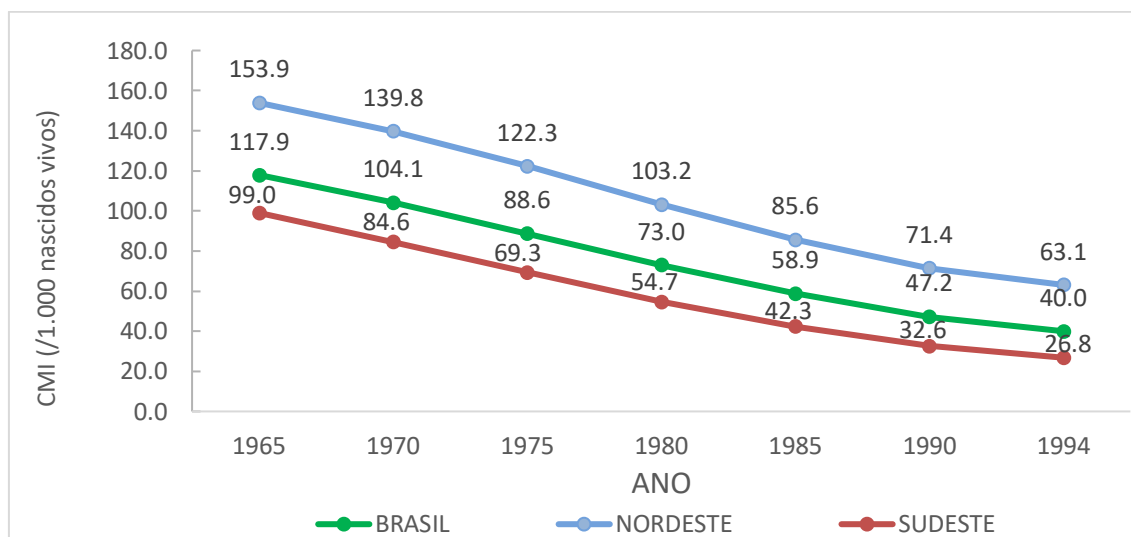
Contudo, neste primeiro recorte sobre os anos 1980, já se pode levantar vários questionamentos sobre a valoração socialmente dada aos corpos das crianças nordestinas, situando-a em um contexto em que as relações de poder estabeleceram quais vidas eram vulneráveis e precárias, e, se mereceriam ou não, maior ou menor proteção do Estado.

Importante ressaltar que a mortalidade infantil é nefasta em qualquer lugar do mundo. No Brasil, tanto as crianças nordestinas, quanto as sudestinas merecem viver e crescer com dignidade e em condições de desenvolver seu pleno potencial de vida, suas capacidades e funcionamentos, condições fundantes para a autonomia e a justiça (Sen, 2011).

O sentido comparativo é aqui utilizado para evidenciar as gritantes diferenças de investimento em políticas públicas nas duas regiões, gerando os determinantes sociais que puderam influenciar na redução ou não dessas inaceitáveis mortes. Mesmo no sudeste brasileiro - rico e industrializado - a mortalidade infantil vai atingir, predominantemente, os corpos que se encontram excluídos do acesso aos bens e serviços produzidos pelo complexo produtivo do capital, situação que se assemelha àquela descrita para as crianças nordestinas. O gráfico 1 apresenta a evolução do coeficiente de mortalidade infantil (CMI) por mil nascidos vivos entre os anos de 1965 e 1994. Neste período houve redução do CMI tanto nas regiões nordeste e sudeste

quanto no Brasil, como um todo, representando uma queda de 59,0%, 72,9% e 66,1%, respectivamente.

Gráfico 1 – Coeficientes de mortalidade infantil por mil nascidos vivos nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, 1965 – 1994.



Fonte: Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde, 1996.²¹

Ao tomar o cenário local como ponto de análise, dados trazidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco apontam que em 1980, o CMI de Caruaru era de 219,33 por mil nascidos vivos, enquanto o de Pernambuco era de 101,34 por mil nascidos vivos, e o do Brasil era de 73,0 por mil nascidos vivos (Pernambuco, 1996).

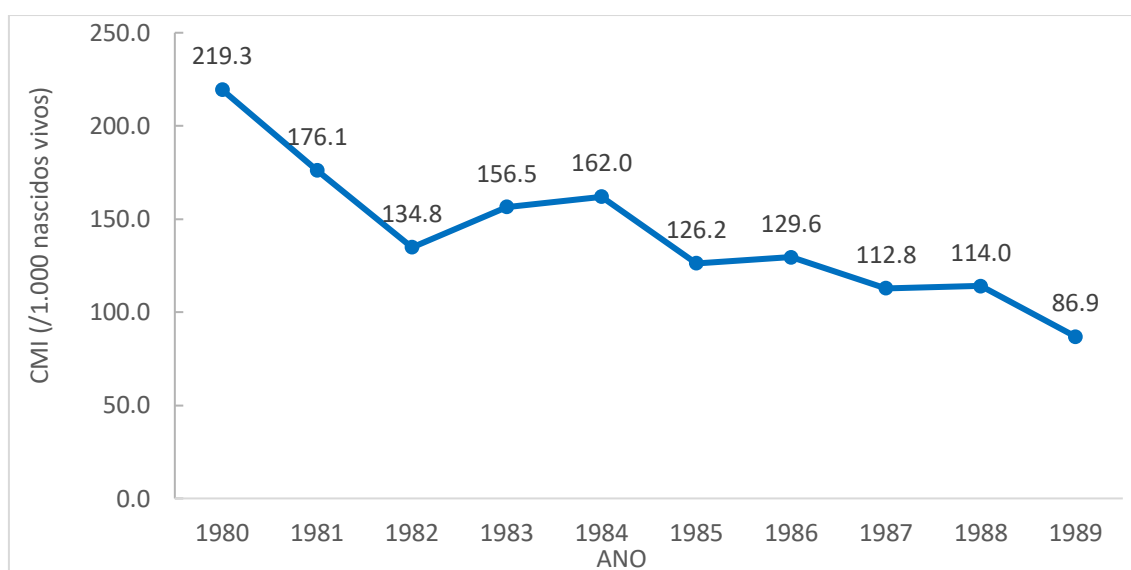
De acordo com o gráfico 2, os dados disponíveis apontam a estimativa da evolução do CMI no município de Caruaru entre os anos 1980 e 1989, evidenciando a importante tendência de queda da mortalidade nessa década. Se a década de 1980 abre com o CMI em 219,3 óbitos em menores de um ano por mil nascidos vivos, ao final este número chega a 86,9 óbitos em menores de um ano por mil nascidos vivos, representando uma redução de 60,4%.

Em que pese a dificuldade de trabalhar com dados díspares em diversas fontes pesquisadas, o objetivo deste trabalho não é o de fazer a análise epidemiológica dos componentes da mortalidade por grupos de causas ou de fazer ajustes na metodologia da coleta de dados pelas diversas fontes. Destaque-se uma vez mais,

²¹ Os dados apresentados no documento do Caderno do Projeto Salva Vidas nº 2 (Pernambuco, 1996) tiveram como fonte os dados originais: IBGE Censos demográficos e PNADS In: SIMÕES. Transição da mortalidade e condicionantes da mortalidade infantil (Tese de doutorado junto ao CEDEPLAR/UFMG)

que a ausência de sistemas de informação em saúde gerava distorções nos dados coletados, como é o caso da subnotificação do registro civil, viés importante que atravessa o cálculo da mortalidade infantil. No entanto, conforme será descrito a seguir, as mudanças no cenário local da secretaria municipal de saúde tiveram início com ações ainda incipientes a partir de 1983, as quais foram reestruturadas e ampliadas a partir da primeira gestão de dr. Antônio Vieira em 1989.

Gráfico 2 – Coeficientes de mortalidade infantil por mil nascidos vivos em Caruaru, 1980 – 1989.



Fonte: Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde, 1996.

Do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, nos anos iniciais da década de 1980 as ações de saúde eram pulverizadas e desarticuladas, seguindo a lógica das ações desenvolvidas no Nordeste pelo Programa de Interiorização das Ações e Serviços de Saúde (PIASS) e pelas Ações Integradas de Saúde (AIS).

No período, houve recuo das privatizações na Previdência e investimento no fortalecimento dos serviços públicos, com ênfase na descentralização, no planejamento institucional e na participação popular. As Ações Integradas de Saúde (AIS) foram ampliadas como estratégia de transição para reorganizar os serviços e apoiar mudanças no sistema de saúde, articulando-se às mobilizações políticas em torno da Constituinte e das eleições de 1986 (PAIM, 2008).

Em meados da década de 1980, Caruaru finalmente passou a evidenciar o início de estruturação de sua secretaria municipal de saúde, com a expansão da oferta

de serviços de saúde e a organização de uma estrutura burocrático-administrativa para gerenciamento das ações de saúde então implantadas.

O médico José Abílio Alves de Oliveira Neto conduziu a pasta nesse período, antecedendo a primeira gestão do médico Antônio Vieira. Embora as ações seguissem a lógica vigente de um modelo de saúde fragmentado, com ações pulverizadas no território, é inegável que a partir deste momento, as iniciativas locais começaram a apresentar respostas para o enfrentamento do difícil quadro sanitário do município.

Um dos mais importantes programas de saúde implantados foi o Programa de Suplementação de Vitamina A, em parceria com o Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, projeto coordenado pelo Professor Hernando Flores. Foram realizadas campanhas de vacinação para os menores de 5 anos, e posteriormente foi incorporada ao calendário de vacinação do município, fazendo parte da rotina das ações ofertadas.

Nos anos 1980, o Ministério da Saúde, via Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), identificou a necessidade de ações contra a deficiência de vitamina A em áreas de risco. A partir de 1983, iniciou-se a suplementação com cápsulas de vitamina A para crianças pré-escolares, geralmente junto à vacina antipólio, especialmente no Nordeste e no Vale do Jequitinhonha. Além das ações federais, também houve iniciativas independentes promovidas por prefeituras, como as de Caruaru (PE) e Feira de Santana (BA), bem como por organizações não governamentais, como a Cruz Vermelha no Ceará (Martins et al., 2007).

Nesse período, acreditava-se que o combate à *hipovitaminose A* estaria ligado à prevenção da cegueira noturna, mas o aporte científico trazido pelos estudos da universidade e pelos conhecimentos do professor Flores em estudos desenvolvidos na América Latina e no Caribe, apontavam para a importância dos níveis de retinol sérico no combate à desnutrição (Oliveira, 2004).

O Centro de Produção de Alimentos foi outra importante iniciativa local, responsável pela fabricação e distribuição regular de leite e pão de soja para a população atendida pelas unidades de saúde. Embora o sabor desses produtos fosse inicialmente estranho ao paladar popular da região, gerando certa resistência, eles foram gradualmente aceitos e acabaram sendo incorporados à merenda escolar das creches e escolas municipais. Essas ações eram coordenadas pela secretaria

municipal de saúde, em colaboração com as secretarias de desenvolvimento social e de educação do município (Caruaru, 1990).

Diante da necessidade de combater a desnutrição infantil, esses programas estavam articulados com o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), programa do Governo Federal, desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde, que distribuía leite em pó, arroz, macarrão e outros gêneros alimentícios para gestantes, nutrizes e crianças até os 5 anos de idade.

Em nível nacional, a Igreja Católica, por meio da Pastoral da Criança vinculada à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), promovia a distribuição da Multimistura nas comunidades. Desenvolvida pela médica pediatra e nutróloga Clara Takaki Brandão (CNBB, 2005), a mistura era composta por farelos de arroz ou trigo, pó de folhas de mandioca e pó de sementes como gergelim ou abóbora. Foi amplamente distribuída em áreas rurais e periferias urbanas, com o peso das crianças sendo monitorado por agentes de saúde da própria Pastoral.

Nos primeiros anos, a Multimistura foi utilizada em todo o país, sem questionamentos quanto à sua eficácia. No entanto, pesquisas realizadas no início dos anos 2000 apontaram que o suplemento não apresentava impacto significativo no estado nutricional das crianças. Em 2009, o Conselho Federal de Nutrição (CFN) emitiu parecer desaconselhando o uso do produto (CFN, 2009).

No município, paralelamente a essas ações, foi implementado o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 5 anos. Esse monitoramento era realizado com o apoio dos alimentos fornecidos tanto pelo Centro de Produção de Alimentos quanto pelo Programa de Suplementação Alimentar. As crianças eram avaliadas mensalmente em consultas de puericultura conduzidas por enfermeiras da rede municipal e estadual de saúde, com apoio de nutricionistas (Caruaru, 1990,1991,1998).

Outro destaque dessa época foi a implantação do Projeto de Fitoterapia que produziu medicamentos fitoterápicos para distribuição nas unidades de saúde, estando ligado ao Departamento de Farmácia da Universidade Federal de Pernambuco, sob a orientação da Professora Nelly Caetano Pisciotano, e com supervisão técnica da farmacêutica Maria Aparecida de Souza, que posteriormente veio a ocupar o cargo de secretária municipal de saúde. O uso de plantas medicinais da região sempre encontrou boa acolhida junto aos usuários, unindo o saber popular ao saber científico, contrapondo-se ao paradigma hegemônico da racionalidade

científica horizontal e abrindo espaço para outras racionalidades verticais que valorizam a produção do saber local. O xarope produzido com a planta *Acanthospermum hispidum* DC (Espinho de Cigano), por exemplo, foi largamente utilizado em Infecções Respiratórias Agudas tendo seu efeito comprovado por estudos realizados pelo Departamento de Farmácia da Universidade Federal da Paraíba.

Portanto, apesar da centralização advinda dos programas e ações propostas nacionalmente sem a devida contextualização no campo da saúde, estas iniciativas locais específicas e em consonância com a realidade começaram a desenhar uma nova possibilidade de intervenção no território, ampliando a oferta de ações e de serviços de saúde. Não há estudos que analisem o impacto da implantação das ações desenvolvidas pela gestão municipal no período, mas a queda progressiva de indicadores sensíveis às condições de vida da população - como é o caso da mortalidade infantil - aponta para a importância das ações que foram adotadas nesse período. Destaque-se ainda, o processo de urbanização da cidade com ações de saneamento, implantação de ações de vigilância sanitária, dentre outras.

Em 1987, com a criação oficial dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), o governo federal, por meio do INAMPS, buscava promover a descentralização dos serviços, o fortalecimento institucional e o controle social no setor saúde. O SUDS foi concebido como uma estratégia de transição rumo ao SUS e como parte do processo de desmonte programado do INAMPS. No entanto, sua implantação gerou divisões dentro do movimento sanitário: enquanto uma parte via o SUDS como trincheira técnico-institucional capaz de viabilizar modelos assistenciais e fortalecer a Reforma Sanitária, outra o criticava por reduzir a reforma a uma lógica meramente administrativa e eficientista. Assim, o SUDS tornou-se ponto de tensão no debate sobre os rumos e o alcance político da reforma do sistema de saúde brasileiro (Paim, 2008).

No âmbito local, ao final de sua gestão, o médico José Abílio buscava, junto ao INAMPS e à Secretaria Estadual de Saúde, a adesão do município de Caruaru ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implantado nacionalmente naquele período. Contudo, essa adesão não se concretizou. A proposta de implantação do SUDS em Caruaru foi elaborada de forma conjunta pelos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde Guilherme Felipe de Azevedo, Flora Raquel de Freitas Araújo e Maria Aparecida de Souza.

Na efervescência dessas questões e sob os ventos da redemocratização do país, tem início, em janeiro de 1989, a gestão de Dr. Antônio Vieira à frente da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru, após um pleito municipal bastante acirrado que consagrou a vitória do mesmo grupo político anterior, representativo do campo da esquerda no cenário local.

Uma das primeiras iniciativas do secretário municipal de saúde, Dr. Antônio Vieira, foi democratizar o acesso à formação técnica, incentivando todos os profissionais interessados em participar do processo seletivo para o curso de especialização em Saúde Pública oferecido pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em Pernambuco. Após seis meses de formação, os três técnicos da equipe — Flora Raquel de Freitas Araújo, Maria Aparecida de Souza e Paulo Florêncio de Queiroz — retornaram a Caruaru com a elaboração da “Proposta de Redirecionamento da Política Municipal de Saúde para o Município de Caruaru” (PRPMSC) ²² como trabalho de conclusão do curso.

Nesse contexto, as discussões sobre a implantação do SUS ganhavam intensidade em todo o país, enquanto a recente aprovação da Constituição de 1988 — que consagrava a “saúde como direito de todos e dever do Estado” — reverberava sob o sol escaldante do Nordeste brasileiro. Foi nesse cenário que a competência técnica recém adquirida por jovens idealistas, que abraçavam os princípios do SUS como um ideal libertário, encontrou-se com o reservatório ético construído ao longo da vida pelo médico Antônio Vieira.

A principal contribuição trazida no retorno dos técnicos a Caruaru foi a mudança na visão local sobre o protagonismo do planejamento das ações de saúde a serem desenvolvidas e na amplitude que essas ações deveriam assumir na transformação do quadro sanitário vigente. Assim, rompia-se institucionalmente, uma situação de conformismo com as políticas de saúde planejadas sem a necessária contextualização, herdadas do modelo normativo implantado no País pelos organismos OPAS/CENDES (Escorel, 1999).

A exemplo do movimento que acontecia em outros municípios e em secretarias estaduais de saúde, também em Caruaru, a inserção de técnicos especialistas em saúde pública e coletiva nas estruturas burocráticas, aliada ao poder político

²² Essa proposta foi o ponto de partida para o planejamento e organização do sistema de saúde municipal, lançando as bases para elaboração do primeiro Plano Municipal de Saúde, em 1991.

comprometido socialmente, foi capaz de proporcionar mudanças necessárias na dura realidade vivenciada até então.

O produto do X Curso de Especialização em Saúde Pública, promovido pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Fundação Oswaldo Cruz (NESC/FIOCRUZ) em 1989, foi uma proposta de redirecionamento da política de saúde baseada no Planejamento Estratégico Situacional (PES), idealizado pelo chileno Carlos Matus (1989). Fundamentada no profundo conhecimento que os técnicos tinham da realidade municipal, a PRPMSC conseguiu realizar um diagnóstico situacional detalhado e preciso, essencial para orientar as mudanças necessárias à sua implementação. Essa proposta representava uma ruptura com a concepção tradicional de serviços assistencialistas, distribuídos de forma aleatória no território, muitas vezes influenciados por pressões políticas.

[...] A junção destes fatores favoráveis às mudanças, aliado à adoção de uma postura crítica e construtiva por parte dos profissionais, foi determinante na escolha da política de saúde do município como âmbito problemático a ser focado no presente trabalho. Fica evidente a importância de seu redirecionamento, de modo que ela possa adequar a Secretaria de Saúde Municipal à nova realidade, no que diz respeito à responsabilidade do município e aos direitos da população em relação à saúde. (Araujo, Souza e Queiroz, 1989, página 06)

Embora Caruaru não tenha contado com um movimento sanitário fortemente articulado, participou ativamente do processo de discussão dos princípios do SUS e do papel da gestão municipal no Sistema Local de Saúde. Esse engajamento foi crucial, pois incentivou os profissionais a refletirem sobre seu papel nas instituições e possibilitou a avaliação dos serviços prestados. Assim, tornou-se imprescindível reorientar a política de saúde, buscando enfrentar a crise do setor e prevenir a dispersão e a duplicidade de ações fragmentadas e pouco articuladas:

[...] Este movimento foi extremamente importante, pois levou os profissionais de saúde a questionarem seu papel dentro das instituições e possibilitou a discussão e avaliação dos serviços de saúde prestados pelo município. Passou a existir a necessidade de redirecionar a política de saúde, a partir da crise pela qual passa o setor, para se evitar a prestação de serviços pulverizados e isolados, onde se executam ações descoordenadas e muitas vezes sobrepostas. (Araujo, Souza e Queiroz, 1989, p. 05).

Ao falar da situação econômica do município e sobre os determinantes das condições de saúde, o documento apontava:

[...] Estas desigualdades se intensificaram com o agravamento da crise econômica, que provocou a transferência de grandes contingentes de trabalhadores do campo para a periferia das cidades, vivendo em condições sub-humanas, sem emprego fixo e sem proteção trabalhista e previdenciária (Araujo, Souza e Queiroz, 1989, p. 02)

[...] Constatamos, portanto, que no Nordeste estas contradições se tornam ainda mais evidentes, revelando uma diferença muito grande no estado de saúde entre os brasileiros das diversas regiões e das diversas classes sociais: um nordestino pobre vive 30 anos menos que um sulista rico, nos grupos pobres da população, em todas as regiões, o risco da mortalidade infantil é 10 vezes maior. (Araujo, Souza e Queiroz, 1989, p. 02)

4.4 O REDIRECIONAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE

4.4.1 A Década de 1990 e a Implantação do SUS

Os anos iniciais da década de 1990 trouxeram fortes mudanças no cenário municipal. No âmbito da secretaria municipal de saúde, começava a ser posta em funcionamento a Proposta de Redirecionamento da Política de Saúde do Município de Caruaru (PRPSMC), construída pelos sanitaristas recém-formados pela FIOCRUZ e valorizados em seu papel técnico pelo gestor municipal, o dr. Vieira.

Como já foi dito, a proposta foi construída sob a égide do Planejamento Estratégico-Situacional, de Carlos Matus, e sua implantação foi supervisionada por grupo técnico em Planejamento do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, NESC/FIOCRUZ (Professores José Luiz Correia de Araujo Júnior, Antônio Gouveia Mendes e Ana Paula Sóter, além da médica sanitarista Paulette Cavalcanti de Albuquerque, que atuara como monitora do curso).

Instalava-se, pois, uma nova visão de gestão, na qual a figura centralizadora do secretário municipal era substituída por uma nova forma de gestão, na qual as decisões passavam a ser colegiadas, permitindo que os técnicos influíssem diretamente nelas por meio das ações de planejamento propostas.

Na época de elaboração da PRPSMC, a população do município estava estimada em 204.804 habitantes, com uma distribuição de 85% na zona urbana e 15% na zona rural, decréscimo explicado pelo fluxo migratório para a zona urbana em função dos constantes períodos de seca e pela dificuldade de acesso a técnicas e créditos agrícolas. A política de saúde definiu propostas de intervenção tanto para a

área urbana, quanto para a área rural, procurando respeitar os fluxos de acesso já estabelecidos, mas propondo novos arranjos em cada território (Araujo, Queiroz e Souza, 1989).

A PRPSMC formulou, inicialmente, um diagnóstico abrangente da situação da saúde municipal e identificou os principais *nós críticos* para o fortalecimento da política local. Foram eles: 1) Indefinição de um Modelo Assistencial de Saúde; 2) Deficiências na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde; 3) Ausência de uma política de recursos humanos voltada para a valorização e capacitação do pessoal; 4) Rede de Saúde insuficiente em quantidade e qualidade na prestação de serviços; e 5) Insuficiência de recursos financeiros (Araujo, Queiroz e Souza, 1989, pp. 20-21).

Após a identificação desses aspectos críticos, foram elaboradas operações que se desdobraram em ações e sub-ações específicas para cada um deles. Assim, iniciou-se um amplo movimento de mobilização para apresentar e debater o modelo assistencial proposto, fundamentado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), recém-implantado em âmbito nacional. Esse debate ocorreu em diversas instâncias — com vereadores e lideranças políticas; trabalhadores da saúde nos níveis municipal, estadual e federal; além das lideranças comunitárias e suas representações nas Associações de Moradores, Sindicatos e outros grupos organizados.

Mesmo antes da promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) já haviam ganhado centralidade na agenda política da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru (SMS/Caruaru). Tratava-se de um período de intensa efervescência, impulsionado pelos ventos da recente abertura política e pela expectativa de consolidação do processo de redemocratização do país.

Os técnicos da SMS/Caruaru participaram da formulação da Lei Orgânica Municipal no capítulo da Saúde, articulando-se com o assessor técnico da Câmara Municipal de Caruaru - Mário Ferreira - e com vereadores mais progressistas, o que permitiu que houvesse a incorporação das ideias trazidas pelo texto constitucional ao texto da lei municipal (Caruaru, 1990).

Foram estabelecidas as bases para um amplo diálogo dentro e fora da secretaria de saúde. Eram construídos os alicerces para a exposição do novo modelo assistencial, que contemplava a priorização dos vazios assistenciais e do mapeamento das áreas de vulnerabilidade. A presença da secretaria de saúde

estreitava a vinculação com a comunidade, trazendo para o centro do debate as representações da sociedade civil organizada. O secretário de saúde ampliava sua capacidade de articulação política ao se reunir com os representantes das comunidades, que, muitas vezes, possuíam maior legitimidade e representatividade do que os eleitos por mandatos políticos. As portas da secretaria estavam sempre abertas para recebê-los, e assim, foi se constituindo o lastro de uma gestão verdadeiramente participativa. A população da zona rural passou a ser ouvida diretamente, em reuniões amplas, e suas necessidades começaram a ser contempladas por meio da presença concreta da secretaria.

A escuta popular se fez por meio de plenárias locais de saúde, ocasião em que havia a expressão das queixas da população, mas onde havia também a oportunidade de divulgar as premissas do novo modelo de atenção à saúde e de colher subsídios para a elaboração do primeiro Plano Municipal de Saúde, que representou a ampla expressão dos anseios da população local: a I Conferência Municipal de Saúde, realizada em 1991, contou com mais de 200 representantes da população, os quais ouviram atentamente a Conferência proferida pelo convidado, o médico Gilson de Cássia Marques de Carvalho²³, então secretário de saúde de São José dos Campos, SP – um dos expoentes da implantação do SUS no Brasil - e, participaram ativamente de mesas e oficinas promovidas para propiciar o debate das novas ideias que conceituavam saúde e que defendiam novas maneiras de pensar a organização das ações e dos serviços de saúde.

Inaugurou-se, então, um novo modo de contato com a população: a escuta tornou-se permanente, e novas lideranças foram surgindo, impulsionadas pelas discussões em torno do conceito ampliado de saúde e do papel da representação popular no controle social das ações de saúde. Dessa forma, foram sendo criadas as bases para a formação do Conselho Municipal de Saúde (Lei nº 3.440, de 20 de setembro de 1991), o qual se mostrou, de fato, representativo dos segmentos de usuários e trabalhadores, fortalecendo o nível decisório do controle social na gestão. Esse passo revelou-se de extrema importância na direção da transformação do modelo de atenção à saúde, ao possibilitar um novo tipo de pressão popular, oriunda

²³ Gilson de Cássia Marques de Carvalho foi médico pediatra e doutor em saúde pública. Grande defensor da participação social no controle e na formulação das políticas públicas na área da saúde. Além de secretário municipal de saúde de São José dos Campos/SP, ocupou o cargo de Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e foi presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS. Faleceu em 2014.

de comunidades mais organizadas e não apenas das antigas “lideranças”, que, por vezes, priorizavam seus próprios interesses em detrimento das demandas coletivas.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 1991–1993 foi elaborado como um marco representativo desse período e, ao consolidar a abordagem do Planejamento Estratégico Situacional (PES), definiu ações voltadas ao enfrentamento dos principais nós críticos identificados para a construção de uma nova política de saúde no município. O PMS já considerava o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) como um dos indicadores mais sensíveis a serem acompanhados no desenvolvimento da política municipal de saúde, e alertava para o fato de que o sub-registro dos nascidos vivos poderia gerar números mais altos do que os reais.

[...] Observa-se que o coeficiente é ainda consideravelmente elevado no município, contribuindo significativamente para o aumento dos níveis do estado como um todo. Apesar da mortalidade infantil do município estar em níveis muito acima do desejado, não se pode deixar de ressaltar que o sub-registro de nascidos vivos empurra estes níveis para cima, colaborando com o aumento artificial da taxa de mortalidade (Araujo, Leite e Souza, 1991, p. 21).

No entanto, estudos epidemiológicos desenvolvidos à época, apontavam a necessidade de estimar esse sub-registro em 30% dos nascidos vivos, o que, de fato, permitiria lidar com dados mais próximos da realidade (Pernambuco, 1996).

É importante destacar que, nesse período, os sistemas de informação em saúde eram incipientes, praticamente inexistentes, o que exigiu que a equipe técnica da SMS/Caruaru realizasse manualmente o levantamento dos dados de mortalidade do município. Esse trabalho envolveu a catalogação de todas as certidões de óbito disponíveis nas necrópoles da cidade e da zona rural, com posterior comparação aos registros do cartório civil, tanto em relação aos nascimentos quanto aos óbitos.

Ao analisar os grupos de causas da mortalidade geral e infantil, destacava-se, como principal, a categoria “Sinais, Sintomas e Afecções Mal Definidos” (SSAMD). Essa classificação, ao ocultar as reais causas das mortes, evidenciava o despreparo dos profissionais de saúde para o correto preenchimento das declarações de óbito — uma realidade vivenciada em todo o estado.

No ano de 1990, mais dois técnicos da SMS participaram do XI Curso de Especialização em Saúde Pública do NESC/FIOCRUZ (Altair Ferreira da Silva e José Alexandre Barbosa Leite) trazendo importante contribuição para os estudos sobre a organização do sistema de mortalidade do município (Silva e Leite, 1990). Assim, a

equipe de gestão central da SMS passava a contar com cinco sanitaristas formados pela FIOCRUZ, que coordenaram tecnicamente o processo de reordenamento da política de saúde.

Embora o foco deste trabalho não seja a análise do perfil epidemiológico do município, é fundamental destacar o decréscimo do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) no período. Sabe-se amplamente que a reorganização dos arranjos institucionais no sistema de saúde, por si só, não é suficiente para transformar as condições de vida que impactam diretamente esse indicador. No entanto, os dados apontam que o planejamento estratégico orientou ações fundamentais para a ordenação dos serviços de saúde — e foram essas ações que, de fato, repercutiram significativamente na realidade municipal.

Os dados apresentados no Relatório de Gestão de 1991 evidenciam os resultados concretos do processo de reorganização da rede de saúde, conduzido sob a ótica da atenção primária. Muito antes de a realização do pré-natal por enfermeiras ser institucionalizada pela Política Nacional de Atenção Básica, Caruaru já demonstrava pioneirismo ao capacitar sua equipe de enfermagem para atuar na captação ativa de gestantes nas áreas de cobertura dos Postos de Saúde (PS), assumindo a condução do acompanhamento pré-natal. Essa iniciativa não apenas ampliou o acesso, como também contribuiu para a integralidade do cuidado. Como resultado, houve um aumento de 96,2% no número de consultas de pré-natal em relação ao ano anterior. No mesmo período, o Programa de Suplementação Alimentar beneficiou 39.884 pessoas — entre gestantes, nutrizes e crianças de até cinco anos — com a distribuição de 193.730 kg de alimentos (leite, arroz, feijão, macarrão e mistura láctea), articulando segurança alimentar e atenção nutricional como parte da estratégia de cuidado. A cobertura vacinal de rotina também apresentou avanço expressivo, com incremento de 78,4% em relação ao ano anterior. Esses dados refletem a eficácia de um modelo de gestão comprometido com os princípios do SUS, especialmente a equidade, a universalidade e a territorialização da atenção (Caruaru,1991).

Uma ação de grande impacto implementada no período foi o cadastramento de todas as parteiras tradicionais do município. Mesmo nos rincões mais distantes da zona rural, essas mulheres foram identificadas e inseridas em um processo de formação voltado para práticas seguras de parto, com ênfase nos cuidados de higiene e assepsia dos instrumentais. Em parceria com a organização não governamental

CAIS do Parto — financiada pelo UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) —, a Secretaria Municipal de Saúde passou a fornecer kits de parto (compostos por tesoura, pinças, luvas, gaze e álcool iodado). Após cada parto, o kit utilizado era devolvido no Posto de Saúde (PS) e substituído por outro já esterilizado. Essa estratégia, aliada à ampliação da cobertura vacinal e ao fortalecimento das ações de pré-natal, ao integrar os saberes tradicionais às diretrizes do cuidado seguro, contribuiu para a redução dos casos de tétano neonatal no município.

Outro grave problema enfrentado derivava da insuficiência de médicos nas unidades de saúde existentes, o que impactava diretamente a pretensão de ampliar a oferta de consultas na rede em expansão. A interiorização do ensino de medicina era um sonho ainda distante, e os vazios assistenciais eram evidentes e preocupantes. Naquela época, a zona rural contava com 17 postos de saúde, em sua maioria herdados do PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento) ou Projeto Nordeste, e à estrutura inicial composta por auxiliares de enfermagem ou agentes de saúde foram acrescentadas uma enfermeira e uma assistente social, que atuavam de forma volante pelas unidades. Essas profissionais realizavam ações programáticas voltadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, ao pré-natal e às ações educativas de saúde. Desde a gestão anterior, unidades móveis levavam atendimento odontológico aos locais mais distantes do município, mas ainda não eram suficientes para ampliar o acesso da população rural.

Em meados do ano de 1991 foi pensado um programa chamado *Caravana da Saúde*²⁴ que serviu como motor de uma maior aproximação entre a secretaria de saúde e as comunidades rurais. Semanalmente uma comunidade rural era visitada por toda a estrutura técnica da SMS, quando passaram a ser levadas ao interior do município todas as ações de saúde já oferecidas nos centros e postos de saúde da zona urbana: imunização, exame citopatológico, pré-natal, acompanhamento do crescimento das crianças, consultas médicas, atendimento odontológico, controle de zoonoses, vacinação antirrábica, educação popular em saúde, consulta nutricional, métodos contraceptivos e várias outras ações de saúde, incluindo uma articulação

²⁴ O termo foi escolhido por Dr. Vieira que se inspirara na palavra de etimologia persa *Karwānsarāi* (palácio das caravanas, estalagem) traduzido como Caravançará: s.m. estalagem pública, no Oriente Médio, para hospedar gratuitamente as caravanas que viajam para regiões desérticas (HOUAISS, 2001).

com a Pastoral da Criança para distribuição da Multimistura e dos Sais de Reidratação Oral, incluindo a distribuição das colheres dosadoras do chamado “soro caseiro”.

Ao tempo em que essas ações ganhavam força no enfrentamento das situações de desassistência, acontecia o movimento de municipalização dos serviços de saúde. Apesar de o texto constitucional de 1988 definir a hierarquização da rede e a descentralização das ações e serviços de saúde como diretrizes organizativas do SUS, esse processo foi lento e realizado de forma cartorial.

O poder político, fortemente centralizado no governo federal, dificultava que os municípios criassem as condições necessárias para assumirem o papel de gestores locais do SUS, mantendo a prática de convênios para o repasse de recursos, sempre intermediados pelos governos estaduais, além da edição de Normas Operacionais que impunham critérios rígidos para que os municípios pudessem assumir suas responsabilidades.

Nesse cenário político, o governo Collor recém empossado submetia-se aos interesses do capital privado e buscava desestabilizar o incipiente sistema de saúde, apostando em sua inviabilidade. Assim, a Lei nº 8.142/90, que tratava da participação popular no SUS e dos critérios para o financiamento, foi inicialmente vetada. Contudo, graças à pressão popular e de entidades da sociedade civil, a lei retornou ao ordenamento jurídico. Ainda assim, até hoje, não foram definidos marcos claros para o financiamento do sistema, o que impacta diretamente a plena implementação do SUS como uma conquista da cidadania brasileira.

No âmbito municipal, apesar das limitações impostas em nível nacional, a PRPMSC foi sendo desenvolvida, dando continuidade ao planejamento anterior e ocupando espaços importantes que garantiam sua viabilidade e execução.

Em 1992, o Dr. Vieira e parte de sua equipe participaram da IX Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, ocasião em que tomaram conhecimento da ideia inicial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), adotando imediatamente as providências necessárias para sua implantação no município. Entusiasmado com a perspectiva de ampliar o cuidado em saúde às populações periféricas e mais vulneráveis, o secretário promoveu a adesão do município ao PACS, viabilizando a entrada dos primeiros agentes comunitários de saúde.

No decorrer desse ano e dos seguintes, iniciou-se o processo de “municipalização” da saúde. Por meio de convênios específicos, os entes federados acordavam o repasse das ações e serviços para o município. Inicialmente, ocorreu a

cessão dos recursos humanos da atenção básica da rede estadual e daqueles que atuavam no Posto de Atendimento Médico (PAM) do INAMPS, com a incorporação desses profissionais — médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, além de outros trabalhadores da saúde — à rede municipal. Em seguida, foram incorporados os agentes de endemias da Fundação SESP e da SUCAM que atuavam no município.

Esse incremento de profissionais na rede de saúde permitiu que, gradualmente, fossem ampliadas as ofertas de consultas médicas nas especialidades básicas — fato que certamente contribuiu para a diminuição das internações hospitalares por doenças diarreicas e respiratórias, influenciando na redução dos casos graves e, conseqüentemente, impactando positivamente na mortalidade infantil.

O pensamento do Dr. Vieira, ao fazer uma avaliação de sua gestão, foi assim expresso por ele:

O início tímido, tateante, durou pouco e logo foi substituído por um ritmo trepidante de mudanças que nos deixam satisfeitos e orgulhosos. A Secretaria de Saúde que já existia com programas e com uma equipe multiprofissional, adquiriu a consciência da necessidade de uma integração maior com a comunidade e desenvolveu a sua atividade no sentido da consolidação do SUS. [...] Foram preparados recursos humanos em todos os níveis, de modo a permitir a introdução e a incorporação de novas ideias e de novos programas, sempre na observância da capacidade de torná-los exequíveis e úteis à população (Rocha Filho, 1992).

Essa manifestação do secretário de saúde de Caruaru deixou evidente a sua confiança no novo modelo implantado e nas mudanças que ele seria capaz de promover ao longo do tempo, desde que se constituísse como palco das grandes transformações necessárias na política de saúde do município:

A alteração dos critérios de prestação de serviços, fugindo aos padrões assistenciais-clientelísticos, passando-se a adotar a visão epidemiológica, foi responsável pela maior eficácia deles, além de permitir o estabelecimento de prioridades (Rocha Filho, 1992).

Uma das marcas mais importantes desse período de gestão foi a articulação com a população. A implantação de um Conselho Municipal de Saúde independente e representativo dos diversos segmentos da comunidade e dos trabalhadores foi fundamental para o acompanhamento das ações do governo, para a proposição de novos caminhos e para a legitimidade da proposta técnica.

[...] Com a instalação e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde acreditamos ter inaugurado um novo relacionamento da sociedade civil organizada com as autoridades de saúde, lobrigando assim uma cooperação harmônica, uma co-responsabilidade em todos os momentos e fases da administração das coisas da saúde (Rocha Filho, 1992).

Ao final da primeira gestão do Dr. Vieira, o médico José Abílio²⁵ retornou à Secretaria de Saúde em 1993, permanecendo como secretário pelos quatro anos seguintes. O período entre 1993 e 1996 foi dedicado à consolidação dos programas e ações de saúde instituídos na SMS, destacando-se a implantação de três equipes do Programa Saúde da Família (PSF), cujo modelo começava a abrir novas possibilidades para a atenção à saúde.

No período em que dr. Vieira esteve fora da Secretaria Municipal de Saúde, a equipe de técnicos assumiu funções e cargos na Diretoria Regional de Saúde²⁶, com área de abrangência de 32 municípios na mesorregião do agreste pernambucano. Dr. Antônio Vieira foi nomeado Diretor do Hospital Regional do Agreste, unidade hospitalar de atenção terciária, tendo a função de conduzir o processo de conclusão da obra e assessorar a direção regional no gerenciamento das ações necessárias ao seu funcionamento. Foi, portanto, o primeiro diretor daquela unidade hospitalar, ocupando esta função entre 1995 e 1996, quando então, se afastou para concorrer às eleições municipais.

No cenário estadual, em 1995, o governo de Pernambuco foi assumido pela terceira vez por Miguel Arraes de Alencar, tendo como vice-governador o médico radicado em Caruaru, Jorge José Gomes – amigo e aliado do dr. Vieira, defensor do Sistema Único de Saúde e importante colaborador da gestão municipal na articulação política, necessária à condução da pasta em tão importante momento.

Naquele ano foi lançado o Projeto Salva-Vidas²⁷, considerado um marco no enfrentamento da mortalidade infantil no estado de Pernambuco, estruturando ações para os municípios e para a rede estadual de saúde. Seu objetivo geral foi reduzir em pelo menos 30% a mortalidade infantil no estado de Pernambuco no período de 1995

²⁵ Gestão do Prefeito José Queiroz de Lima (1º de janeiro de 1993 a 1º de janeiro de 1997).

²⁶ Flora Raquel de Freitas Araujo – Diretora Regional da IV Região de Saúde (1995-1998); Maria Aparecida de Souza – Departamento de Saúde (1995-1997); Paulo Florêncio de Queiroz – Departamento de Vigilância Sanitária (1995-1997); Antônio Vieira da Rocha Filho – Assessor Técnico e Diretor do Hospital Regional do Agreste (1995-1997); Edilene de Castro Chaves – Mobilização Social (1995-1997).

²⁷ O Projeto Salva-Vidas foi um Programa de Governo que envolveu várias secretarias estaduais e teve início em 1995 na gestão do Secretário Estadual de Saúde, Jarbas Barbosa da Silva Filho e se estendeu até 1998 na gestão do Secretário Estadual Gilliat Hanois Falbo Neto.

a 1998 e, dada a magnitude do problema, pode-se dizer que foi um objetivo bastante ousado, mas demonstrava o tamanho do esforço empreendido para que fosse alcançado.

Houve uma seleção dos municípios considerados de maior risco, foram identificadas e localizadas as crianças que estavam incluídas nesses grupos de risco, monitorando-as após essa identificação, garantindo o acesso e a assistência primária, além de avaliar o impacto das ações desenvolvidas (Pernambuco, 1997, p. 19).

O município de Caruaru foi selecionado por se enquadrar no “critério A” estabelecido no projeto, ou seja, estar no grupo de municípios que apresentavam Índice de GINI²⁸ acima do 9º Decil, número de crianças indigentes de 0 a 6 anos acima de seis mil, população do município acima de 60 mil e PACS implantado (Pernambuco, 1997, p. 27).

Nesse período, na condição de gestora da IV Diretoria Regional de Saúde, participei ativamente da articulação das ações voltadas para a redução da mortalidade infantil, com ênfase no componente neonatal. Um dos focos foi a reorganização das ações do Hospital Regional Jesus Nazareno — maternidade pública de referência macrorregional, subordinada administrativamente àquela Diretoria. Foram viabilizadas capacitações para a equipe técnica da maternidade, implantado o Programa Mãe-Canguru, e, em 1998, o Hospital recebeu o título de *Hospital Amigo da Criança*, concedido pelo Ministério da Saúde e pelo UNICEF. Atuaram na gestão do Hospital a obstetra Maria de Fátima Abrantes e a pediatra Edla Bezerra, esta última responsável pela coordenação das ações para a implantação do Banco de Leite Humano.

Em 1997, após um hiato de quatro anos, tem início a segunda gestão do médico Antônio Vieira como secretário municipal de saúde, tendo como secretária adjunta de saúde, a farmacêutica sanitária Maria Aparecida de Souza. A gestão de 1997 a 2000 representou um acúmulo da força política do secretário, então eleito vice-prefeito do município. Ele que nunca fora participante de processos eleitorais, foi conclamado candidato a vice-prefeito pelas forças políticas mais progressistas do município e a

²⁸ Índice de GINI, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos (IPEA, 2004). Traduz a concentração de renda, cujo valor varia de 0 (zero) que é a perfeita igualdade, até 1 (um) que é a desigualdade máxima (Pernambuco, 1997, p.27)

chapa majoritária²⁹ sagrou-se vencedora. Seu nome sempre foi exemplo de seriedade no trato da coisa pública e um patrimônio ético reconhecido pelos munícipes.

Nessa gestão foi consolidado o modelo de atenção à saúde idealizado nos anos anteriores. Agora a SMS já dispunha de uma estrutura organizacional compatível com a dimensão de suas atribuições e um corpo técnico qualificado. No que se refere ao processo de gestão, Caruaru foi considerado como um dos municípios do país que passou a constar da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, por meio da Portaria MS nº 2.422, publicada no Diário Oficial da União de 23.03.1998. Este enquadramento permitia ao município o repasse de verbas fundo a fundo, o que significava que não se fazia mais necessária a intermediação da Secretaria Estadual de Saúde nesse processo.

Dessa forma, a autonomia financeira do Fundo Municipal de Saúde permitia maior agilidade no investimento dos programas e ações, administrando tanto os recursos repassados pelo Ministério da Saúde, quanto aqueles do Tesouro Municipal. Foi feita uma reformulação administrativa da SMS, dotando-a de uma estrutura burocrática à altura das competências e responsabilidades assumidas pela nova condição de gestão. Assim, Caruaru saía da condição de gestor da rede básica de serviços de saúde para avançar como gestor de toda a rede de saúde pública e privada complementar. Foi estruturado o Departamento de Planejamento, incorporando as atribuições de controle, avaliação e auditoria dos serviços da rede própria e daqueles executados pelos prestadores privados vinculados ao SUS municipal:

Conquistas importantes aconteceram no sentido de reafirmar o compromisso da Secretaria de Saúde com a melhoria da atenção básica de saúde, como a ampliação do PACS, cuja cobertura hoje atinge 100% da zona rural de Caruaru. A rede municipal de saúde está dotada, hoje, de um potencial de atendimento bastante expressivo, que compreende uma clínica da criança, dois serviços de pronto-atendimento pediátrico, 10 centros de saúde, 21 unidades do Programa de Saúde da Família, cinco postos de saúde, um centro de referência em DST/AIDS, duas odonto-clínicas, duas unidades móveis médico-odontológicas e um Centro de Produção de Alimentos. Somam-se a estas, as atividades de Vigilância em Saúde, desenvolvidas pela Vigilância Sanitária e pelo Controle de Vetores e Vigilância Animal (Caruaru, Relatório de Gestão 1997-1998)

²⁹ Prefeito João Lyra Neto. Vice-Prefeito Antônio Vieira da Rocha Filho (1º de janeiro de 1997 a 1º de janeiro de 2000).

O conjunto de medidas gestadas e implementadas a partir do saber produzido localmente — fruto de uma ampla articulação entre técnicos e gestores públicos comprometidos com a proteção das vidas mais vulneráveis e eticamente responsáveis pela transformação da dura realidade das crianças nordestinas — pode ser visualizado nos dados apresentados no Gráfico 3. Nele está representado o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) nos anos correspondentes à segunda gestão do Dr. Antônio Vieira como secretário municipal de Saúde de Caruaru.

É importante destacar que esse recorte temporal evidencia a continuidade de um padrão de queda da mortalidade infantil que já vinha se consolidando nas duas décadas anteriores. No entanto, as ações voltadas ao fortalecimento da atenção básica no município, bem como a qualificação da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, parecem ter contribuído significativamente para a manutenção da curva decrescente desse indicador.

A análise aqui apresentada não pretende ser reducionista vinculando a queda da mortalidade infantil, apenas, às ações realizadas pela secretaria municipal de saúde. Trata-se de um fenômeno complexo, decorrente, fundamentalmente, da exclusão social que produz os determinantes responsáveis por atingir determinados corpos, selecionando, de forma perversa, quais vidas “merecem” ser vividas. Assim, seria leviano afirmar uma relação causal direta e única. No contexto do município de Caruaru, o que fica demonstrado é que a ação local, conduzida pelo dr. Antônio Vieira e sua equipe técnica promoveu impacto necessário e suficiente para intervir na nefasta realidade das mortes evitáveis de crianças.

O poder daquela equipe não residia na promoção de mudanças estruturais na realidade econômica do país, como a garantia de emprego, renda, educação, habitação e condições ambientais adequadas. Nesse período, documentos do Projeto Salva-Vidas já apontavam que “cerca de 1/4 das crianças vivem em famílias cuja renda mensal é inferior a um salário-mínimo e 1/3 de seus genitores são analfabetos” (Pernambuco, 1997, p. 15). O mesmo diagnóstico indicava que “quase metade de suas moradias não têm água e 1/3 delas não dispõem de qualquer forma de esgotamento sanitário”. Diante da permanência desses determinantes estruturais, cabe indagar: qual foi, então, a real capacidade de intervenção daquela gestão?

A potência daquela gestão esteve justamente em reconhecer os limites impostos pela estrutura socioeconômica e, ainda assim, agir de forma estratégica e ética sobre o que estava ao seu alcance. Ao fortalecer a atenção básica, organizar os

fluxos assistenciais, capacitar profissionais e articular o cuidado com os saberes e práticas das comunidades locais, a equipe da Secretaria Municipal de Saúde foi capaz de reduzir a vulnerabilidade das crianças e qualificar as respostas institucionais diante da precariedade social. Essa capacidade de intervenção local, mesmo sem transformar as condições estruturais, revelou-se suficiente para incidir sobre determinantes imediatos da mortalidade infantil, demonstrando que políticas públicas territorializadas, sensíveis ao contexto e sustentadas pelo compromisso ético com a vida, podem gerar impactos concretos e duradouros.

Observa-se, portanto, a relação entre responsabilidade social e saúde prevista no artigo 14 da DUBDH e a atuação do gestor municipal de saúde: houve o compromisso intransigente em ampliar o acesso ao sistema de saúde, garantindo o cuidado adequado no momento oportuno, responsabilizando-se por cada vida e resgatando os “ninguéns” da invisibilidade.

Ao assumir a face do Estado para os cidadãos e cidadãs de sua comunidade, dr. Vieira e sua equipe instauram o reconhecimento da alteridade perdida e esquecida por séculos, rompendo um ciclo perverso de descaso com as vidas precárias, encarnando o Princípio Responsabilidade do qual nos falam Hans Jonas (2006) e Emmanuel Lévinas (1988).

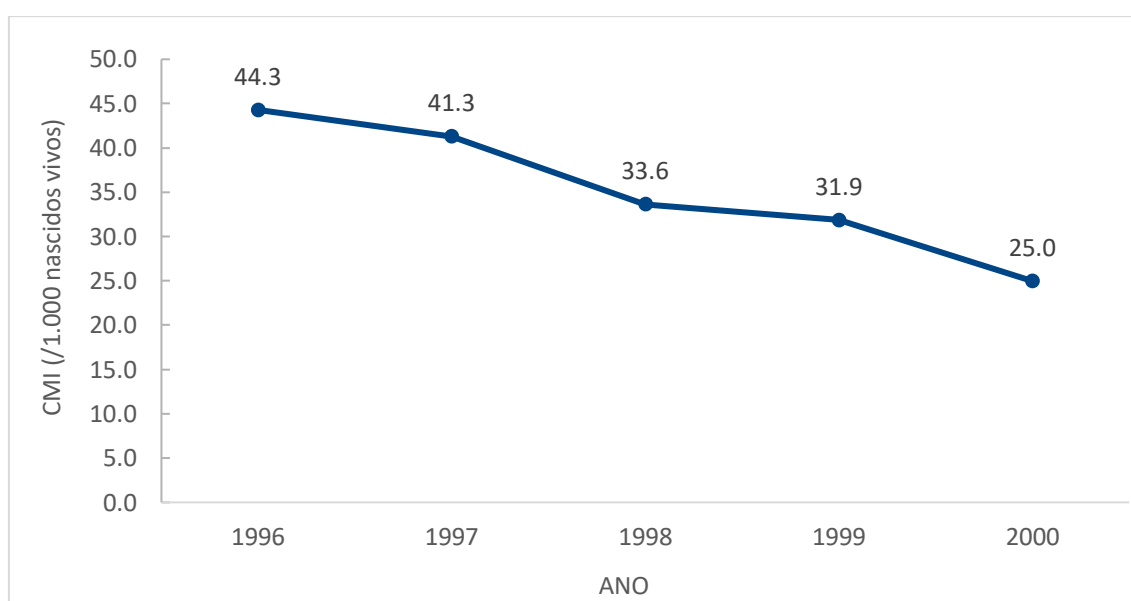
Ainda que a ética da responsabilidade, tal como formulada por Hans Jonas (2006) e Emmanuel Lévinas (1988), ofereça uma base relevante para pensar a exigência ética de cuidado com o outro, Schramm e Kottow (2001) apontam limitações importantes de sua aplicação ao campo da saúde pública. A responsabilidade, em Jonas, volta-se a um “outro” abstrato e futuro, o que dificulta sua operacionalização em contextos que exigem decisões concretas, imediatas e coletivas, como nas políticas de saúde. Já em Lévinas, a radical assimetria da relação entre o “eu” e o “outro” pode ser problematizada por não considerar suficientemente os vínculos institucionais e a necessidade de corresponsabilidade entre sujeitos e estruturas. Diante dessas limitações, os autores propõem o princípio da proteção como mais adequado para orientar ações em saúde pública, pois articula a responsabilidade ética com a necessidade de respostas institucionais efetivas às vulnerabilidades sociais, reforçando a exigência de justiça distributiva e de políticas inclusivas.

No contexto aqui analisado, a atuação do coletivo liderado por Antônio Vieira se alinha justamente a essa proposta mais ampla de análise, pois integra a sensibilidade ética ao compromisso institucional, mobilizando princípios da DUBDH

(UNESCO, 2005) e os fundamentos da Bioética de Intervenção (Garrafa e Porto, 2003; Porto e Garrafa, 2005) na formulação de práticas voltadas à proteção da vida.

O Gráfico 3, a seguir, demonstra por seus dados que a queda da mortalidade infantil foi bastante significativa entre os anos 1996 e 2000, passando de 44,3 para 25,0 óbitos em menores de um ano, correspondendo a uma redução de 43,6% no CMI entre o final da gestão anterior e a segunda gestão de Dr. Vieira como secretário municipal de saúde de Caruaru.

Gráfico 3 – Coeficientes de mortalidade infantil por mil nascidos vivos em Caruaru, 1996 – 2000.



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM e SINASC (Data da consulta: 10/10/2024).

4.4.2 A Década de 2000

Entre os anos de 2000 e 2010, tanto o Dr. Antônio Vieira quanto os técnicos de sua equipe ocuparam distintos cargos de gestão no campo da saúde pública estadual em Pernambuco. Dr. Vieira retornou à direção do Hospital Regional do Agreste, enquanto outros integrantes da equipe assumiram posições estratégicas em diferentes níveis do sistema: secretarias municipais de saúde na região, direção de Distrito Sanitário no Recife, Gerência Regional de Saúde e direção de maternidade de referência macrorregional.

No plano municipal, a década foi marcada por uma inflexão político-administrativa significativa. No início dos anos 2000, assumiu a prefeitura um

candidato alinhado ao ideário da direita³⁰, que, após sucessivas tentativas eleitorais desde o início da década de 1990, conseguiu eleger-se e posteriormente foi reeleito em 2004. Antônio Geraldo permaneceu no cargo até 2008, quando renunciou, sendo substituído pelo então presidente da Câmara Municipal, Manoel Teixeira. Durante esse período, a Secretaria Municipal de Saúde foi ocupada, inicialmente, pelo médico Oscar Capistrano e, mais tarde, pela enfermeira Josineide Barreto.

Ao longo desses oito anos, observou-se uma mudança substancial no modelo assistencial que vinha sendo gradualmente consolidado na década anterior. A atenção primária à saúde, até então eixo estruturante da política municipal, cedeu espaço à priorização da média complexidade, sobretudo por meio da contratação de serviços da rede privada complementar. O modelo orientado pela Estratégia Saúde da Família, centrado na ampliação da cobertura dos vazios assistenciais e no fortalecimento do cuidado no território, foi substituído por uma lógica hospitalocêntrica. Estruturas privadas passaram a ser alugadas para compor o novo arranjo da rede municipal, como o Hospital do Coração e a Casa de Saúde Bom Jesus, além de hospital da rede própria: o Hospital Municipal Manoel Afonso.

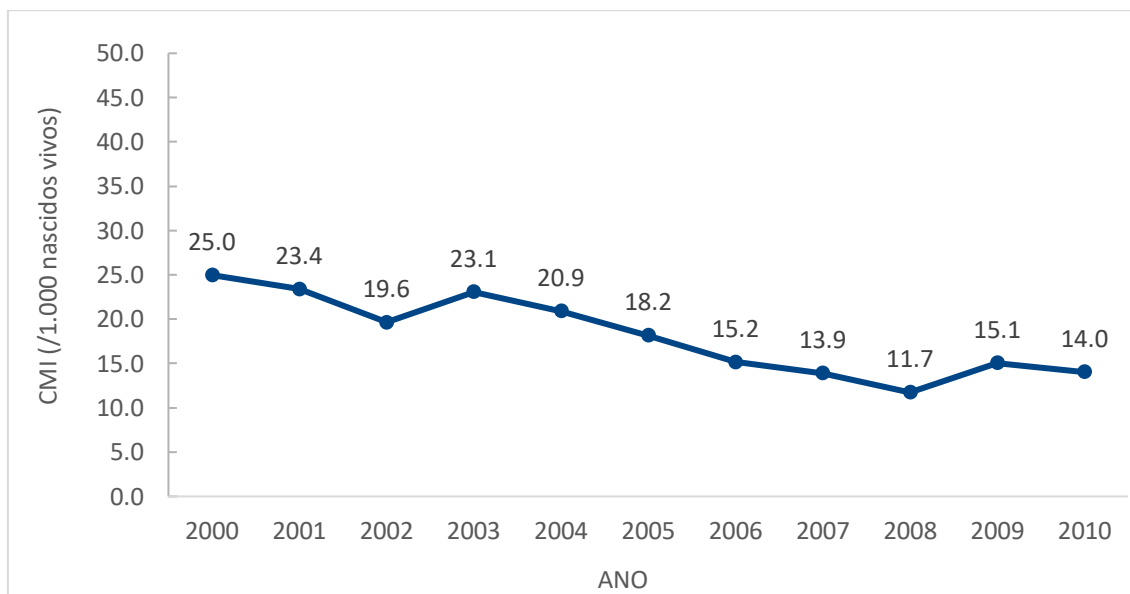
Ainda que tal reconfiguração tenha ampliado o acesso a serviços de média complexidade — também necessários para o cuidado integral em saúde —, seus efeitos sobre a redução da mortalidade infantil foram limitados. Embora a tendência de queda tenha continuado, o ritmo de redução desacelerou em comparação aos anos anteriores, o que reforça a centralidade da atenção primária como estratégia mais eficaz e sustentável para o enfrentamento da mortalidade infantil nos territórios.

Conforme será demonstrado pela análise dos dados demonstrados no Gráfico 4, a seguir, entre os anos de 2000 e 2010, os coeficientes de mortalidade infantil em Caruaru apresentaram uma tendência geral de queda, passando de 25,0 por mil nascidos vivos em 2000 para 14,0 em 2010. Apesar da redução expressiva ao longo da década, os dados revelam oscilações que refletem descontinuidades nas políticas públicas de saúde do município. Esse período pode ser dividido em dois momentos principais: de 2000 a 2004, as taxas apresentaram flutuações com pequenas quedas e aumentos, encerrando o quadriênio com 20,9. Já entre 2005 e 2008, observa-se a fase mais consistente de queda, com a taxa reduzida para 11,7, o menor valor da

³⁰ Antônio Geraldo Rodrigues da Silva (Tony Gel) (1º de janeiro de 2001 a 1º de janeiro de 2005). Reeito, assume em 1º de janeiro de 2005 e renuncia ao mandato em 04.04.2008

década. No entanto, a partir de 2009, essa tendência se interrompe, com aumento para 15,1 e leve queda para 14,0 em 2010, indicando possível impacto de mudanças político-administrativas que redirecionaram os investimentos para a média complexidade.

Gráfico 4 – Coeficientes de mortalidade infantil por mil nascidos vivos em Caruaru, 2000 – 2010.



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM e SINASC (Data da consulta: 19/10/2024).

Observa-se, portanto, que no início dos anos 2000 a tendência de decréscimo do CMI permaneceu, com redução de 44,0% entre os anos 2000 (25,0 óbitos em menores de um ano por mil nascidos vivos) e 2010 (14,0 óbitos em menores de um ano por mil nascidos vivos).

Essa evolução reforça o argumento de que a atenção primária à saúde, quando fortalecida de forma contínua e territorializada, exerce papel decisivo na redução sustentada da mortalidade infantil. Por outro lado, retrocessos ou mudanças de enfoque no modelo assistencial se refletem quase imediatamente nos indicadores de saúde infantil, como revela a curva apresentada no gráfico.

4.4.3 Os Sucessores

As sementes lançadas por Dr. Vieira frutificaram. Muitos dos técnicos que formou ocuparam cargos de gestão pública da saúde no estado e em Caruaru, o que ele via com alegria — como um pai que contempla, orgulhoso, o êxito de seus filhos. Esse êxito, contudo, não se traduz apenas em cargos ou reconhecimento institucional, mas sobretudo na marca do compromisso ético que esses profissionais imprimiram aos serviços e sistemas de saúde por onde passaram.

As lições aprendidas com o mestre — sobre a lisura no uso dos recursos públicos, a comunicação legítima e respeitosa com a população e a defesa intransigente do bem comum — ficaram profundamente fincadas na prática daqueles e daquelas que tiveram a honra de com ele conviver.

Entre os gestores e gestoras formados em sua “escola”, destaca-se Maria Aparecida de Souza, que esteve à frente da Secretaria Municipal de Saúde entre 2011 e 2016. Nesse período, promoveu a retomada dos pilares que sustentaram os avanços anteriores, com foco no fortalecimento da atenção primária à saúde. Ao encerrar sua passagem pela pasta, o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) havia caído para 9,05 óbitos por mil nascidos vivos (IBGE, 2024), evidenciando os efeitos de uma política de saúde articulada, comprometida com a equidade e com a efetivação do direito à saúde.

O início de sua gestão foi desafiador: o município enfrentava uma das maiores crises institucionais em saúde, marcada por greve geral de médicos e pela baixa legitimidade da gestão anterior. À época gerente regional de saúde da IV Região, Aparecida foi convocada pelo governo estadual para assumir a pasta e reverter o cenário de colapso.

A partir de sua nomeação, foram retomadas as diretrizes de reorganização do modelo assistencial, ancoradas em princípios ético-técnicos. Ações como a requalificação da Estratégia Saúde da Família, a implantação do acolhimento nas unidades, o fortalecimento do apoio institucional, o matriciamento da saúde mental e a expansão do NASF ganharam novo fôlego, impulsionadas por investimentos do município e do governo federal.

Em 2013, é lançado pela Presidenta Dilma Rousseff o Programa Mais Médicos para o Brasil, com o objetivo de garantir o provimento de profissionais nos municípios com vazios assistenciais. Em Caruaru, a chegada de 19 médicos cubanos favoreceu

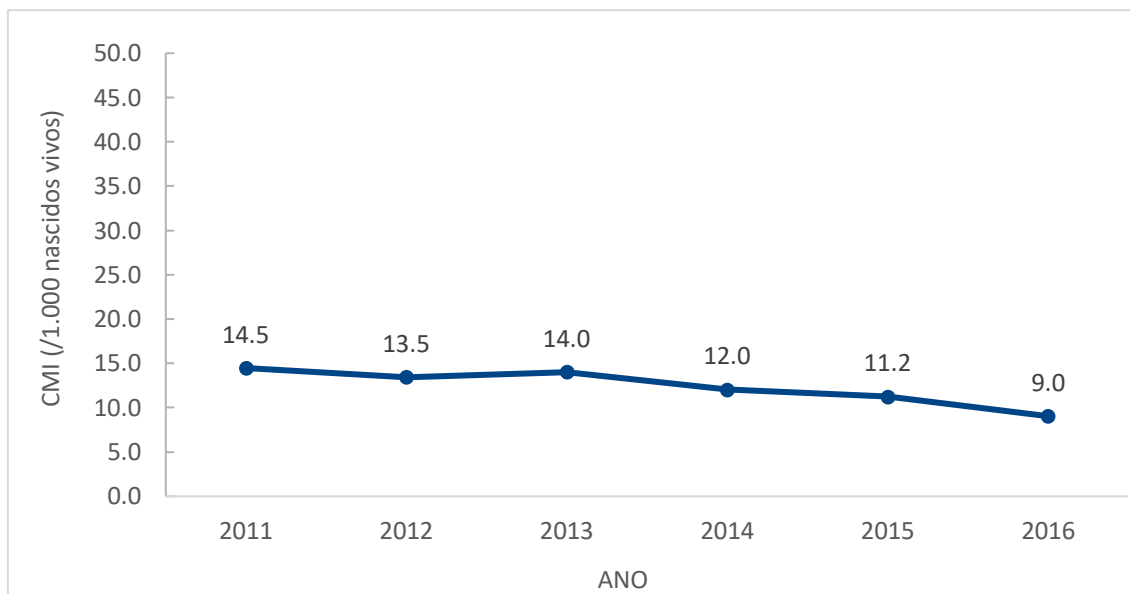
a expansão da atenção primária, especialmente em áreas desassistidas. Já no ano seguinte, o município recebeu novos profissionais — cubanos e brasileiros — totalizando 36 médicos ao longo de três anos. Esse reforço possibilitou que regiões até então atendidas apenas por serviços de pronto-atendimento passassem a contar com equipes de Saúde da Família, assegurando o acesso regular e o cuidado integral (Caruaru, 2016).

Em 2014, a cidade vive outro marco importante com a implantação do curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) no Campus Agreste, o primeiro do Núcleo de Ciências da Vida. Essa conquista foi resultado de um esforço coletivo de lideranças políticas locais junto ao governo federal e se concretizou no contexto da política de interiorização das universidades públicas, iniciada no Governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva. Implantado em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais, o curso encontrou uma rede de saúde estruturada para receber os estudantes, consolidando-se como espaço formador de profissionais voltados para o SUS.

No mesmo ano, foi instituído o Programa Movimento Nascer Bem Caruaru, com foco na redução da mortalidade infantil em seu componente neonatal. A iniciativa buscava enfrentar dois desafios centrais: a elevada taxa de cesarianas — que em 2012 chegava a 70% — e o número significativo de partos realizados fora do município, já que apenas 55% dos nascimentos naquele ano ocorreram em Caruaru (Caruaru, 2016).

O Gráfico 5, a seguir, demonstra que a trajetória do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) entre 2011 e 2016 aponta para uma redução expressiva, passando de 14,05 para 9,05 óbitos por mil nascidos vivos, o que representa uma diminuição de aproximadamente 35,6%. Embora tenha ocorrido uma leve oscilação em 2013, os anos subsequentes evidenciam uma retomada e consolidação da queda dos índices. Esse padrão sugere a eficácia das políticas públicas implementadas no período, especialmente o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, a expansão do Programa Mais Médicos e a implantação do Movimento Nascer Bem Caruaru (Caruaru, 2016). Tais medidas demonstram a articulação entre compromisso técnico e ético na garantia do direito à saúde e na promoção do cuidado integral à criança, fatores centrais para o avanço observado na redução da mortalidade infantil em Caruaru.

Gráfico 5 – Coeficientes de mortalidade infantil por mil nascidos vivos em Caruaru, 2011 – 2016.



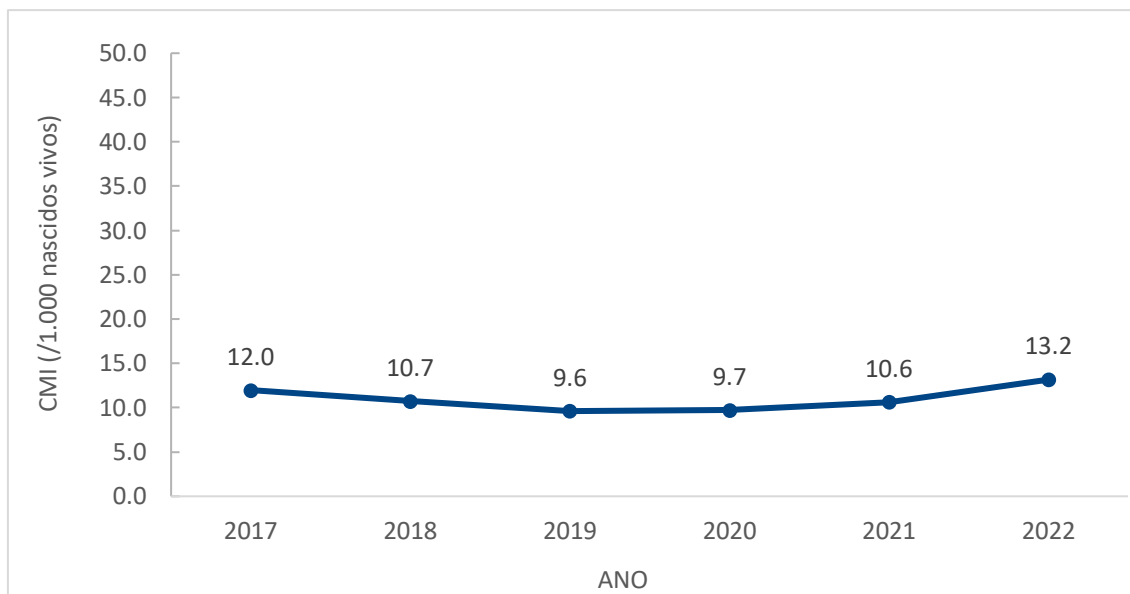
Fonte: SIM/SINASC/DATASUS/MS (Data da consulta: 19/10/2024).

Ao final de 2016, encerra-se, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru, o ciclo de atuação do grupo de gestores formados a partir da primeira gestão do médico Antônio Vieira da Rocha Filho. A contribuição desse grupo para a transformação sanitária do município foi inegável, como evidencia a queda de um dos indicadores mais sensíveis às condições de vida e saúde da população: a mortalidade infantil.

A escolha por este recorte não visa simplificar uma questão complexa, permeada por múltiplos determinantes sociais e estruturais, mas sim evidenciar o papel central de Antônio Vieira e sua equipe no enfrentamento de uma “situação persistente” da saúde pública, conforme os objetivos da presente pesquisa.

Para concluir a análise da evolução do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) em Caruaru, o Gráfico 6 apresenta os dados consolidados dos sistemas de informação sobre mortalidade, que indicam uma tendência de aumento do CMI. Entre a saída da secretária Maria Aparecida de Souza e o ano de 2022, observa-se um crescimento significativo, de 9,0 para 13,2 óbitos por mil nascidos vivos, correspondendo a um aumento de 46,7%. Trata-se do primeiro registro de elevação do CMI em todo o período analisado neste estudo, sinalizando desafios e retrocessos na continuidade das políticas públicas de saúde.

Gráfico 6 – Coeficientes de mortalidade infantil por mil nascidos vivos em Caruaru, 2017 – 2022.



Fonte: SIM/SINASC/DATASUS/MS (Data da consulta: 19/10/2024)

No contexto da narrativa apresentada pôde ser evidenciada a práxis localmente construída e sua possibilidade de intervenção em um macroproblema coletivo, representado por dois graves problemas: a mortalidade infantil e a exclusão social.

O enfrentamento não se deu por transformações estruturais nas condições sociais que interferem diretamente para o evento morte na infância. Estas continuam a depender de uma transformação das relações de poder que constituem o cerne das situações bioéticas persistentes: o sistema-mundo-capitalista com suas formas de concentração do capital que geram a exclusão social e a expropriação de corpos e de vidas.

Como demonstrado ao longo da narrativa bioética, a proposta de transformação ocorrida em Caruaru considerou a mortalidade infantil como inaceitável e, a partir dessa constatação, planejou possibilidades de intervenção por meio da estruturação de uma rede de serviços de saúde. Essa visão reconhecia que fazer saúde vai além da simples construção de unidades físicas destinadas a receber doentes em suas instalações.

O coletivo liderado por Dr. Antônio Vieira entendeu que o controle social não era figura de retórica na nova gramática do SUS e, verdadeiramente, estabeleceu um canal de escuta que lhe permitiu estar próximo dos anseios e das necessidades das pessoas e dos grupos que eram por elas representados. Assim, interveio

competentemente no que estava ao seu alcance e articulou-se com outros atores sociais que puderam contribuir com ações que estavam fora de sua governabilidade.

Desse modo, a queda vertiginosa do CMI em Caruaru não pode ser vinculada unicamente às ações desenvolvidas no âmbito da secretaria municipal de saúde nas gestões do médico Antônio Vieira, mas certamente o saber local ancorado em premissas comprometidas com a responsabilidade social dos agentes públicos pôde guiar o caminho a ser percorrido. Longe de estar acabado, esse caminho precisa ser construído e reconstruído a cada dia; seu sucesso depende da vigilância constante sobre os indicadores que demonstram os efeitos das políticas públicas e, mais especificamente, da ausência delas na vida das pessoas.

Lutar contra as mortes evitáveis, nelas incluídas, as das crianças, talvez seja o imperativo ético que nos chama a colocarmo-nos sempre em defesa da vida dos vulnerados, para que não sejam sempre elas as mesmas vidas precárias a não receberem a guarida do Estado brasileiro.

5 O BRASIL E SEUS HERÓIS ANÔNIMOS – BIOGRAFIA DE UMA VIDA DEDICADA À SAÚDE (DOS OUTROS)

5.1 O MÉDICO ANTÔNIO VIEIRA

Na paisagem agreste do Planalto da Borborema, na Paraíba, nascia em Campina Grande a 19 de fevereiro de 1935, o médico Antônio Vieira da Rocha Filho, tendo vivido nessa cidade até os anos 50 do Século XX quando veio para Recife cursar medicina na Universidade Federal de Pernambuco. Filho mais velho dos doze que tiveram seu Antônio e dona Josefa. Rapaz de inteligência brilhante, logo se destacou entre os alunos de sua turma. O prazer pelos livros o acompanhava desde sempre e sua trajetória foi sendo construída à custa de estudos e trabalho, sempre envolvido com as circunstâncias de seu tempo.

As ideias de justiça social foram cunhadas a partir de sua vivência em uma cidade do interior nordestino, à qual por semelhança com Caruaru, também apresentava a pobreza, a fome e a miséria como lastros onde pairavam as vidas da maioria das pessoas, excluídas do complexo produtivo industrial do sudeste do país. Ao tempo em que chegou ao Recife, suas leituras o embasavam para a abertura a uma visão da vida que não cabia mais nas fronteiras agrestes do mundo que conhecera até então. As descobertas da cidade grande o inquietavam e a efervescência das discussões no mundo universitário o aproximaram de ideias mais condizentes com a reflexão crítica sobre a vida e o viver nesse espaço geográfico tão cheio de contradições.

Durante a infância, o seu pai era um próspero comerciante de algodão, uma das fontes econômicas da Paraíba naqueles anos iniciais do século XX, trabalhava, inclusive, comercializando o produto para a Alemanha.

O algodão, conhecido como o “ouro branco”, sofreu um declínio a partir do início da Segunda Guerra Mundial, impactando financeiramente a família. Diante dessa crise, seu pai diversificou suas atividades comerciais para garantir o sustento da numerosa família. Já cursando o terceiro ano de medicina em Recife, Antônio Vieira da Rocha Filho participou ao lado do renomado professor Santos Lima do diagnóstico de um câncer gástrico em estágio avançado em seu pai (Vieira da Rocha, 2020). A notícia abalou profundamente a família, e o jovem estudante acompanhou de perto o tratamento e a intervenção cirúrgica, experienciando desde cedo as limitações que

enfrentaria como médico. Antes mesmo de concluir a graduação, perdeu o pai, fato que o marcou profundamente por sentir-se impotente diante da situação. Para custear suas despesas no Recife, passou a dar aulas de inglês.

Ao concluir os estudos de medicina viajou para o Rio de Janeiro a fim de cursar a Residência em Clínica Cirúrgica no Hospital dos Servidores Públicos do Estado do Rio de Janeiro. Ao chegar naquele centro de formação, seu preceptor o colocou para assistir aulas com os estudantes do 3º ano de medicina, situação que quase o fez desistir de seguir com a Residência. Sentiu-se discriminado e acanhado por estar sendo julgado em seu conhecimento, o qual fora classificado como deficitário pelo notável professor. Este fato o levou a fazer um esforço adicional e se dedicar ainda mais aos estudos, sendo reconhecido em pouco tempo como um dos mais brilhantes alunos daquele professor, assumindo a monitoria da turma para a qual fora enviado.

No decorrer de seu curso de medicina apaixonou-se pela colega de turma Maria Auxiliadora Martins de Araujo, com quem casou-se em julho de 1961, vindo o casal a residir em Caruaru, terra natal dela. A feliz união durou quase 60 anos. Construíram uma importante parceria no campo profissional atuando juntos; ela também, uma mulher pioneira da medicina em Caruaru. O casal teve três filhos: Maria José, Tereza e Fábio. Do casamento de Fábio e Yana nasceu Pedro Vieira, o único neto do casal.

Ao chegarem na cidade, ele cirurgião, e ela anestesiolegista com residência médica concluída em São Paulo, passaram a atuar no único hospital público da cidade: o Hospital São Sebastião.

As décadas seguintes serviram para consolidar sua atuação como médico na cidade, atuando na clínica privada e nos espaços de medicina pública então existentes. Naquela época, mesmo o hospital público, mantinha alas de internamento hierarquicamente classificadas de acordo com “os graus de posses dos doentes”: havia a ala dos pacientes que podiam pagar pelo internamento e procedimentos médicos, a ala dos assistidos pelo INPS e outros institutos de previdência e a ala dos indigentes. Dr. Vieira circulava igualmente entre elas. Com o mesmo cuidado com que “operava” o mais rico comerciante da cidade, também acudia aqueles que estavam na categoria dos “ninguéns”.

Época de recursos difíceis, era um estudioso das técnicas cirúrgicas mais avançadas e colocava em prática nesses rincões nordestinos o que aprendera nos anos de residência médica no Rio de Janeiro, servindo como referência para o treinamento e capacitação de novos cirurgiões.

Assim, seu nome foi se consolidando como uma grande referência médica e para cá se dirigiam pessoas das mais diferentes regiões do estado. Tinha um prazer especial em atender à gente mais simples: os agricultores, os trabalhadores informais, os desprovidos de quase tudo além da própria vida.

Em muitas ocasiões trouxe para sua casa crianças que, após a alta hospitalar, não teriam alimento suficiente em suas casas para prosseguir com o processo de recuperação da saúde. Em algumas dessas situações trouxe crianças em estado terminal de câncer para que fossem acolhidas com mais dignidade na morte do que o foram em suas curtas vidas. Cuidava e sofria com a partida delas, como se, ao se ligar a suas frágeis vidas no momento de suas mortes pudesse dar-lhes algum conforto que a vida lhes havia negado.

No exercício dessa medicina próxima de seu povo foi construindo sua identidade de médico envolvido com a ampliação do conceito de saúde e vivenciando as repercussões das condições de vida na saúde das pessoas.

Ao tempo em que sua atuação como médico foi se consolidando, sua expressão política foi se projetando, inicialmente como representante da classe médica da cidade e da região.

5.2 O CONTEXTO DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO DR. VIEIRA

Ao assumir a secretaria municipal de saúde em janeiro de 1989, como já foi dito, dr. Vieira era um renomado cirurgião da cidade de Caruaru, tendo construído sua clientela por meio da atuação como médico do ambulatório de cirurgia do antigo INPS e logo em seguida, do INAMPS, assim como, cirurgião do ambulatório de cirurgia e plantonista do único hospital público da cidade – o Hospital São Sebastião.

Mas, o seu universo não era construído apenas pela visão local; homem de visão cosmopolita, construía nessa perspectiva, por meio da leitura e de suas viagens pelo mundo, a visão ampliada do que nos afastava como povo, do mundo “civilizado”. Apesar de sua erudição e dos gestos refinados, nunca deixou de ser um homem simples, sintonizado com as necessidades do povo, da gente de seu lugar, crítico dos processos de importação dos valores estrangeiros. Seu anseio por justiça social o distinguiu de outros médicos que se omitiram durante o período ditatorial de manifestar suas convicções políticas em defesa de uma sociedade mais justa e

igualitária. Sempre teve um papel de destaque junto à classe médica, embora abominasse o corporativismo da categoria, tendo expressado essa posição ao longo de sua condição como gestor público.

Durante o período em que atuou como cirurgião no Hospital São Sebastião, contribuiu para a formação de outros cirurgiões da cidade, atuando na preceptoría dos doutorandos ou dos recém-formados. Foi presidente da Sociedade de Medicina de Caruaru no período de 1985 a 1987 e conselheiro do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco entre 1995 e 1998.

5.3 AS IDEIAS E O COMPROMISSO ÉTICO

O médico Antônio Vieira era acima de tudo um humanista, amante das letras e de filosofia, dedicava-se à leitura como atividade fundamental de sua vida. Sua biblioteca contava com cerca de 10 mil volumes, sobre os mais variados temas: Filosofia, Sociologia, História, Ética, Medicina, Literaturas alemã, japonesa, inglesa, francesa, americana.

Era um poliglota e um estudioso das palavras, do nosso e de outros idiomas. Gostava de brincar com elas, surpreendendo seus interlocutores mais próximos com palavras cujo significado havia recém-descoberto. Mas, o que lhe encantava, sobremaneira, era conversar com a gente simples de seu povo. Detinha-se a ouvi-la quer fosse em seu consultório, ou na clientela do antigo INAMPS, ou ainda nos leitos do antigo Pronto-Socorro do Hospital São Sebastião, de onde foi plantonista, por longos anos. Colecionava em sua memória, contos e “causos” que ouvira em sua jornada como médico e sempre tirava da manga uma carta surpresa, aquela história que nos fazia sorrir por meio de seu humor sutil e refinado, e às vezes ácido e mordaz.

Dotado de grande senso de justiça, esteve sempre ao lado dos mais vulneráveis e na defesa dos princípios éticos que pautaram sua conduta ao longo da vida. A convergência desses princípios na esfera privada e na pública foi a marca de sua vida, despontando sempre o respeito pelo outro e a honestidade como eixo balizador de suas ações.

Era um pensador sobre as coisas da vida e de sua circunstância e, felizmente, nos deixou escritos que terão o papel de perpetuar seu pensamento e sua visão de mundo. Nós, os que convivemos diária e intimamente com ele, tivemos o privilégio de

desfrutar proximamente desse homem extraordinário, de sua sensibilidade ímpar e de sua inteligência marcante.

Nesse ponto da narrativa considero importante dar voz ao herói para que ele possa falar por si mesmo, numa reverência à sua capacidade de comunicar ao mundo o que lhe era caro, o que lhe fazia cogitar, e ao respeito pela riqueza e beleza de seu pensamento. Era comum que as lições sobre filosofia, ética, e outros saberes, fossem comunicadas da forma mais corriqueira e coloquial em conversas regadas a vinho, ou de forma mais formal, protocolar, em seus pronunciamentos oficiais. Em homenagem a um colega médico na Sociedade de Medicina de Caruaru, discursou:

Foi o grande Ortega y Gasset quem discutiu melhor esse campo de batalha onde, de um lado, está o homem e, do outro, tudo o que está por fazer, visando à definição da trajetória da vida de cada um. “Yo soy yo y mi circunstancia y si no salvo a ella no me salvo”. A segunda parte da sentença reforça e explica a primeira: a circunstância é tão minha, está tão comigo, que se eu não a salvo, eu não me salvo. Salvar a circunstância, integrá-la comigo, não me amoldar a ela, mas fazer algo com ela. Por isso a vida é que-fazer. Circunstância é tudo que não sou, tudo o que me cerca, o que está a meu alcance e fora do meu alcance imediato, meu corpo, minha alma, a sociedade onde estou inserido. Eu não sou nem meu corpo, nem minha alma, sou o que faço com ambos e com a minha circunstância; eu sou um projeto (Rocha Filho, 1993, p. 03).

A convergência entre o pensamento de dr. Vieira e os princípios da Bioética de Intervenção vão se definindo no transcurso da presente Tese, trazendo sentido para o diálogo que será aprofundado mais adiante, mas já é possível vislumbrar que colocar seu corpo e sua alma na transformação da sociedade em que estava inserido, foi a sua circunstância. Assim como a BI em sua opção de estar “ao lado da banda mais frágil da sociedade” (Garrafa, 2005b) explicita as ações morais que geram as desigualdades, nosso herói também demonstra essa compreensão no balizamento de sua atuação política, aqui ancorada no pensamento buberiano³¹:

A política é este envolvimento social do homem, que o liberta do individualismo que o torna solitário; assim a política o faz mergulhar na teia social das ações solidárias e da vida compartilhada. É, portanto, uma dimensão da vida que enriquece o indivíduo e o torna apto para o reconhecimento da alteridade, o que fortalece a sua condição de sujeito. O Eu que reconhece o Tu e, dessa maneira, reconhece a si mesmo, que assim também percebe o “isso” (Rocha Filho, texto inédito, sem data definida)

³¹ Referindo-se a Martin Buber (1823 -1965) filósofo e teólogo austríaco.

Tratava-se, portanto, de uma visão de mundo em que o exercício da atividade política não encontrava esteio em interesses pessoais que trouxessem qualquer tipo de vantagem, mas antes, assentava-se em um sentido de promoção do bem comum que se aproximava da garantia dos direitos de todas as pessoas a usufruírem dos bens produzidos pela humanidade. Seria possível a existência humana sem colocar nessa existência a existência do outro? Para ele, esta circunstância seria impensável e se constituiria em grave erro na realidade humana:

Cria-se com a política a corrente da vida social que vem de mais longe de que Eu, que vai mais distante do que Eu, me conduz e me submerge. Será um grave erro recusar a estar nessa teia da vida, ou seja, renunciar à condição de *DASEIN*³² e mais do que isso, de *MITSEIN*³³ (Rocha Filho, texto sem data)

O texto deixa evidente seu pensamento sobre o ser-no-mundo. Aproxima-se tanto do existencialismo de Sartre quanto da hermenêutica de Heidegger, no entanto considera o *Mitsein* como imperativo ético na relação com o outro e com o mundo. Este não é uma mera derivação do *Dasein*. Para Dr. Vieira, essa construção era bem mais ampla e, apenas estar individualmente no mundo não seria suficiente para garantir o sentido ontológico ao ser, mas a busca do sentido, da interpretação do sentido da vida, estaria em conseguir chegar ao *Mitsein* - objetivo final do encontro com o outro. Esse encontro se daria, fundamentalmente, na relação política, na relação que coloca o Eu para além de sua subjetividade, de sua individualidade. É no encontro com o Outro que a vida acontece e a base para a vida em comum, para viver em comunidade, é o diálogo:

[...] Como a política baseia-se na pluralidade dos homens, podemos afirmar que a política trata da convivência entre diferentes e é, portanto, a ciência e a arte de harmonizar o que sem sua ação resultaria no caos e talvez na extinção do homem como ser planetário (Rocha Filho, texto sem data).

Ele fez do diálogo a ponte para transitar pelas diferenças e construir passagens importantes no cenário local, especialmente naqueles espaços relacionados ao

³² Como nos explica Comte-Sponville em seu Dicionário Filosófico: *DASEIN* – palavra alemã que corresponde na linguagem corrente a “existência”. No sentido filosófico foi empregada por Kant (existência), Hegel (ser-aí) e Heidegger (realidade humana). Seria, portanto, usado além da dimensão antropológica ou da psicológica para caracterizar a dimensão existencial (como ser-no-mundo-e-para-a-morte) (Comte-Sponville,2003).

³³ *MITSEIN* – palavra alemã inserida na filosofia heideggeriana no sentido de conceituar o ser-com, o ser-com-os-outros

exercício da cidadania no âmbito da saúde, mas sua existência, sua *Dasein*, o colocou sempre como um cidadão do mundo, capaz de pensar sobre a humanidade nas coisas mais simples e nas mais complexas:

[...] Se política deriva de *polis*, tudo o que tem a ver com a cidade me interessa. Com a evolução, no latim, para *Civitas*, temos que o político e o cidadão se confundem na sua missão, nos seus propósitos e nos seus compromissos, nas mais simples decisões até nas mais complexas (Rocha Filho, texto sem data).

Em nenhuma ocasião se omitiu de demonstrar o que pensava e de contribuir com reflexões profundas sobre questões que demandavam um olhar sobre a complexidade das relações humanas e sobre o estar no mundo. O trecho a seguir foi retirado de um discurso proferido por ocasião da inauguração de um serviço de reprodução humana em uma clínica privada na cidade de Caruaru:

[...] Vivemos hoje numa “sociedade do conhecimento” ou “sociedade da informação”, dominada por especialistas profissionais e seus métodos científicos. As consequências são o encurtamento dos espaços, a aparente velocidade da flecha do tempo e a inevitável globalização dos saberes, do comércio, das culturas, os intercâmbios dos vícios e das virtudes (Rocha Filho, texto sem data)

Seu discurso caminha sempre muito próximo das ideias defendidas pela BI, trazendo o chamado para a complexidade do pensamento que se transforma a partir do diálogo inter e transdisciplinar, propondo a reflexão crítica sobre a incorporação de novas tecnologias e a responsabilidade ética com as novas situações emergentes do desenvolvimento das biotecnologias:

[...] O que ocorre nos seres vivos, depende, em última análise, dos níveis de complexidade dos seus arranjos moleculares. A vida constrói-se, etapa por etapa, graças a uma crescente complexidade. A que se destina a Clínica que ora inauguramos? Destina-se à procriação de seres humanos, utilizando os conhecimentos e os métodos científicos mais avançados, obedecendo às normas deontológicas da profissão médica, aos cânones morais vigentes na nossa sociedade e observando as normas que cultuam os valores éticos (Rocha Filho, discurso proferido na inauguração do Serviço de Reprodução Humana da Casa de Saúde Santa Efigênia, sem data identificada).

Neste mesmo discurso ele chama a atenção para a responsabilidade no uso de novas tecnologias e, mesmo distante da vida acadêmica, confere precisão à utilização de conceitos sobre bioética, revelando o quanto esse campo epistemológico

o fazia pensar e estudar, construindo parâmetros para sua práxis como gestor e homem público:

Estaremos aqui lidando com técnicas e conhecimentos recentíssimos sobre os quais cabem ainda discussões que perpassam várias correntes do pensamento e que poderíamos denominar, em essência, Bioética.

Não o conceito que alguns querem impor à Bioética, cujas funções seriam normativas, semelhantes às de uma Deontologia Médica.

Falamos, sim, de uma Bioética que represente uma convergência de saberes, da Biologia, das Ciências Médicas, do Biodireito, da Filosofia, da Teologia; uma ciência nova, crítica, interpretativa, que não tem ainda um arcabouço epistemológico, mas que já permite admitir avanços, estabelecer limites e, também, pensar em novas fronteiras (Rocha Filho, discurso proferido na inauguração do Serviço de Reprodução Humana da Casa de Saúde Santa Efigênia, sem data identificada).

Evidente que ocupar essa posição no cenário político que nos circunda lhe trouxe muitos dissabores e incompreensões, mas nada o demoveu de seus objetivos e nem o afastou da defesa moral de seus valores.

5.4 A SAGA DO HERÓI ANÔNIMO – O RESGATE DA INVISIBILIDADE E DO APAGAMENTO HISTÓRICO.

Desde o início da construção da narrativa sobre o herói Antônio Vieira, médico paraibano por nascimento e caruaruense por cidadania, visito também a jornada do herói que é um arquétipo narrativo utilizado inicialmente pelo antropólogo e mitólogo Joseph Campbell, que escreveu em 1949 o livro “O homem de mil faces” (Campbell, 2023). Essa jornada é sintetizada por ele em algumas etapas que se traduzem, quase sempre, pela apresentação do herói em seu mundo habitual, em seguida, por um chamado que desperta o herói para uma missão que lhe confere destaque, mas que o faz enfrentar os desafios e perigos durante a jornada e, por fim, a recompensa que advém da experiência adquirida e da entrega desse bem à comunidade.

Acredito que o que foi narrado até aqui traduz exatamente esses passos na trajetória de nosso herói. Seu mundo habitual era composto no exercício de uma medicina com notório saber em uma cidade do interior de Pernambuco, nordeste brasileiro, e, neste território, oferecia o melhor tratamento disponível para os seus pacientes, quer estivessem na rede pública ou em seu consultório privado.

De uma carreira médica consolidada no interior de uma cidade nordestina recebe o chamado para assumir uma função pública que se reveste de uma missão especial: enfrentar como gestor público o desafio de construir nova moralidade no enfrentamento dos vergonhosos números da mortalidade infantil e das precárias condições de saúde da população como um todo.

Ao aceitar o chamado, nosso herói empreende uma jornada de ensinamentos e ao mesmo tempo de aprendizagem, enfrentando com coragem e vigor aquele universo até então desconhecido da saúde coletiva, abraçando com entusiasmo o que acolhera como sua circunstância no sentido *orteguiano* do termo.

Assim, a sua vida profissional e de homem público coloca-se a serviço de sua comunidade, entregando o legado de uma conquista inimaginável: a redução drástica e vertiginosa da mortalidade infantil, instaurando a dignidade das vidas de crianças e mulheres nordestinas, cujas vidas foram tão vergonhosamente discriminadas, estigmatizadas e invisibilizadas por tanto tempo.

Em uma de nossas últimas conversas, dr. Vieira me presenteou com dois livros e sua habitual recomendação de leitura: um deles era um romance do escritor inglês Graham Greene e o outro um ensaio do linguista alemão Harald Weinrich, intitulado *“Lete: arte e crítica do esquecimento”*. Este gesto comum em nossos longos anos de amizade ganhou ainda mais sentido naqueles dias cinzentos em que o mundo passou a conviver com uma nova ordem mundial ditada pela pandemia de Covid-19. Nossas conversas que antes eram semanais, mediadas por uma taça de vinho, café e risadas, se tornaram mais raras e sisudas, agora mediadas por máscaras e álcool em gel, em um afastamento doloroso, mas necessário diante do imponderável que se instalara.

Naqueles dias difíceis quase não me sobrava mais tempo para as leituras, pois a minha condição de dirigente de uma maternidade de abrangência macrorregional ocupava todo o tempo, acrescida da angústia diária diante de tantos casos da doença em gestantes, puérperas e bebês, o que sempre demandava a incerteza sobre as possibilidades do cuidado daquelas vidas. Geralmente aos domingos ocorriam os telefonemas quando então, falávamos sobre todos os assuntos de nosso interesse, mas, sobretudo, ele destacava suas recentes leituras e o que gostaria de partilhar comigo. Ultimamente, estava desenvolvendo a tarefa grandiosa de aprender alemão sozinho e, se divertia me ensinando palavras e pronúncias, para as quais, evidentemente, eu não obtinha o menor sucesso, exceto o de lhe arrancar sonoras gargalhadas, coisa simples que também me deixava feliz.

Aquele homem erudito, sensível, sábio, extraordinário, ainda encontrava motivação aos 85 anos para aprender coisas novas, pouco usuais e, assim, dar vazão à vida que pulsava em meio ao natural processo de envelhecimento. Em sua jornada de herói, continuava a ensinar e a dar sentido à vida, transformando pelo agir ético, a sua circunstância. Não são raras as vezes em que essas memórias reverberam em minha mente e me levam de volta ao vasto caminho do conhecimento que construímos juntos. E eis que, quando procurava o fio condutor para sintetizar esta narrativa, me veio à lembrança o livro sobre o esquecimento.

Lembrar e esquecer, afinal, estão imbricados no mesmo movimento e o esforço para registrar esta história, resgatando lembranças, fatos e afetos é o corolário da história do herói anônimo que não pode ser esquecida.

Como nos mostra Weinrich (2001, p. 23), “a metáfora do apagar ou do deletar acompanha a reflexão sobre o esquecimento desde a Antiguidade até a era dos utensílios modernos para o escrever e calcular da elaboração eletrônica dos dados”. Na mitologia grega, *Lete* é o nome de um dos rios do submundo que oferece esquecimento às almas dos mortos, as quais, ao beberem daquelas águas esquecem da existência anterior, ficando livres para renascer em um novo corpo.

Como metáfora se apresenta um grande questionamento sobre o passar do tempo e sobre aquilo que desejamos que não seja esquecido, que permaneça vivo em nossa memória. Em nossos dias, há um movimento natural de esquecimento comandado pela pressa decorrente da conectividade digital que nos coloca sempre a um segundo de novas informações, representando aquilo que Bauman e Donskis (2021) nos conclamam a ver como cegueira moral, ou a perda da sensibilidade na modernidade líquida.

O que, enfaticamente, desejo que não seja esquecido é o papel de nosso herói anônimo na saúde desse Brasil profundo e sua vida dedicada à construção de um mundo melhor, exemplificada em sua ação politicamente transformadora da práxis social.

Desejo eternizar sua presença forte e ao mesmo tempo transmutada na doçura de seu sorriso diante das pessoas, dos animais, das plantas, diante enfim, de tudo que pulsava vida e, que por isso mesmo, encontrava no imperativo ético que ele abraçava como esteio de suas ações, a razão para o seu encontro com o outro.

Acredito no poder da arte que nos eterniza e, para tanto, encerro a narrativa bioética sobre o grande Dr. Antônio Vieira oferecendo duas peças que simbolizam seu

respeito a todos os seres vivos do planeta e, seu modo simples de viver como ser autenticamente integrado aos ciclos da vida. A primeira, se trata de um despretenso texto escrito por ele em maio de 2010 e que se constitui, a meu ver, em um lindo exemplar de sua rica sensibilidade. A outra é uma charge feita por um artista caruaruense que enaltece sua humanidade e o homenageia em seu aniversário de 74 anos:

Eu no mundo (das plantas)

O dia era propício, relativamente frio, e um nevoeiro discreto deixava filtrar a luz do sol que ameaçava aparecer a qualquer momento. Levantei-me ainda com preguiça e imediatamente pensei nas minhas mudas de *Neem* que agora estavam no tamanho certo de serem transplantadas. Preparei-me e fui até onde estavam. Dei-lhes bom dia e de forma meio atabalhoada iniciei um discurso que havia adredemente preparado, cuja essência era, enfim, dizer-lhes que doravante abandonariam as suas tradições védicas e iriam, definitivamente, habitar, viver em solo brasileiro o que era, sem dúvida, uma grande reviravolta em seu destino.

Tratei de dizer-lhes que nisso consistia a globalização; agora o que aconteceria com elas não era, senão o que já em outras épocas acontecera com as mangueiras, o cajueiro, a tamarineira, a pimenteira, o coqueiro e tantas outras plantas já bem adaptadas na nossa terra. Disse que sabia do grande sacrifício que lhes estava impondo. Deixar culturas milenares, cujos ecos de falares misteriosos como “suarabacte” palavra tão bela até porque no Dicionário Enciclopédico Koogan Houaiss situa-se logo após o antroponímico Suassuna, Ariano.

Disse-lhes que os nossos climas tinham alguma semelhança e elas com a sua longa e grande capacidade adaptativa logo se sentiriam bem por aqui. Duas delas inclinaram-se, tremularam um pouco e como que me disseram que haviam compreendido.

Levei-as gentilmente para os locais que havia previamente escolhido. Cuidei de dizer-lhes, não sem certo receio que, por aqui as vacas não são sagradas, mas que, ainda assim, produziam o mesmo estrume que na Índia, além de, com seu leite, alimentarem os seus bezerros e os nossos filhos, tornando-os assim irmãos colaços. Baixinho e com muita vergonha também confessei que barbaramente comíamos a sua carne.

O fato de aqui não serem sagradas era um defeito não delas, mas dos homens, não suficiente inteligentes para entender que o sagrado se apresenta de muitas maneiras, como bem o explica Mircea Eliade.

Escolhi a primeira muda e depusitei-a na terra. Aproveitei para dizer o que esperava dela e logo percebi que o discurso também interessava às outras, as quais curiosamente inclinavam-se um pouco e escutavam com atenção, não sem uma certa vibração, que entendi como emoção, expectativa, temor, talvez esperança. Plantei-as todas.

Contei que as havia cultivado desde sementes e nessa condição, as tive em minhas mãos. Sonhei que as via crescidas, vigorosas, verdes, enfolhadas, floridas e graciosas; que as via visitadas por pássaros gentis os quais viriam orquestrar os seus cantares maviosos no meu modesto e silencioso jardim.

Com elas, as plantas de *Neem*, o ar seria perfumado, o clima mais ameno, as madrugadas mais encantadoras e eu voltaria a perceber que o milagre da vida recomeça a todo momento.

As minhas arvorezinhas ficaram impressionadas com tantas expectativas e agora se davam conta que, delicadas e tênues que fossem, tinham responsabilidades na manutenção da cadeia da vida.

Plantadas que foram, eram aqueles os lugares onde iriam viver as suas vidas, longas ou curtas, agradáveis ou difíceis, só os deuses o saberiam.

Confessei-lhes que, diferentemente dos homens e de outros semoventes, ali ficariam definitivamente; em troca nada lhes escaparia de ser observado e que das pessoas e das coisas do entorno saberiam tudo.

Reguei-as com carinho e todas me sorriram e cumprimentaram quase imperceptivelmente.

Finalmente fiz-lhes um pequeno discurso que não é meu, mais de Lynn Margulis: A vida é a transmutação da luz solar. É a energia e a matéria solares, transformadas no fogo verde dos seres que realizam a fotossíntese. É a sedução natural das flores. É o calor do tigre espreitando na selva na calada da noite. O fogo verde que se transforma impetuosamente no fogo sexual vermelho, laranja, amarelo e roxo das plantas floríferas.

Quanto a mim gostaria de ser a testemunha de todo esse milagre da vida bem à frente da minha janela.

Antônio Vieira, médico aposentado que insiste em viver

Figura 14 – Charge do cartunista Luizinho, artista caruaruense, retratando o Dr. Vieira em sua biblioteca, cercado pelo amor de seus gatos (19/02/2009).



Fonte: Acervo pessoal do autor. Disponibilizada especialmente para esta tese.

6 DISCUSSÃO: CRIANDO DIÁLOGOS E RELIGANDO SABERES — BIOÉTICA E DIREITO À SAÚDE, DO CERRADO À CAATINGA

“Sobrevive à lucidez somente a moral que contempla o conflito ou a incompatibilidade das suas exigências, ou seja, uma moral inacabada, frágil como o ser humano, problemática, em combate, em movimento como o próprio ser humano”³⁴

Edgar Morin

Escrever esse capítulo talvez seja o momento mais desafiador desta tese; não só pela necessidade de consolidar os achados da pesquisa, mas, sobretudo, por apresentar o diálogo entre os vários saberes que foram sendo apresentados ao longo do trabalho e escolher como serão em sequência discutidos

Considero importante destacar que a narrativa bioética pensada inicialmente para trazer a história da construção do SUS em Caruaru, tangenciada pela biografia do médico Antônio Vieira foi sendo ampliada por seu próprio caminhar. À medida que os diálogos teóricos iam acontecendo, outros heróis e heroínas iam se materializando na necessidade de dar concretude a tantas vidas que não poderiam, simplesmente, não ter o registro de suas existências.

Em uma tese de doutorado em Bioética, embasada em uma proposta epistêmica libertadora — a Bioética de Intervenção —, talvez resida aqui seu objetivo central: desenvolver uma construção ético-política não subalternizada, não subalternizante e não subalternizável.

Por se tratar de uma produção atenta aos cânones acadêmicos, o percurso adotado não poderia estar desvinculado de determinados procedimentos que lhe conferem esse balizamento. Entretanto, não poderia seguir uma trilha linear, que não permitisse enxergar os múltiplos itinerários que se descortinavam à minha frente. Assim, esta tese procurou cumprir o papel de ampliar o escopo inicialmente delineado para o trabalho. Como a própria vida — em seus caminhos tortuosos —, a narrativa da trajetória da implantação do SUS em Caruaru trouxe para a reflexão bioética estradas secundárias, becos e vielas, que ganharam vida própria em um paradoxo com as vidas e as mortes narradas.

³⁴ Ver Morin, Edgar. O Método 6: Ética. 2011b, p.59

Como afirmei em diversos momentos desta tese, ela não se propõe — nem poderia se propor — a ser neutra. Não era meu desejo que o fosse, e tampouco haveria possibilidade de seguir por essa senda. Falar da mortalidade infantil e da luta pelo acesso à saúde no agreste semiárido nordestino não poderia se limitar à análise dos números que, mesmo em declínio, iniciaram os anos 1980, em Caruaru, no patamar vergonhoso de 219 óbitos para cada mil nascidos vivos (Pernambuco, 1996).

O compromisso com a análise dos conflitos morais implícitos nas ações que emanaram das políticas públicas passou a ocupar a centralidade da história narrada. E Caruaru se viu no mundo e o mundo se retratou em Caruaru. Haverá diferença entre os óbitos das crianças que morreram de fome em Caruaru, Afogados da Ingazeira, migrantes para Crateús ou Senador Pompeu, e os das crianças que pereceram em Gaza, Haiti, Sudão, Iraque, Afeganistão...?

Qual o imperativo ético que se nos impõe diante da vulnerabilidade e precariedade dessas vidas? Por que essas vidas são vidas matáveis desde o seu nascedouro? Por que as suas “mortes não nos causam espanto”³⁵? Por que, sociedades (teoricamente) plurais, divergentes, laicas e democráticas, se utilizam dos mecanismos de apagamento histórico dessas vidas? Qual é o ponto de convergência entre o extermínio de milhares de crianças que sucumbiram à fome no semiárido nordestino — sob o marcador local de nascimento, antes da instituição de um sistema universal de saúde no Brasil — e os milhares de crianças palestinas vítimas do genocídio em Gaza, atualmente?

A destituição de sua humanidade (e da nossa) talvez seja um dos caminhos pelos quais a construção epistemológica aqui desenvolvida encontrou sentido para aportar. Imaginar que Gaza, após a sua destruição, possa ser transformada em um *Resort* para o lazer dos milionários do mundo, não é apenas a expressão individual de uma mente psicopatologicamente perversa; é a declaração de um líder mundial que detém o poder de mandar, a qualquer momento, o restante do mundo pelos ares, e que está atualmente no posto de presidente dos EUA pela via democrática do voto popular. Este é, sem dúvida, do ponto de vista filosófico, um paradoxo da democracia.

Essa é uma questão tão complexa quanto atual, e merece figurar na pauta de qualquer debate sobre o papel do poder estatal em nossas vidas. As situações

³⁵ Referência à música Miséria, do grupo musical brasileiro Titãs, lançada em 1984. Composição de Paulo Niklos, Sérgio Affonso e Arnaldo Antunes.

relacionadas à invisibilidade da mortalidade infantil foram abordadas, prioritariamente, nesta tese, no contexto dos períodos ditatoriais e governos autoritários. Mas como essa colonialidade do poder, do sentir e do ser anestesia toda uma sociedade, tornando-a incapaz de articular resistências possíveis?

A resposta talvez esteja no apagamento do Outro como um legítimo Outro. Aquele que carrega em si a possibilidade de me revelar tal qual a imagem refletida em um espelho, mas que apresenta atributos que eu desconheço como humanos, precisa ser invisibilizado, apagado, esquecido.

O que nos faz permanecer inertes diante das imagens de crianças com seus corpinhos despedaçados por bombas ou esqueléticos pela fome? Essas imagens foram suficientemente divulgadas para nos causar espanto? O que nos faz permanecer inertes diante da morte das crianças pretas, faveladas, vitimadas por balas perdidas no Rio de Janeiro? O que nos faz permanecer inertes diante do genocídio que continua a ser praticado diariamente contra pretos, pardos e pobres periféricos, pela polícia dos grandes centros urbanos deste país? Todas essas questões se interpuseram no diálogo com a violência de Estado que fundamenta também a invisibilidade da mortalidade infantil no Nordeste brasileiro e seu enfrentamento em Caruaru.

Dessa forma, todas as questões tiveram a oportunidade de participar livremente do sentir-pensar que se manifestou na trajetória deste ato de insurgência epistêmica, construído a partir do bioma Caatinga — seco e árido em alguns momentos, mas verdejante, vivo e fértil em outros —, numa luta constante entre morte e vida, entre vida e morte.

No encontro com o Cerrado, segundo maior bioma brasileiro, considerado a savana brasileira e berço dos principais rios que cortam o país, ocorreu uma nova territorialização para a Bioética de Intervenção, produzindo um original diálogo interepistêmico que encontra na Baraúna — árvore comum aos dois biomas — o símbolo de uma práxis politizada e socialmente comprometida.

No sentido pioneiro da bioética como “ponte para o futuro” reside também a complexidade do pensamento que encerra o compromisso com a defesa do *bios*, da vida em sua pluralidade e sua diversidade, remetendo-nos ao compromisso de soprar vida para que os biomas se retroalimentem e se defendam juntos da devastação imposta sobre suas diferentes formas de vida. Assim, por esta metáfora, Caatinga e

Cerrado se complementam e caminham juntos na construção de uma nova episteme para a Bioética de Intervenção.

Desse modo, ao trazer neste capítulo a síntese dos achados da tese, começarei pela epígrafe destacada do pensamento do filósofo francês contemporâneo Edgar Morin (2011b) ao considerar que a ética que atende à lucidez é uma ética inacabada, em construção como o próprio ser humano, e portanto, em constante e permanente diálogo com outros saberes. Este é o compromisso assumido pela BI e que se reflete durante todo o percurso da tese.

Em seu contexto inicial foram pensados alguns pressupostos sobre a transformação sanitária em Caruaru que estariam vinculados à ação do gestor público Dr. Antônio Vieira e que são agora cotejados com os fundamentos da BI e com os princípios da DUBDH a partir das categorias teóricas de análise elencadas.

O primeiro desses pressupostos considerava que a construção de um sistema de saúde socialmente engajado teria dado visibilidade à capacidade de liderança do biografado para aglutinar em torno de si atores sociais com compromisso público e condição técnica para planejar e executar as transformações no cenário de saúde. Nesse processo de aprofundamento do que foi possível construir em Caruaru, um dos objetivos da pesquisa estava vinculado à possibilidade de estabelecer os pontos de convergência entre os fundamentos da BI e as ações que foram desenvolvidas pelo médico Antônio Vieira na condição de gestor público de saúde que liderou um coletivo comprometido com a redução da mortalidade infantil em um município do semiárido nordestino.

O segundo pressuposto enfatizava que a postura ética do biografado, ao colocar-se ao lado dos mais fracos e vulneráveis teria sido o fio condutor para a política de saúde que contemplou e fortaleceu a participação cidadã nos níveis decisórios. O terceiro pressuposto ampliava o campo da análise para além das fronteiras de Caruaru, ao considerar que a BI em seu caráter inter e transdisciplinar poderia operar como ética prática/aplicada, possibilitando não apenas propor soluções eticamente justificáveis para os conflitos inerentes à gestão pública, mas embasar uma práxis politicamente comprometida com a transformação de desigualdades e injustiças.

Assim, a análise dos objetivos desta tese esteve voltada para a compreensão de categorias teóricas componentes do glossário da BI em sua relação com o

enfrentamento das situações bioéticas persistentes, exemplificadas na exclusão social e na mortalidade infantil em um município do semiárido nordestino.

6.1 A CORPOREIDADE E O ESPANTO DIANTE DA INEXISTÊNCIA DO OUTRO

A corporeidade se constituiu como a primeira das quatro categorias teóricas bioéticas escolhidas para a análise dos conflitos morais presentes no complexo fenômeno da mortalidade infantil e seu enfrentamento em Caruaru.

O reconhecimento de que a vivência de dor e de prazer não se faz de forma justa no interior de uma sociedade é um pressuposto que ultrapassa os aspectos da construção da singularidade de cada pessoa. Em que pese o processo de formação da identidade como algo inerente à capacidade de criação de subjetividades, para a análise bioética aqui trazida, o que está posto é a condição de a vivência da dor e do prazer ser a expressão do poder estatal exercido sobre os corpos e sua distribuição desigual entre pessoas, grupos e coletividades.

A escolha da BI por este fundamento (Garrafa e Porto (2002, 2003a) se coaduna com o propósito ético e político de entender a corporeidade como uma expressão do poder que se instala em sociedades, mediado pelas relações econômicas que irão permitir ou não o acesso aos bens produzidos, e portanto, pela partilha daquilo que se considera como direito de todos.

No diálogo com outras correntes epistemológicas, outros saberes foram chamados para participar da ampliação desse fundamento teórico, especialmente na análise da invisibilidade dessas mortes, condição esta, que permitiu que elas ocorressem durante décadas sem que o Estado brasileiro fosse molestado.

Ao iniciar a descrição dos números da mortalidade das crianças caruaruenses percebi o quanto havia de similaridade com as mortes noticiadas pelos jornais da época e como, todas elas, haviam sido naturalizadas sob o rótulo do *flagelo das secas*. Como mulher que nasceu e cresceu neste lugar, não encontrei fotos que registrassem as imagens que permaneciam guardadas em minha memória, mas ao ver as fotos de anjinhos e seus cortejos fúnebres em cidades do Ceará, Rio Grande do Norte ou Bahia, descobri que eram essas as imagens que minha alma havia guardado durante todos esses anos. E continuavam a reverberar em mim os versos do grupo musical

Titãs: “A morte não causa mais espanto. Miséria é miséria em qualquer canto” (Niklos, Affonso e Antunes, 1984).

Deparei-me com a importante fundamentação de Josué de Castro sobre a fome. Em sua teoria da *Geopolítica da Fome*, os corpos das pessoas nordestinas não eram atingidos apenas por estarem em uma região semiárida, submetida a ciclos intermitentes de chuvas. Não, a fome não decorria de uma condição climática. Tratava-se, em verdade, de uma escolha política e essa escolha determinaria quais os corpos que seriam torturados pela fome até a morte.

Em seu remapeamento da fome, Castro narrou a fome na Europa em guerra e no pós-guerra — impossível não pensar, atualmente, na morte por fome dos palestinos na Faixa de Gaza, ou naquelas que ocorrem na Ucrânia e em Mianmar. Relatou também os efeitos da fome que, por longo tempo, permeou a monocultura do arroz na China, bem como a fome permanentemente espalhada por toda a África.

Portanto, a partir dessa conceituação, estabelece-se uma nova geopolítica mundial da fome, que não desconsidera a influência dos fatores climáticos como parte do problema, mas não os reconhece como causa exclusiva, nem como elemento decisivo para os eventos de morbidade e mortalidade a ela associados.

Não caberia aqui detalhar a distribuição da fome e da miséria pelos continentes, mas fica o registro de que o fenômeno da fome atingirá sempre grupos e populações específicos, em decorrência de marcadores econômicos determinados pelo poder de uns sobre os outros.

No caminho da perspectiva apontada por Josué de Castro sobre a fome e a miséria e seus efeitos sobre os corpos das crianças nordestinas, havia, por parte do médico Antônio Vieira, a compreensão de que algumas medidas de enfrentamento do problema extrapolavam seu nível de competência — como, por exemplo, a possibilidade de intervir no modelo econômico excludente e no padrão de poder que decidia quem viveria e quem morreria nesse pedaço do mundo. Profundo conhecedor da obra de Josué de Castro e de Milton Santos — geógrafo baiano —, sempre defendeu que era preciso investir prioritariamente na Atenção Primária à Saúde como estratégia para reverter as mortes que ocorriam à nossa volta.

Como médico cirurgião do único hospital público da cidade, nos anos iniciais de sua chegada a Caruaru, narrava que, durante as décadas de 1960 e 1970, chegavam crianças em estado gravíssimo — algumas em morte aparente —, decorrente de difteria ou coqueluche, e que, ali mesmo, no pronto-socorro, precisava

abrir-lhes as traqueias para que pudessem voltar a respirar. Muitas já chegavam sem vida, trazidas pelos corpos desesperados de mães e pais que nada podiam fazer para salvar a vida de seus filhos e filhas.

Assim, partindo dessa situação específica, evidencio como o compromisso com medidas de organização da rede de saúde — como a implantação da rede de frio para conservação dos imunobiológicos e a ampliação da cobertura vacinal de rotina — foi decisivo para a redução de mortes que, até então, eram recorrentes. Esse declínio resultou da adoção de estratégias que estavam ao alcance da atuação dele e de sua equipe. Não se tratava mais do enfrentamento tardio da doença, mas da prevenção, por meio do programa de imunização e da oferta de cuidado no momento oportuno, garantida por um sistema de saúde que se aproximava, cada vez mais, da concepção “de portas abertas” — sem muros ou barreiras que impedissem o acesso da população às ações de saúde.

Enfrentar as mortes consideradas evitáveis foi, então, o primeiro ponto a ser destacado em sua trajetória de gestor público. Josué de Castro (1967) trouxe as bases para o enfrentamento dos múltiplos problemas decorrentes dos efeitos da fome endêmica na região, e Milton Santos (2001) mobilizou nele e em sua equipe a certeza de que compreender o território como espaço vivo onde a vida acontece, o conduziria para estar cada vez mais próximo dessa população, construindo e reconstruindo novos territórios para a vivência da cidadania.

Ao cotejar o primeiro objetivo específico desta tese com a categoria de análise *corporeidade*, destaco a importância de compreender que a naturalização dessas mortes — inclusive por parte dos gestores públicos de saúde que o antecederam — explicita o quanto a colonialidade do poder, do saber e da própria vida humana também imprimiu sobre esses corpos a subalternidade e a quebra de autonomia. Era prática corrente no sistema de saúde brasileiro esperar que emanassem do poder público federal ou estadual as diretrizes e os recursos necessários para orientar as ações dos municípios. Ao romper com esse padrão, o coletivo liderado por Dr. Antônio Vieira construiu uma nova práxis, fundamentada no entendimento de que cabe ao gestor municipal conhecer e respeitar a sua gente e, a partir desse conhecimento, construir com ela as transformações necessárias.

Ao considerar, portanto, a corporeidade como categoria de análise nesta tese, aponto que resgatar a humanidade apagada da vida das crianças nordestinas tornou-se o imperativo ético subjacente ao processo de transformação ocorrido em Caruaru.

A conquista do SUS trouxe em seu arcabouço legal a concepção da saúde como “um direito de todos e dever do Estado”, mas como resgatar a cidadania de pessoas que durante séculos foram despossuídas, expropriadas de sua condição humana, de sua subjetividade, de seu valor moral como um Outro legítimo? Como enfrentar a potente ação do capitalismo neoliberal que subjuga, oprime, exclui, expropria?

Athena Athanasiou, em diálogo com Butler (2024), refere os efeitos do capitalismo neoliberal sobre as subjetividades, apontando:

[...] No capitalismo neoliberal e na “debitocracia” da economia de mercado global contemporânea, a despossessão significa a apropriação violenta do trabalho e o desgaste dos corpos laborais e não laborais. Isso se manifesta nas políticas atuais de precariedade econômica na forma de trabalhos temporários, mal pagos e sem segurança, combinados a cortes de garantias de bem-estar e a expropriação das instituições públicas de saúde e educação. (Butler, 2024, p. 26)

Como se vê, tanto antes quanto agora, são as relações econômicas determinadas pelo modo de apropriação do capital quem determinam como os corpos possuirão o acesso aos direitos fundamentais à sua existência. A questão aqui se amplia porque os corpos nordestinos não eram apenas despossuídos. Verdade que também o eram, mas a posse é um atributo que pode, em algumas circunstâncias, voltar a pertencer à pessoa despossuída. O sertanejo ou a pessoa do semiárido era despossuída de suas terras, de seu papel social de agricultor, de sua condição de pessoa autônoma responsável pelo seu sustento e de sua família. Prova disso, é que a chegada das chuvas reacendia a chama da esperança e os sobreviventes retornavam para tomar posse do que ainda lhes restava. No entanto, a condição de retirante, de mendigo, de flagelado, revelava mais do que a despossessão, revelava a expropriação de sua humanidade. Nessa condição, a vida pode ser matável porque não é mais um humano que se está matando.

No cenário das mortes dos “anjinhos” — que, embora acontecessem diuturnamente pela negligência do Estado, mantinham o vínculo com suas famílias —, havia o afeto que os colocava como seres próximos a Deus. Havia a conformação com o destino que lhes fora atribuído, mas também uma representatividade dessa vida para a família e para seu entorno. Pelo luto, esse ser era nominado, singularizado, e cada família que tinha um “anjinho” para chorar recebia o apoio coletivo da comunidade. A invisibilidade se dava na relação do Estado com essas vidas — com

esse coletivo social que se convertia em vidas matáveis, não enlutáveis, indignas do luto público e do choro coletivo.

A situação se tornava mais aguda nos períodos de seca descritos nos capítulos anteriores. Nesse contexto, a individualidade é expropriada — nada mais é próprio, nada mais é seu; a pessoa não possui sequer a própria vida. Na crônica dos escritores da época, é comum o uso do termo “massa faminta” para descrever os retirantes a caminho de outros lugares que lhes possibilitassem viver: “Enquanto os trabalhos de utilidade permanente não tivessem o desenvolvimento necessário para concentrar toda a massa faminta.” (Almeida, 1982, p. 163)

Os combalidos corpos de homens, mulheres e crianças eram expropriados de sua singularidade, de sua humanidade e, portanto, expostos em sua vida nua — matável, sem punição. Primeiro, arranca-se a condição daquilo que a poderia identificar como sujeito, como individualidade, como legítimo Outro e, então, elege-se essa vida como vida matável.

Reforço neste ponto da discussão, duas imagens que já fazem parte do capítulo 4 — que trata dos períodos anteriores à transformação sanitária em Caruaru — para exemplificar a visibilidade do poder soberano sobre essas vidas nuas. Em ambas as situações, temos a morte de crianças que, seguramente, poderiam ter sido evitadas pela ação do Estado brasileiro.

Mas, em tempos de interatividade, peço à leitora ou ao leitor que se detenha um pouco em cada uma das fotos e responda: qual é a diferença entre essas duas situações?



No âmbito da análise bioética desta tese, considero que, na primeira situação, essa pequena vida ainda guarda dignidade em sua breve passagem pelo mundo, ao poder ser reverenciada pelo batismo, pelo choro e pela vivência do luto em sua família e comunidade — marcadores que não a tornam invisível ou inexistente.

Na segunda situação, temos a negação total da humanidade e da alteridade que conferem dignidade e reconhecimento do Outro como humano. Não há vida vivível nesses corpos; portanto, não há problema algum em apagar suas existências. Se seus corpos escaparam de ser devorados por animais — também famintos —, tiveram o destino de ser recolhidos da via férrea onde tombaram, para ser jogados em valados; corpos apinhados uns sobre os outros, sem ter quem os chorasse ou lhes conferisse a dignidade na morte que não tiveram em vida.

Quando me deparei com essa segunda foto, percebi que jamais poderia deixá-la de fora desta tese: a inquietação e a noite insone reforçaram o compromisso ético de demonstrar que, mesmo diante do evento morte, há de existir o fio que nos conduza à indignação e à necessidade de resistir ao poder que escolhe diferentes vidas e diferentes formas de matar. Há de se resgatar o espanto diante da vida matável.

Se Porto e Garrafa (2005) reforçaram ainda mais o referencial da corporeidade como fundamento da Bioética de Intervenção para se referir ao *bios* presente nessa corrente epistemológica brasileira, conferiram uma marca da necessidade de politizar a bioética, entendendo que não há neutralidade na consideração bioética do que faz com que a precariedade de algumas vidas fundamente a violência de Estado que continuamos a assistir.

Dialogando com o paradoxo trazido por Foucault ao analisar a manifestação atual do poder soberano nos Estados modernos, compreendo que “fazer viver” para “depois matar” é tão presente quanto “poder matar” e “não deixar viver”.

A construção de possibilidades para o enfrentamento do espantoso índice de mortalidade infantil em Caruaru teve início nos anos 1980, com a gestão do médico José Abílio Alves de Oliveira Neto, e ganhou concretude por meio das ações planejadas em nível local pelo coletivo de técnicos coordenado por Dr. Antônio Vieira, a partir de 1989 e nos anos iniciais da década de 1990, seguindo por períodos intercalados até 2000 e consolidando-se até o ano de 2016, na gestão de Maria Aparecida de Souza.

O imperativo ético que se colocou nesse momento foi o reconhecimento de que cada vida é importante e, portanto, sua defesa é um papel do Estado, representado

pelos agentes públicos da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru. Assim, o entendimento da urgência e necessidade de diminuir a dor e o sofrimento vivenciados nos corpos das crianças nordestinas constituiu um dos balizadores para o trabalho desenvolvido em Caruaru.

A capacidade de argumentação técnica dessa equipe, somada à decisão política do secretário, articulou um grande movimento do poder municipal para empreender ações de saneamento básico em áreas periféricas urbanas e rurais. Os corpinhos das crianças passaram a conviver menos com esgotos a céu aberto e, conseqüentemente, tiveram menos diarreias e complicações decorrentes dessas condições sanitárias. Corpos desnutridos receberam alimentos e acompanhamento para seu crescimento e desenvolvimento, por meio dos serviços de saúde ou ações em deslocamento sistemático para locais próximos às suas residências. A educação popular em saúde, aliada à intensa participação da população, construiu a legitimidade necessária para a confiança nas ações empreendidas.

6.2 O PRINCÍPIO DA IGUALDADE, JUSTIÇA E EQUIDADE E A INCLUSÃO SOCIAL DAS VIDAS VULNERADAS EM CARUARU.

Neste ponto da discussão, pretende-se prosseguir apresentando de que modo as categorias teóricas da Bioética de Intervenção (BI) podem contribuir para a análise do enfrentamento das situações persistentes de saúde pública constatadas em Caruaru, justificando moralmente as iniciativas e intervenções públicas que marcaram essa trajetória. Este segundo objetivo específico da presente tese encontra alicerce para análise, substancialmente, na relação com o artigo 10 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH, 2005), que trata da “Igualdade, Justiça e Equidade”.

Como já foi dito em diversos momentos desta tese, a ação bioética empreendida em Caruaru foi sempre revestida do compromisso de contribuir para a superação das desigualdades existentes no território e promover a equidade. Compreendendo o contexto em que essa situação bioética persistente continuava a ocorrer e, apesar de todo o avanço em saúde já observado na oferta de ações voltadas às camadas socioeconomicamente mais favorecidas da população caruaruense, a mortalidade infantil ainda se apresentava, vergonhosamente, diante de nossos olhos.

O fato de conhecer profundamente o município e entendê-lo em suas características específicas, permitiu que a equipe técnica pudesse fazer um mapeamento das questões mais críticas a serem trabalhadas em cada uma das microrregiões do território, utilizando o planejamento como ferramenta essencial para as mudanças a serem promovidas. Como parte do planejamento estratégico, o coletivo conseguiu se fazer compreender pela população, ouvi-la e negociar com ela todas as fases de implantação das mudanças — o que nos permite afirmar que o pressuposto de que uma política de saúde socialmente engajada produz efeitos mais duradouros e eficazes parece ter sido confirmado pela narrativa bioética aqui apresentada.

É fácil imaginar que um município do porte de Caruaru apresentava, por suas características, um fluxo migratório constante para o seu território, seja da população rural em busca de novas possibilidades de acesso a melhores condições de vida, educação, saúde, seja por aquele composto pelos habitantes dos municípios do entorno. A pergunta que se coloca de imediato é: como foram estabelecidas as prioridades de intervenção e como se deu a priorização dos recursos escassos do município nessa época? Importante registrar que a postura do secretário de saúde Antônio Vieira estava assentada em uma defesa intransigente da moralidade no emprego de cada centavo público, exigindo que todas as modalidades de aquisição de insumos e de bens ocorressem na estrita observância dos princípios que regem a administração pública, não praticando e nem permitindo que fosse praticado qualquer ato que violasse esses princípios.

Assim, a cultura da instituição era a de separação entre o público e o privado, e a situação epidemiológica de cada microterritório balizava o emprego dos recursos, os quais eram planejados anualmente com o consentimento dos membros do Conselho Municipal de Saúde, ativos e parceiros na definição de consensos que atendessem aos interesses dos mais necessitados.

A equidade foi sendo construída dia a dia, no esforço coletivo de dar voz aos representantes de grupos e de populações que necessitavam de maior atenção do poder público. Foi assim que a população do Morro Bom Jesus (área de extrema pobreza e vulnerabilidade, cujas crianças eram frequentemente mordidas por ratos), recebeu no ano de 1990 total atenção da secretaria de saúde e do poder municipal, tendo seu saneamento e suas escadarias reconstruídas, além de um vigoroso projeto de atenção à saúde, com implementação das ações de um Centro de Saúde e de

programas de saúde. Na segunda gestão de Dr. Vieira foi construída no bairro João Mota (área marginalizada e periférica), uma clínica infantil com plantão de 12 horas, o que permitia o monitoramento dos casos mais agudos de diarreias e de infecções respiratórias agudas, quadros clínicos ainda muito presentes naquela época no município (Caruaru, 2000)

O olhar para a zona rural era o de resgate da cidadania das pessoas que ali habitavam com o respeito à cultura local, ampliando o acesso à rede de atenção à saúde. Ainda ao final de sua segunda gestão em 2000, havia 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família na zona rural e cada UBS contava com uma ambulância para garantir o transporte sanitário das pessoas necessitadas para a área urbana (Caruaru, 2000). Essa visão esteve embasada em princípios éticos de garantia da saúde como direito de todos e enfrentou imensas dificuldades para garantir este acesso ao sistema por diversos fatores, incluindo entre eles, o número insuficiente de médicos no município e as dificuldades de fixação no território daqueles que vinham de fora.

Por meio desses exemplos, mesmo diante das dificuldades anteriormente apontadas, evidencia-se que os fundamentos bioéticos eram efetivamente seguidos pelo coletivo de saúde liderado pelo médico Antônio Vieira, em Caruaru. Havia uma necessidade premente de promover maior justiça social, e a política de saúde desenvolvida buscou trilhar os caminhos da equidade no atendimento dessas necessidades.

Destaca-se, portanto, o diálogo com a Teoria de Justiça trazida por Amartya Sen (2000), condizente com o princípio de justiça defendido pela BI. Na linguagem de Sen, não basta que as instituições sejam justas, é preciso garantir que essa justiça promova as capacidades e funcionamentos dos indivíduos para desenvolverem seu pleno potencial de vida. Na mesma direção, a Bioética de Intervenção propõe:

(...) diferenciar, sem separar, a visão de justiça dos limites do exclusivo legalismo jurídico, objetivando ampliação e aprofundamento da epistemologia do tema na relação existente entre o campo da bioética e as questões relacionadas com a justiça como direito humano. A justiça, como princípio indispensável de uma bioética pluralista, laica e direcionada aos direitos humanos universais, requer mais fortemente um caráter de legitimação moral do que de legalismo jurídico (Garrafa e Manchola-Castillo, 2017, p. 14).

Nesse sentido, na linguagem da Bioética de Intervenção, as decisões morais dos agentes públicos devem inclinar-se favoravelmente à garantia da equidade na

busca pela justiça, posicionando-se ao lado dos mais vulneráveis e frágeis de qualquer sociedade, especialmente naquelas situadas nos países periféricos.

Outro fundamento da BI observado durante todo o processo da transformação sanitária em Caruaru e acrescentado pela leitura hermenêutica dos achados da tese, foi o utilitarismo consequencialista, já que as decisões procuraram beneficiar o maior número de pessoas pelo maior tempo possível, em busca das melhores consequências coletivas como resultado, mas não deixaram de considerar as demandas de grupos específicos, que foram pactuadas coletivamente, trazendo a população para a participação consciente de seu verdadeiro papel no exercício do controle social das políticas públicas.

A seguir será analisada como a categoria da não-discriminação e não-estigmatização foi trabalhada pelo gestor público dr. Antônio Vieira e equipe.

6.3 NÃO-DISCRIMINAÇÃO E NÃO-ESTIGMATIZAÇÃO DAS VIDAS NORDESTINAS E O IMPERATIVO ÉTICO DO RESPEITO ÀS DIFERENÇAS.

Durante todo o processo de construção desta tese, a análise dos aspectos que levaram à discriminação histórica dos corpos nordestinos atravessou a crítica feita ao papel do Estado na estruturação de situações excludentes, estigmatizadoras e discriminatórias. As condições de estigmatização e discriminação dos corpos nordestinos transcendem a esfera individual, configurando-se como um produto social que perpetua e intensifica as desigualdades sociais, caracterizando a violação dos direitos de pessoas e de grupos.

Assim, o produto deste trabalho reside na demonstração de que a secular exclusão dos nordestinos das condições necessárias para uma vida digna salienta-se como uma das manifestações mais gritantes da natureza excludente que afeta a estrutura sociopolítica brasileira.

Ao longo desta tese, ao abordar a estigmatização dos corpos nordestinos, demonstrou-se como as diferenças individuais são historicamente suprimidas no processo de uniformização das vidas imposto pelo *status quo* social. O corpo nordestino, estigmatizado como preguiçoso, analfabeto e, portanto, discriminado como um corpo de menor valor, tornou-se facilmente descartável, pois essa vida não

alcançou a mesma valoração na sociedade conduzida pela elite econômica do capitalismo neoliberal, perpetuando a despossessão de corpos e de vidas.

Aos estereótipos e estigmas que lhe são ainda hoje atribuídos, soma-se o conceito de aporofobia, cunhado pela filósofa espanhola Adela Cortina para designar por meio desse neologismo a aversão, a fobia ao pobre:

(...) não é dessas atitudes de rejeição de que queremos nos ocupar (...), mas dessa aversão que se encontra na raiz de muitas delas e que vai ainda mais longe: a aporofobia, o desprezo pelo pobre, o rechaço a quem não pode entregar nada em troca, ou, ao menos, parece não poder. E por isso é excluído de um mundo construído sobre o contrato político, econômico ou social desse mundo de dar e receber, no qual só podem entrar os que parecem ter algo de interessante para dar em retorno (Cortina, 2020, p.19).

Conforme brilhantemente articulado por Adela Cortina (2020), e em diálogo com a corrente epistemológica da Bioética de Intervenção, a aporofobia transcende a xenofobia ou o racismo em sua essência. O alvo primordial da repulsa não é a origem geográfica ou a cor da pele em si, mas a condição de vulnerabilidade econômica. No contexto brasileiro, essa lente revela como os estereótipos pejorativos atribuídos aos nordestinos – a imagem do preguiçoso, do analfabeto, do dependente – servem para justificar e perpetuar sua marginalização socioeconômica. Ao associar o indivíduo à pobreza, constrói-se uma narrativa de menor valor, facilitando a sua descartabilidade social em uma sociedade regida pela lógica implacável do capitalismo neoliberal.

O papel de um Estado protetor foi historicamente minimizado em relação ao povo nordestino e, ainda hoje, é comum assistir à repercussão dessa discriminação na reprodução de discursos de ódio, que zombam de sua cultura e sotaque e, em última instância, solidificam a naturalização de sua exclusão. A violência simbólica, que o inferioriza constantemente, pavimentam o caminho do estigma resultante da discriminação, em direção à violência material, perpetuando um ciclo de despossessão não apenas de bens, mas também de oportunidades e, fundamentalmente, de dignidade.

Considero oportuno que as ideias apresentadas no referencial teórico desta tese dialoguem com os princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), os quais refletem a abertura da bioética para a inclusão da justiça social como campo de análise — mas não apenas como análise. A abertura epistêmica proporcionada pela Bioética de Intervenção possibilita a busca pela

relição de saberes que, antes desencontrados, se reconectam a partir da complexidade de um novo paradigma transdisciplinar.

Ao abordar a violência simbólica, refiro-me também ao conceito central na obra do sociólogo francês Pierre Bourdieu (2022), que a define como uma forma de dominação sutil, invisível e frequentemente internalizada pelos próprios dominados. Diferentemente da violência física ou econômica, ela opera através de mecanismos simbólicos, como a linguagem, os costumes, as tradições, os meios de comunicação e o sistema educacional, consolidando-se na imposição de significados e de uma cultura dominante como legítimos e universais, mas escamoteando as relações de poder que oprimem, estigmatizam e inferiorizam:

A força simbólica é uma forma de poder que se exerce sobre os corpos, diretamente, e como que por magia, sem qualquer coação física; mas essa magia só atua com o apoio de predisposições colocadas, como molas propulsoras na zona mais profunda dos corpos. Se ela pode agir como um *macaco mecânico*, isto é, com um gasto extremamente pequeno de energia, ela só o consegue porque desencadeia disposições que o trabalho de inculcação e de incorporação realizou naqueles ou naquelas que, em virtude desse trabalho, se veem por elas capturados (Bourdieu, 2022, p. 69).

Por esses mecanismos, os grupos dominados, ao internalizarem essa visão de mundo, passam a reconhecer a dominação como natural, tornando-se partícipes da sua própria subordinação. A violência simbólica se utiliza desses mecanismos sutis para atuar na reprodução das desigualdades sociais ao longo do tempo, perpetuando as diferenças e a exclusão social de pessoas e de grupos.

Como dito anteriormente, essas considerações teóricas são especialmente importantes para estabelecer ligações com outros saberes em um movimento de busca pela construção de novos sentidos para essa realidade cruel vivenciada por décadas e décadas no semiárido nordestino, mas, sobretudo, para vislumbrar caminhos para sua superação histórica.

Nesse sentido, também nos fala o educador pernambucano Paulo Freire, ao analisar como se dá a identificação do oprimido com o opressor e como a cadeia de opressão se retroalimenta pela reprodução das ações de opressão dos sujeitos oprimidos:

O grande problema está em como poderão os oprimidos, que “hospedam” ao opressor em si, participar da elaboração, como seres duplos, inautênticos, da pedagogia de sua libertação. Somente na medida em que se descubram “hospedeiros” do opressor poderão contribuir para o partejamento de sua pedagogia libertadora (Freire, 1987, p. 17).

Talvez essas construções teóricas expliquem a relativa “passividade” ou a “baixa capacidade de reação” dos corpos nordestinos diante do jugo que lhes foi imposto pela mão colonial, que se expandiu como tentáculos, formando um Estado corrupto, opressor e ganancioso. Ao apresentar dados alarmantes sobre a mortalidade infantil, a inacessibilidade aos serviços de saúde e a fome endêmica no Nordeste — especialmente neste pedaço do semiárido nordestino —, esta tese evidencia um contexto de sofrimento profundo e de naturalização dessas mortes, uma situação bioética persistente e, portanto, inaceitável.

Ao trazer o pensamento desses três autores para o diálogo com os pensadores da Bioética de Intervenção e com os princípios formuladores da DUBDH, busco ampliar a compreensão sobre aspectos que se somam ao que já foi trazido sobre a colonialidade do poder (Quijano, 1992), do saber (Mignolo, 2003), do ser (Dussel, 1993) e da própria vida (Flor do Nascimento, 2010).

Ao recorrer ao pensamento de Freire (1987) acerca da internalização da opressão, considero a mortalidade infantil historicamente concentrada em populações marginalizadas, como um sintoma extremo de opressão estrutural, naturalizada também, por aquelas pessoas que detiveram espaços de poder e que não reuniram condições para o enfrentamento da situação.

Assim, a internalização dessa realidade brutal que incorpora física e mentalmente o estigma e a impotência frente ações discriminatórias, poderia levar a uma certa resignação ou à dificuldade de articular uma reação efetiva contra as causas profundas dessa tragédia e estaria relacionada à violência simbólica apresentada por Bourdieu (2022), destacando que ela opera através da naturalização e da legitimação das desigualdades, estas permanentemente permeadas pela discriminação e pelo estigma. A persistência das altas taxas de mortalidade infantil pode ter sido, em diversos momentos, vista como algo “natural” ou inevitável, obscurecendo as causas sociais, econômicas e políticas subjacentes. No decorrer dos encontros teóricos que foram acontecendo neste percurso, foi se delineando mais uma pergunta que mereceu a minha atenção: Como a violência simbólica atuou na naturalização dessas mortes e na possível inibição de “reações” mais efetivas?

Ao descrever a situação dos “anjinhos”, sugeri que a “aceitação” das mortes daquelas crianças poderia ser explicada pela resignação atribuída à vontade de Deus, que em sua divindade soberana determinaria quem deveria morrer ou viver,

abençoando aqueles corpinhos que, na condição de escolhidos, não passariam pelas mesmas agruras que seus pais e mães vivenciavam. Nas palavras de Bourdieu (2022, p. 69), ao explicar como a força simbólica agiria “com o apoio de predisposições colocadas, como molas propulsoras nas zonas mais profundas dos corpos”:

Pode-se pensar nesses termos a eficácia simbólica da mensagem religiosa (bula papal, pregação, profecia etc.) que repousa claramente em um trabalho prévio de socialização religiosa (catecismo, frequência ao culto e, sobretudo, imersão precoce em um universo impregnado de religiosidade) (Bourdieu, 2022, p. 69).

Se a religiosidade do povo nordestino ajudou na aceitação dessa realidade cruel, não se pode responsabilizar as pessoas vítimas dessa condição por uma posição de subalternidade. Não se pode esquecer que o papel de soberania assumido pelo Estado brasileiro, continuou a definir, por mais de um século, quais seriam as vidas matáveis e, esses corpos de gente pobre, mestiça, analfabeta, foram os escolhidos para serem desvalorizados, estigmatizados, discriminados.

A aversão e o desprezo pelos pobres – aporofobia – (Cortina, 2022) pode ter contribuído para a negligência das condições de vida que levavam a essa alta mortalidade infantil. Se as vidas das crianças pobres eram menos valorizadas socialmente, a indignação e a mobilização para mudar essa realidade poderiam ser enfraquecidas, explicando a “passividade e a pouca capacidade de indignação” da sociedade brasileira diante dessa nefasta realidade.

Tanto Cortina, quanto Bourdieu e Freire consideram, respectivamente, que a aporofobia, a violência simbólica e a opressão estrutural são fenômenos “universais”, intrínsecos tanto a sociedades autoritárias, quanto aquelas democráticas, requerendo, contudo, distintos movimentos de libertação. Embora essas manifestações possam existir em diferentes sociedades, suas formas e intensidades são histórica e socialmente construídas, devendo-se destacar que as variadas faces da dominação e da desigualdade se complementam ou se distinguem e articulam-se de acordo com as relações de poder estabelecidas em cada realidade concreta.

No caso da mortalidade infantil no Nordeste brasileiro, corolário da exclusão social, os achados desta tese demonstraram como a formação das relações de poder na região foi profundamente marcada pela exploração e pela hierarquização desde o período colonial, estendendo seus efeitos pelos séculos seguintes, moldando as estruturas sociais, econômicas e políticas que se seguiram.

A estruturação de uma sociedade profundamente desigual, estigmatizadora e discriminatória, fundamentada na exploração de recursos e na subjugação de populações originárias e africanas escravizadas, deixou um legado de desigualdades gritantes, imprimindo nos corpos e nas vidas marcas — simbólicas ou palpáveis — de inferioridade.

Nesse sistema de poder, em que a voz e os direitos de amplas parcelas da população foram sistematicamente silenciados e negligenciados, a violência física e simbólica exercida deixou marcas profundas, perpetuando um ciclo de marginalização e dificultando a organização e a mobilização em prol de seus próprios interesses.

Um Estado que historicamente priorizou os interesses de elites em detrimento das necessidades da maioria da população, especialmente nas regiões mais periféricas como o Nordeste, carrega ainda o peso de ter cometido verdadeiro genocídio contra a população da região em períodos de seca e de crises famélicas.

Nesse contexto, a persistência da negligência, a falta de acesso a serviços básicos e a impunidade diante do sofrimento de populações marginalizadas podem ter contribuído para a internalização dessa realidade como algo inevitável, diminuindo a indignação e a capacidade de reação organizada.

Vale lembrar, também, que as considerações teóricas de Goffman (2022) sobre estigma e identidade social são de particular relevância no contexto desta tese, pois ampliam a análise crítica para investigar a estigmatização e a discriminação social dos corpos nordestinos. Nesse sentido, ao analisar os processos de categorização social, o autor observa que a sociedade define tanto as categorias de pessoas quanto os atributos vistos como naturais a seus membros. Em relação ao estigma, essa categorização desdobra-se em duas identidades para o indivíduo: a real, com seus atributos comprovados pela realidade, e a virtual, por meio das características e expectativas que lhe são atribuídas por aqueles considerados "normais", particularmente em situações de estranhamento.

Assim, esse corpo pobre, racializado, marginalizado, foi exposto a toda sorte de horrores, ferido em seus direitos fundamentais, neles incluído, o da própria vida.

Portanto, o enfrentamento dessas questões nas gestões do médico Antônio Vieira e nos sucessores por ele formados, dialogou diretamente com pressupostos apresentados pela BI (Godoi e Garrafa, 2014) e com o artigo 11 da DUBDH, revelando o compromisso de que não deve haver discriminação entre os indivíduos de uma sociedade, pois todos merecem ser tratados de forma igual.

Todas as situações de discriminação em relação à vida das crianças nordestinas revelam a face cruel de desconhecimento da alteridade do Outro, tentando por meio de uma postura colonial, subalternizar pessoas e coletivos de diferentes raízes culturais e de diferentes modos de viver.

O compromisso do médico Antônio Vieira com os princípios bioéticos de valorização de todas as vidas, em particular daquelas vulnerabilizadas pelo modelo econômico excludente, manifestou-se em sua práxis através da defesa permanente da vida dos nascidos na região e da luta pela redução das vulnerabilidades, as quais estão intimamente relacionadas com a luta pela diminuição e supressão de todas as formas de estigma e discriminação entre seres humanos.

6.4 A RESPONSABILIDADE SOCIAL E SAÚDE E O RESGATE DA CIDADANIA DAS CRIANÇAS CARUARUENSES

De acordo com o Artigo 14 da DUBDH (Unesco, 2005) que trata da “Responsabilidade Social e Saúde”, também fica demonstrado o quanto a postura ética do doutor Antônio Vieira conduziu as ações em suas gestões administrativas à frente da secretaria municipal de saúde, embasando-as no “Princípio Responsabilidade” tão defendido por Hans Jonas (1990), que o dividida em três grandes campos: individual, público e extensivamente ao próprio contexto ambiental-planetário.

Nesse sentido, o coletivo técnico que conduziu as ações de saúde sob a liderança de Dr. Vieira, empreendeu desde o início da gestão uma forte ligação com as pessoas das comunidades urbanas e rurais, com as lideranças comunitárias já constituídas, com as novas que foram surgindo, com lideranças políticas e com os profissionais e trabalhadores da saúde, estabelecendo um profícuo diálogo em torno das questões de saúde e, portanto, da própria vida presente e futura daquela população.

O texto do Artigo 14 estabelece que “a promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade”. Ao promover a participação dos mais diversos setores da sociedade no processo de requalificação da atenção à saúde no município, o médico Antônio Vieira colocava como objetivo central de sua gestão o

reconhecimento da legitimidade do controle social nas ações de governo. Essa disposição para ouvir as demandas das pessoas e dos diferentes coletivos, respeitando-as como legítimas, ainda que divergissem em alguns momentos das propostas defendidas pela SMS, expressava a sua grande capacidade de escuta e articulação pública.

A postura centrada na capacidade de estimular o diálogo e de construir consensos, de trazer a perspectiva da equidade para o centro do debate, foi eixo norteador do desenvolvimento das discussões nas diversas esferas da participação comunitária, contribuindo, como estímulo, também para o amadurecimento da participação social. Assim, as demandas trazidas pelos diversos segmentos eram sempre consideradas em suas especificidades, mas submetidas à análise dos diversos coletivos formados, e talvez por isso mesmo, tão potentes e desafiadores.

A participação popular se fazia presente tanto nas reuniões sistemáticas nas comunidades para discutir tanto o planejamento das ações e das atividades de educação popular em saúde, quanto na constituição de espaços formais de deliberação coletiva como as Conferências Municipais de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, instâncias paritárias e deliberativas onde se debatia a alocação de recursos (sabidamente escassos...) e se construía o consenso sobre onde empregá-los, mediante a definição das prioridades por essas instâncias colegiadas.

Fazendo frente às dificuldades existentes, pouco a pouco foi sendo modulada uma nova visão de participação popular, na qual as mãos não se levantavam apenas para apontar erros (sim, em alguns momentos, cometíamos equívocos e recalculávamos a rota), ou para exigir benefícios apenas para a sua comunidade, ou de forma clientelista para os eleitores de um determinado político. A consciência do coletivo foi se formando e as mãos estavam juntas na construção de um novo modelo de atenção à saúde, voltado para a transformação das condições de saúde da população do município.

Aqui nesse ponto, se dá também o encontro com o pensamento da antropóloga Rita Segato em um conceito fundamental por ela defendido sob uma perspectiva teórico-política, que é o de *Antropologia por Demanda*.

Segundo Segato, a Antropologia por Demanda atenderia a um novo conceito da disciplina, na qual se revelaria “a partir de uma disponibilidade de antropólogas e antropólogos para serem interpelados por comunidades e povos que lhes colocam

suas 'demandas' e permitem, assim, que sua 'ciência' obtenha um lugar e uma razão no caminho do presente" (Segato, 2021, p.15).

Na aproximação com o pensamento desenvolvido por Segato, percebe-se, como subjacente à narrativa bioética apresentada, a necessidade de assumir a capacidade reflexiva para examinar a atuação desse coletivo técnico, especialmente diante do reconhecimento da politização que suas identidades assumiram na condição de representantes de um poder de Estado. Estar na esfera governamental, naquele momento, poderia ter reproduzido, ainda mais, relações assimétricas de poder - embora não houvesse espaço, aqui, para a negação dessa condição. No entanto, houve, de fato, um movimento de desconstrução do centralismo político concentrado na figura do gestor municipal de saúde, ampliando-se essa atuação e envolvendo-a diretamente na definição de outras possibilidades de interlocução e de demanda junto ao poder municipal.

Esse itinerário foi construído a partir do reconhecimento dos limites impostos pela macroestrutura político-econômica que resultara na colonialidade do poder e do saber sobre aquelas pessoas que ocuparam os espaços formais de poder, mas que eram, também, integrantes do coletivo denominado "povo nordestino".

Dessa forma, ao tempo em que se viam desafiadas na capacidade de construir respostas a partir das demandas específicas apresentadas pelos diversos grupos, sabiam que o reconhecimento desse Outro como legítimo Outro era o imperativo ético, o norteador da responsabilidade social com a qual deveriam dialogar para enfrentar a naturalização das mortes das crianças caruaruenses, situação observada até então.

Portanto, trago o que considero como vínculo direto entre a Responsabilidade Social expressa no artigo 14 da DUBDH, os fundamentos teóricos da Bioética de Intervenção e a conceituação de antropologia por demanda. Como Segato bem destaca em seus textos, esta antropologia não é passiva. Pelo contrário, ela se configura como uma prática engajada e de disputa. Seu papel reside em intervir e mediar os embates de interesses que se manifestam entre diferentes grupos sociais e as estruturas de poder estabelecidas, sejam elas o próprio Estado ou outras entidades ligadas de algum modo ao capital (Assis e Gomes, 2022).

Do ponto de vista de uma análise bioética plural, como a que se pretende discutir aqui, em nenhum momento houve a negação do papel desempenhado pelos representantes desse poder estatal e os conflitos subjacentes ao poder configurado sob a herança de práticas clientelistas, autoritárias, centralizadoras. No entanto, a

coragem para romper (ou pelo menos, enfrentar) o quadro de limites impostos pela colonialidade do poder e do saber, fez com que fossem tecidas novas possibilidades a partir do saber e do poder construídos localmente, numa tentativa de descolonizar os processos de organização de um sistema de saúde e do papel de gestores e da população.

A disposição de transformar a realidade a partir dos novos ventos democráticos que sopravam no país no período pós-ditadura, certamente contribuiu para que o compromisso ético de libertação e de empoderamento de grupos marginalizados e excluídos encontrasse o local certo e o momento oportuno para as ações que foram empreendidas.

Nesse amplo diálogo com os caminhos que a bioética tem percorrido, destacam-se, portanto, as contribuições da BI para a análise dos conflitos macropolíticos que envolvem as situações bioéticas persistentes, aliadas ao escopo mais amplo estabelecido pela DUBDH, que em seus artigos consagrou a visão social na compreensão das situações que envolvem a saúde.

Ao preconizar, ainda em seu artigo 14, que “usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social”, definindo o que o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar, a DUBDH amarra o compromisso da bioética com a promoção da justiça social.

Se considerarmos que o texto da DUBDH foi produzido entre os anos 2003 e 2005, observa-se como o compromisso ético do coletivo liderado pelo médico Antônio Vieira se fez precursor de caminhos que inovaram a forma de gestão da saúde em um município do semiárido nordestino, repensando as instâncias de reprodução do poder do Estado e colocando-se ao lado da “banda mais frágil da sociedade” (Garrafa, 2005b), reforçando a importância do registro desta história.

Em seu desdobramento sobre a responsabilidade social frente à saúde, o artigo 14 da DUBDH continua a enfatizar que o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar: “o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e das crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada um bem social e humano”.

Com sua natureza complexa e multifacetada, a mortalidade infantil – diretamente imbricada com a luta pelo direito à saúde e contra a fome – representava

um desafio crucial. A compreensão de que a naturalização das mortes das crianças, atribuindo-a à fome como condição climática e, portanto, sazonal e inevitável, derivava de uma incapacidade de pensar a realidade de forma mais ampliada, desconhecendo o que já era sobejamente sabido naquelas décadas finais do século XX: a fome e os seus efeitos, tais como a subnutrição, a desnutrição aguda ou a endêmica, eram resultantes de escolhas e decisões políticas. Diante disso, as desigualdades sociais e a consequente privação dos direitos das crianças exigiam uma ação enérgica, rompendo com a passividade diante de normas impostas aos municípios, impedindo que estes acreditassem em sua capacidade transformadora e construíssem suas próprias trajetórias.

Já foi dito nesta tese, e considero importante repetir, que a transformação da realidade sanitária em Caruaru não se deveu exclusivamente à atuação da SMS, e necessitaria que outros estudos avaliassem o impacto de diversas ações na redução da mortalidade infantil e dos outros vergonhosos indicadores das condições de saúde.

No entanto, é inegável, o quanto a organização de um modelo assistencial que não focava na doença, mas na promoção da saúde, impactou na redução das mortes infantis, as quais eram predominantemente ligadas a causas evitáveis resultantes das condições de vida e da dificuldade de acesso das pessoas às ações e serviços de saúde.

O compromisso em estabelecer as relações entre a Bioética de Intervenção e os princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos entrelaçou os fios que foram tecendo as reflexões teóricas desse campo epistemológico com as transformações da realidade sanitária do município de Caruaru, exemplificadas na queda vertiginosa da mortalidade infantil.

A Bioética de Intervenção em sua condição de ética aplicada, traz para o centro da análise dos conflitos que envolvem os macroproblemas coletivos, o compromisso com a justiça social e a defesa dos direitos humanos, convocando a uma ação ética e política incisiva e interventiva contra as desigualdades sociais que geram a vulnerabilidade e a precariedade de vidas. No âmbito de sua fundamentação, a BI considera a saúde como um direito humano inalienável, oferecendo ferramentas que vão além da análise crítica engajada, para emergir como um campo de construção militante de práticas politizadas que possibilitem novas perspectivas para enfrentar tanto os persistentes como os novos dilemas éticos das sociedades contemporâneas (Garrafa e Manchola-Castillo, 2017).

Nesse sentido, o enfrentamento da mortalidade infantil em Caruaru, expressiva de outras situações bioéticas persistentes como a pobreza e a exclusão social, requereu um compromisso firme com a busca da equidade e a defesa da dignidade humana e da justiça, na perspectiva de construção de uma sociedade onde o direito à vida e à saúde passasse a ser uma realidade para todas as crianças, independentemente de onde tivessem nascido ou de sua condição social. Tanto a BI, quanto a DUBDH, nos convocam à permanente vigilância para combater, incessantemente, as raízes dos problemas de exclusão social, gerados pelo modelo econômico que alija pessoas, grupos, populações específicas do acesso à dignidade e ao direitos humanos fundamentais.

No caso da mortalidade infantil — um dos objetos centrais deste estudo —, não se trata apenas de promover uma reflexão bioética sobre essas questões, mas de enfrentar as causas subjacentes a esse modelo excludente: insegurança alimentar, a inacessibilidade à educação escolar, acesso precário a saneamento básico e água potável, deficiências na atenção primária à saúde, fragilidades no acesso integral à atenção ao parto e ao nascimento, além das desigualdades estruturais que marginalizam corpos, vidas e comunidades inteiras. Nesse sentido, é oportuno registrar que no artigo 14 da DUBDH, nos seus incisos II, IV e V, constam, ainda, recomendações de ordem macropolítica que guardam relação direta com todo o contexto aqui discutido, como “o acesso à nutrição adequada e água de boa qualidade”, “a eliminação da marginalização e da exclusão” e a “redução da pobreza e do analfabetismo”.

A Bioética de Intervenção em sua interface com a saúde pública e com a DUBDH, portanto, exige políticas públicas robustas e direcionadas, capazes de garantir condições de vida dignas e acesso universal a um sistema de saúde resolutivo e de qualidade no seu mais amplo sentido e aplicação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Sólo una cosa no hay. Es el olvido.
Dios, que salva el metal, salva la escoria
Y cifra en su profética memoria
Las lunas que serán y que han sido”³⁶
(Everness, Jorge Luís Borges).*

Esta tese é uma conclamação contra o esquecimento: esquecimento da vida de um médico nordestino que empreendeu uma pequena, mas heroica revolução sanitária, impedindo que milhares de mortes de crianças continuassem a acontecer; esquecimento da minha própria história e de tantos outros jovens idealistas que descobriram a missão de sua geração e não a traíram; esquecimento dos milhares, ou milhões, de vidas nordestinas perdidas no anonimato de suas vidas expropriadas pelo Estado brasileiro.

A referência em epígrafe ao poema de Borges (2009), ecoa a importância de não esquecer, também, o passado dos altos coeficientes de mortalidade infantil em Caruaru. A memória dessas dificuldades, dos esforços realizados e das vidas perdidas serve, como um motor para a vigilância contínua. Afinal, esquecer seria correr o risco de repetir os erros do passado, pois os avanços na saúde infantil não são lineares e garantidos para sempre.

Como visto no corpo desta tese, no contexto da discriminação e estigmatização históricas sofridas pelos nordestinos, a manifestação da violência simbólica em seus corpos (Bourdieu, 2022) contribuiu para a sua marginalização social, dificultando o reconhecimento de sua dignidade e de seus direitos. As diversas ferramentas de dominação atuaram de forma decisiva para justificar a exclusão socioeconômica e perpetuar as desigualdades regionais.

Em contraponto a essa realidade, o pensamento crítico latino-americano – a exemplo do Pensamento Decolonial, da Bioética de Intervenção e da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos – oferece um arcabouço conceitual poderoso para aprofundar a análise da relação entre o legado colonial, o Estado brasileiro e a naturalização da mortalidade infantil no Nordeste. Considerando que a

³⁶ “Só uma coisa não há. É o esquecimento.
Deus, que salva o metal, salva a escória
E cifra na sua profética memória
as luas que serão e que hão sido”.

(Poema Everness, Jorge Luís Borges, publicado originalmente no livro *El Otro, El Mismo*, 1964).

colonialidade não se limita ao período histórico do colonialismo, pôde ser fartamente demonstrado no percurso desta tese como essa estrutura de poder global organiza as relações sociais, o trabalho, a autoridade e o conhecimento a partir de categorias raciais hierarquizadas, estabelecidas com a colonização das Américas e, como essa estrutura de poder moldou e continua a moldar as sociedades latino-americanas de maneira profunda.

A Bioética de Intervenção (BI), em sua condição de proposta epistemológica libertadora e anti-hegemônica, e em consonância com alguns princípios da DUBDH/UNESCO, forneceu ferramentas para a análise dos conflitos morais envolvendo problemas macropolíticos coletivos, aproximando-se do contexto nordestino e, mais especificamente, de Caruaru. Cotejando, por fim, os objetivos específicos desta tese com os resultados encontrados, é possível destacar três grandes tópicos, a seguir resumidos.

- a) A convergência entre os fundamentos da Bioética de Intervenção e as ações desenvolvidas pelo médico Antônio Vieira em Caruaru

Os avanços observados ao longo dos períodos de gestão do médico Antônio Vieira em Caruaru, não são apenas a demonstração de estatísticas promissoras, mas um reflexo de esforços multidimensionais que ressoam junto aos fundamentos da Bioética de Intervenção, na transformação da realidade sanitária do município. Em seu arcabouço teórico-metodológico, a BI nos convida a ultrapassar a mera análise teórica dos conflitos morais e a nos engajar ativamente na construção de propostas de transformação de realidades injustas e moralmente inaceitáveis.

No âmbito da queda da mortalidade infantil em Caruaru, implementada a partir das ações desenvolvidas no contexto municipal de saúde, materializa-se um exemplo concreto de sucesso onde intervenções eficazes, embasadas por uma sensibilidade ética para com as vulnerabilidades, e sobretudo, com os vulnerados (Schramm, 2008), produziram resultados tangíveis.

As ações operadas em Caruaru englobaram diversos investimentos destacando-se entre eles: fortalecimento da atenção primária à saúde com equipes multidisciplinares atuando na prevenção e no acompanhamento da saúde materno-infantil; programas de aleitamento materno; acompanhamento nutricional; imunização

e o acesso facilitado a serviços de saúde de qualidade para gestantes e recém-nascidos.

Sob a ótica da Bioética de Intervenção, esses esforços não são apenas medidas técnicas, mas imperativos éticos, enfatizados na responsabilidade pública de agir para mitigar as desigualdades sociais e de saúde. A alta mortalidade infantil, frequentemente associada a determinantes sociais como pobreza, falta de acesso à educação e saneamento inadequado, clamava em Caruaru, por uma adequada ação deliberada e direcionada. A redução desses índices no município expõe o compromisso do gestor Antônio Vieira e sua equipe em enfrentar essas desigualdades, reconhecendo o valor intrínseco de cada vida e a obrigação moral de protegê-la.

Considerando ainda, o embasamento sugerido pela BI de uma bioética militante, politizada e engajada na transformação de realidades sociais excludentes, há de se destacar a aproximação da atuação do coletivo liderado por Dr. Vieira com uma participação comunitária legitimada pelo engajamento dos diversos atores sociais nesse processo. O exemplar resultado alcançado em Caruaru provavelmente resultou da colaboração entre profissionais de saúde, gestores públicos, famílias e a própria comunidade, construindo um tecido social de cuidado e proteção à infância.

- b) Como as categorias teóricas da Bioética de Intervenção puderam contribuir na análise do enfrentamento das situações bioéticas persistentes em Caruaru, justificando moralmente as intervenções públicas realizadas.

Ao analisar o enfrentamento das situações bioéticas persistentes — especificamente a mortalidade infantil em Caruaru e suas principais causas, como a inacessibilidade aos serviços de saúde e a desnutrição —, categorias teóricas da Bioética de Intervenção foram fundamentais para a construção do lastro conceitual que permitiu identificar a moralidade das intervenções realizadas. Em relação a esse objetivo, ficou evidente em toda a narrativa bioética apresentada, o compromisso da gestão municipal com a identificação de grupos socialmente mais vulneráveis e que estariam expostos à vivência de mais dor e sofrimento decorrentes dessas condições. O conhecimento do território, o mapeamento das áreas de maior risco e vulnerabilidade social permitiu a aproximação com as áreas rurais e as periféricas que

apresentavam acesso limitado a serviços, populações com menor escolaridade e gestantes com condições de saúde preexistentes ou acesso inadequado ao pré-natal.

A compreensão de que essa vulnerabilidade social se traduziria em vulneração — em precariedade de vidas que demandavam ampla proteção do Estado — constituiu o eixo norteador para a implementação de políticas públicas de saúde, incluindo programas de saneamento e de educação em saúde. As mortes evitáveis de crianças representavam, de forma contínua, a expressão mais viva da omissão do papel protetor do Estado (Schramm e Kottow, 2001) e da inaceitável violação do direito à vida e à saúde, sendo categorizadas como inaceitáveis pela Bioética de Intervenção (BI) (Garrafa e Porto, 2003).

A BI forneceu, ainda, por meio de sua fundamentação epistemológica, a base ética para justificar as intervenções realizadas em Caruaru sob as lentes da promoção da justiça social e da equidade. A evidente manifestação de injustiça social e de desigualdade representada pelas mortes infantis requereu ações que visaram reduzir as disparidades e garantir que todas as crianças tivessem igualdade de oportunidades de viver e de realizar seu pleno potencial de vida.

Na sequência da análise bioética sobre as ações desenvolvidas no município, deu-se o encontro com as categorias teóricas da responsabilidade coletiva e da solidariedade, incluindo as ações que foram desenvolvidas no âmbito de outras esferas de governo (estadual e federal), expandindo-se para a compreensão da atuação ética dos profissionais de saúde, de outras organizações da sociedade civil e da própria comunidade. O empoderamento das pessoas e de grupos se deu pela participação efetiva na tomada de decisões que envolviam a destinação dos recursos, a prioridade de investimentos e a construção de um modelo de saúde mais acessível, democrático e participativo.

Ao analisar as intervenções públicas realizadas em Caruaru para reduzir a mortalidade infantil e sua relação com a BI, é também possível justificar moralmente essa atuação argumentando que elas visaram, essencialmente: reduzir a vulnerabilidade dos grupos mais afetados; atuar sobre os determinantes sociais da saúde que contribuíam para o problema; promover a justiça social e a equidade na garantia do direito à vida e à saúde; exercer a responsabilidade social e a solidariedade com as famílias e as crianças; empoderar as comunidades e promover sua participação libertadora, cumprindo o imperativo ético de intervir diante de uma situação de sofrimento evitável, cuja persistência é eticamente injustificável.

- c) A relação existente entre as decisões tomadas pelo médico Antônio Vieira e equipe, como gestores públicos, os fundamentos da BI e os princípios da DUBDH/UNESCO.

No que tange a esse terceiro e último objetivo específico proposto a ser defendido nesta Tese, os resultados demonstrados pela narrativa bioética das decisões tomadas pela gestão municipal de Caruaru apontam como a notável queda da mortalidade infantil e melhoria da qualidade de vida representaram um avanço expressivo na saúde pública local, refletindo o compromisso com a vida e a dignidade humana, em consonância aos princípios fundamentais da DUBDH. Conforme já descrito anteriormente, essas medidas sanitárias adotadas dialogam diretamente com os artigos 10,11 e 14 da referida Declaração, escolhidos como categorias teóricas de análise na presente tese.

Assim, é possível dizer que o Artigo 10 – Igualdade, Justiça e Equidade – encontra significativo eco na experiência de Caruaru. Com efeito, a redução das mortes evitáveis e, além disso, a busca por um acesso mais equitativo aos serviços de saúde para todas as crianças, independentemente de sua origem socioeconômica ou localização geográfica, são a materialização do respeito à dignidade e aos direitos iguais para todos os seres humanos. Desse modo, ao direcionar esforços para as populações mais vulneráveis e, por conseguinte, combater as desigualdades que historicamente afetam a saúde infantil, o município demonstrou, de fato, um compromisso prático com a justiça social na distribuição dos benefícios do desenvolvimento em saúde.

De modo análogo, o Artigo 11 – que trata da Não Discriminação e Não Estigmatização – ainda que não seja explicitamente pormenorizado nas análises sobre a queda da mortalidade em Caruaru, encontra-se, contudo, intrinsecamente conectado à eficácia das políticas de saúde implementadas. Nesse contexto, a universalização do acesso aos cuidados, a atenção integral à saúde materna e infantil, e, em particular, a tentativa de superar as assimetrias geográficas dentro do próprio município pressupõem, por sua vez, a recusa veemente de qualquer forma de discriminação na oferta de atenção à saúde. Portanto, garantir que cada criança tivesse as mesmas oportunidades de sobrevivência e desenvolvimento, sem ser estigmatizada por sua condição social ou por qualquer outra razão, constitui um pilar

ético fundamental que, indubitavelmente, sustentou a contínua melhoria dos indicadores de saúde, especialmente, a redução dos coeficientes de mortalidade infantil.

Finalmente, o Artigo 14 – que versa sobre a Responsabilidade Social e Saúde – constitui o alicerce fundamental sobre o qual se apoiam as notáveis conquistas de Caruaru. Nesse sentido, a promoção da saúde e do desenvolvimento social, estabelecidos como objetivos centrais das políticas governamentais e contando com a participação ativa de diversos setores da sociedade, configuram-se como um espelho nítido dos preceitos contidos neste artigo. Ademais, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO reforça veementemente que o mais alto padrão de saúde atingível representa um direito fundamental de todo ser humano, com uma especial e inquestionável atenção à saúde de mulheres e crianças.

Conseqüentemente, as iniciativas implementadas em Caruaru, as quais buscaram assegurar o acesso a cuidados sanitários de qualidade constituíram um eloquente testemunho da responsabilidade social em ação, o que evidencia o reconhecimento da saúde como um bem social e humano, e um direito verdadeiramente indispensável.

Em síntese, a notável trajetória de Caruaru na redução da mortalidade infantil demonstra, de forma inspiradora, o poder da ação balizada por sólidos princípios éticos. Ao examinarmos esses avanços sob a ótica da Bioética de Intervenção, torna-se imperativo reafirmar que a saúde infantil transcende a mera dimensão técnica ou estatística; ela se configura, antes de tudo, como um imperativo moral inegável, que demanda um compromisso ininterrupto com a justiça social e com o bem-estar integral de cada criança.

A experiência de Caruaru transcende o âmbito local e se configura como uma referência ética e política universal de boas práticas em saúde pública, particularmente no contexto latino-americano e dos demais países periféricos do sul geopolítico do planeta, onde as desigualdades estruturais exigem ações afirmativas corajosas e transformadoras. A superação de altos índices de mortalidade infantil só se torna possível mediante a formulação de estratégias que coloquem a vida humana no centro das decisões públicas, em conformidade com os postulados da bioética comprometida com a transformação social (Garrafa e Porto, 2002, 2003).

Contudo, como adverte Jorge Luís Borges em seu poema *Everness* — “Só uma coisa não há. É o esquecimento.” —, é crucial que não releguemos ao esquecimento

o passado de adversidade, tampouco a magnitude dos esforços que permitiram os avanços alcançados. Conforme destacam Rouquayrol e Almeida Filho (2018), os indicadores de saúde são produtos de processos históricos, culturais, econômicos e políticos complexos, exigindo, portanto, monitoramento constante e investimentos contínuos em políticas públicas sustentáveis.

Assim, somente mediante vigilância ética, engajamento institucional e participação social ampla será possível consolidar e perpetuar tais conquistas, assegurando que os fantasmas de índices outrora alarmantes não retornem, e que a infância caruaruense continue a florescer como expressão concreta de uma sociedade mais justa e solidária.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer**: o poder soberano e a vida nua. Tradução de Henrique Burigo. - Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.
- ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz. **A invenção do Nordeste e outra artes**. Prefácio de Margareth Rago. – 5ª ed. – São Paulo: Cortez, 2011.
- ALMEIDA, José Américo de. **O Ciclo Revolucionário do Ministério da Viação**. 2ª.ed. Fundação Casa de José Américo. Coleção Mossoroense. Vol. CLXXVIII.,1982.
- ALVES, Valdecy (Organização). **Campos de Concentração da seca de 1932 no Ceará**: múltiplas visões e reverberações contemporâneas. – Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2022.
- ALVES, Valdecy. **Joaquim Barbosa – 100 anos – Sobrevivente do Campo de Concentração do Patu e do Urubu**. [S.l.]: Valdecy Alves, 2021. Documentário. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GJeKJwsW-Bk>. Acesso em 25 janeiro 2025
- AMORIM, Gessica. **Apagados da história oficial, campos de concentração da seca de 1932 estão marcados na memória popular**. Publicado no Site Marco Zero, em 20/05/2022 Disponível em: <https://marcozero.org/campos-de-concentracao-ceara-seca-de-1932/> . Acesso em 29.01.2025
- ANJOS, Márcio Fabri dos. **Eutanásia em chave de libertação**. Boletim do Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde. São Paulo – n. 57. Junho de 1989.
- ARAUJO, Flora Raquel de Freitas. **A Bioética da Proteção e as Implicações Morais no Acesso Desigual ao Parto**: o caso de uma maternidade de referência no Agreste de Pernambuco. Dissertação de mestrado. Orientadores: Paulette Cavalcanti de Albuquerque e Carlos Pontes. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ. Recife, 2012. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br>. Acesso em 29.06.2023
- ARAUJO, Flora Raquel de Freitas; QUEIROZ, Paulo Florêncio; SOUZA, Maria Aparecida de. **Proposta de redirecionamento da política de saúde do município de Caruaru**, Monografia., NESC-FIOCRUZ, Recife,1989
- ARAUJO, Flora Raquel de Freitas; LEITE, Alexandre Barbosa; SOUZA, Maria Aparecida de. **Plano Municipal de Saúde de Caruaru – 1991-1993**. Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru. Caruaru, 1991, 175p.
- AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **Entrevista**: Sérgio Arouca. Revista Trabalho, Educação e Saúde, 1(2):355-361, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462003000200010> Acesso em 25 maio 2025
- ARREGUY, Euclides Etienne Miranda; SCHRAMM, Fermim Roland. **Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS**: uma análise pela bioética da proteção. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v.51, n.2, p.117-123, 2005.
- ASSIS, Yérsia Souza de; GOMES, Larisse Louise Pontes. **Vencendo demanda! Rita Segato e algumas reflexões sobre a colonialidade do poder no campo da Antropologia**. Resenha do livro SEGATO, Rita. 2021. *Crítica da colonialidade em oito ensaios: e uma antropologia por demanda*. Tradução: Danielli Jatobá e Danú Gontijo. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 346pp. Cadernos de Campo (São Paulo, online) | vol. 31, n. 2 | p.

1-9 | USP 2022. Disponível em

<https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/203575>. Acesso em 10.03.2025.

AZAMBUJA, Letícia Erig Osório; GARRAFA, Volnei. **A teoria da moralidade comum na obra de Beauchamp e Childress**. Rev. bioét. (Impr.). 2015; 23 (3): 634-44. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/bioet/a/w4QYvb3kfmcmkQxHdgHJN8K/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 13.12.2024

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

BAUMAN, Zygmunt; DONSKIS, Leonidas. **Cegueira Moral: a perda da sensibilidade na modernidade líquida**. Tradução Carlos Alberto Medeiros. – 1ª ed. – Rio de Janeiro: Zahar, 2021

BEAUCHAMP Ton L; CHILDRESS James F. **Principles of biomedical ethics**. 7ª ed. New York: Oxford University Press; 2013.

BELIK, Laura. **Campos de concentração no Ceará (1915, 1932): histórias apagadas do processo de urbanização de Fortaleza**. Sessão Temática 06: Cidade, história e identidade cultural. XX ENAMPUR 2023. Belém -PA. Disponível em <https://anpur.org.br/wp-content/uploads/2023/05/st06-13.pdf> . Acesso em 29.01.2025

BORGES, Jorge Luis. **Poema Everness**. In: BORGES, Jorge Luis. El otro, el mismo. Obras completas de Jorge Luis Borges 1923-1972. Buenos Aires: Emecé, 1974, p. 927.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Tradução Maria Helena Kühner. – 20ª ed. – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080** de, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.

BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste. **Geografia da Mortalidade Proporcional (1979-1990)**, Série Diagnóstico de Saúde no Nordeste nº1, Recife, 1997.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. **Camponeses mortos e desaparecidos: excluídos da justiça de transição**. Coordenador: Gilney Amorim Viana. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013.

BREIHL, Jaime. **“Não existem doenças da pobreza: por uma epidemiologia crítica”**. Entrevista a Renata Padim. Instituto Humanitas Unisinos. Pág. 12. 02/08/2017. Disponível em <https://www.ihu.unisinos.br/categorias/186-noticias-2017/570245-nao-ha-doencas-da-pobreza>.

Acesso em 05.12.2024

BRITO, Lucas Ramyro Gomes de. **De Camponeses a Operários: os trabalhadores das Frentes de Serviços emergenciais de combate aos efeitos da seca no Meio-Norte (décadas**

1970-1990). Comunicação Oral. Anais do XIV Encontro Regional Nordeste de História Oral da ABHO - Narrativas de Resistência: História Oral e Temas Sensíveis. Publicado em 20/03/2024 - ISBN: 978-65-272-0335-3. Disponível em: [https://www.even3.com.br/anais/xiv-encontro-regional-de-historia-oral-do-nordeste-338905/723476-de-camponeses-a-operarios-o-trabalho-nas-frentes-emergenciais-de-combate-aos-efeitos-da-seca-no-meio-norte-\(1970/](https://www.even3.com.br/anais/xiv-encontro-regional-de-historia-oral-do-nordeste-338905/723476-de-camponeses-a-operarios-o-trabalho-nas-frentes-emergenciais-de-combate-aos-efeitos-da-seca-no-meio-norte-(1970/) Acesso em: 24/01/2025

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra**: quando a vida é passível de luto? Tradução de Sérgio Tadeu de Niemeyer Lamarão e Arnaldo Marques da Cunha; revisão de tradução de Marina Vargas; revisão técnica de Carla Rodrigues – 7ª ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020. 288p.

BUTLER, Judith. **Vida Precária**: Os poderes do luto e da violência. Tradução Andreas Lieber; revisão técnica Carla Rodrigues – 1 ed; 2 reimp. – Belo Horizonte: Autêntica, 2022a – (Filô)

BUTLER, Judith. **Relatar a si mesmo**: crítica da violência ética. Tradução Rogério Bettoni. – 1. Ed; 6 reimp. – Belo Horizonte: Autêntica, 2022b – (Filô)

BUTLER, Judith. **Corpos que importam**: os limites discursivos do "sexo". Tradução de Carla Rodrigues. São Paulo: N-1 Edições / Crocodilo, 2019.

BUTLER, Judith. **Corpos que pesam**: sobre os limites discursivos do "sexo". In. O Corpo educado: pedagogias da sexualidade. Organização Guacira Lopes Louro; tradução Tomaz Tadeu da Silva. – 4. Ed.; 5.reimp. – Belo Horizonte, 2023 (Argos)

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Tradução de Renato Aguiar. Revisão técnica de Joel Birman. 27ª ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2024a.

BUTLER, Judith. **Despossessão: o performativo na política** (Conversas com Athena Athanasiou); traduzido por Beatriz Zampieri. – São Paulo: Editora Unesp, 2024b.

CAMPBELL, Joseph. **O Herói de mil faces**. Tradução Heráclito Aragão Pinheiro, Camilo Francisco Ghorayeb. – 1 ed. São Paulo: Palas Athena Editora, 2023

CARUARU. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 1990**, Caruaru, 1990.

CARUARU. Câmara Municipal. **Lei Orgânica do Município 1/1990**. Disponível em [Lei Orgânica de Caruaru - PE](#). Acesso em 23.09.2025

CARUARU. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 1991**, Caruaru, 1991.

CARUARU. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 1997-1998**, Caruaru, 1998.

CARUARU. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Lei nº 3.440**, de 20 de setembro de 1991. Institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências.1991.

CARUARU. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Memória da Atenção Básica 2011-2016**. Revisão técnica (organizadores): Claudia Maria dos Santos Pereira, Flora Raquel de Freitas Araujo e Lucivanda Maria Leite. Caruaru, 2016.

CARUARU. Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Turismo, Tecnologia e Economia Criativa. **Conheça Caruaru**, 2024. Disponível em: <https://conheca.caruaru.pe.gov.br/site/breve-historico>. Acesso em 29 jan 2025.

CASTRO, Josué. **Geografia da Fome: o dilema brasileiro: pão ou aço**. 10ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1967.

CASTRO, Josué. **Geopolítica da Fome: ensaio sobre os problemas de alimentação e de população**. 2 volumes. 7ed. Revisada e aumentada. São Paulo: Editora Brasiliense, 1965

CASTRO, Josué. **Sete palmos de terra e um caixão: ensaio sobre o Nordeste, área explosiva**. 2.ed São Paulo: Editora Brasiliense, 1967.

CASTRO, Josué. **Homens e caranguejos** (romance). São Paulo: Editora Brasiliense, 1967

CASTRO, Josué. **Documentário do Nordeste**. 4ª ed. (1ª edição 1957). São Paulo: Editora Brasiliense, 1968

CEARÁ. Governo Estadual. Secretaria da Cultura (SECULT). **Governador Elmano de Freitas assina decreto de tombamento definitivo do Sítio Histórico do Patu em Senador Pompeu**. Publicado em 27 de novembro de 2023.

Disponível em <https://www.secult.ce.gov.br/2023/11/27/governador-elmano-de-freitas-assina-decreto-de-tombamento-definitivo-do-sitio-historico-do-patu-em-senador-pompeu/> . Acesso em 02.02.2025

CERQUEIRA, Paulo Cezar Lisboa. **A Seca no contexto social do Nordeste**. In: O Genocídio do Nordeste (1979 – 1983). CPT. CEPAC. IBASE. - São Paulo: Edições Mandacaru Ltda; Comercialização Editora HUCITEC, 1986, p. 33-76.

CÉSAIRE, Aimé. **Discurso sobre o colonialismo**. Tradução de Claudio Willer. Ilustração de Marcelo D'Saete. Cronologia de Rogério de Campos. – São Paulo: Veneta, 2020.

CNBB. Pastoral da Criança. **Multimistura de Alimentos, resgate do conceito original: quanto mais colorido for o prato de comida, melhor!** DICAS nº 29, Junho 2005

CODESSUL. Site do Consórcio de Desenvolvimento da Região do Sertão Central Sul. **Página do município de Senador Pompeu – Ceará**.

Disponível em <https://www.codessul.ce.gov.br/entes/8> . Acesso em 26 jan 2025.

COMTE-SPONVILLE. André. **Dicionário Filosófico**. Tradução Eduardo Brandão – São Paulo: Martins Fontes, 2003.

CONDÉ, José. **Terra de Caruaru: romance; ilustrações Cezar Siqueira; posfácio Edson Tavares** – 6.ed. revista e ampliada. Caruaru – PE: W.D Porto da Silva, 2011. 300p.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO. **CFN define posição sobre multimistura**, 2009. Disponível em:

https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/posicao_sobre_multimistura.pdf. Acesso em 10.11.2023

CORTINA, Adela. **Aporofobia, a aversão ao pobre: um desafio para a democracia**. Tradução de Daniel Fabre – São Paulo: Editora Contracorrente, 2020.

CRUZ, Eliane Aparecida da. **Bioética de Intervenção, Movimentos Sociais e Políticas Públicas de Saúde** – a Construção da Política Nacional de Assistência Farmacêutica

(PNAF). Tese de doutoramento; orientador: V. Garrafa. Universidade de Brasília; Programa de Pós-Graduação em Bioética, 2020.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. Edição de 15 de fevereiro de 1970. **Primeiro Caderno** p.22. Disponível em:

https://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=029033_15&pasta=ano%20197&pesq=%22s%C3%AACA%20no%20nordeste%22&pagfis=1286

Acesso em 15.09.2023

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. Edição de 15 de abril de 1970b. **Primeiro Caderno**, pág.9 (edição 87/1970) Disponível em:

https://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=029033_15&Pesq=%22s%c3%aaca%20no%20nordeste%22&pagfis=3133

Acesso em 15.09.2023

DROIT, Roger-Pol. **Tolerância**: o que é?: Por que é importante? : É possível nos dias de hoje?: Como educar para tolerância?; tradução Patrícia Reuillard. – 1. ed. São Paulo, SP: Contexto, 2017

DUSSEL, Enrique. **1492: o encobrimento do Outro**: a origem do mito da modernidade: Conferências de Frankfurt; tradução Jaime A. Clasen. Petrópolis- RJ: Vozes, 1993

Empresa Brasileira de Agropecuária (EMBRAPA). **Bioma Caatinga. Barauna**. Autor Marcos .Antônio Drumond. Disponível em <https://www.embrapa.br/agencia-de-informacao-tecnologica/tematicas/bioma-caatinga/flora/madeireiras/barauna>. Acesso em 11 de junho de 2023.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**: *Reviravolta na saúde*: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p. ISBN 978-85-7541-361-6. Disponível em SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 07.04.2023

FAÇANHA, Telma Rejane dos Santos, GARRAFA, Volnei. **Notificação de eventos adversos nos serviços de saúde no Brasil**: uma proposta desde a Bioética de Intervenção. *Lex Medicinæ*, Coimbra/Portugal; Ano 19 (37): 123-136, 2022 .

FAÇANHA, Telma Rejane dos Santos. **Contribuição da Bioética de Intervenção ao Sistema de Notificação de Eventos Adversos na Assistência à Saúde no Brasil**. Tese de Doutorado; orientador: V. Garrafa. Brasília - Programa de Pós-Graduação em Bioética; Universidade de Brasília; 2023.

FALS BORDA, Orlando. **Aspectos teóricos da pesquisa participante**: considerações sobre o significado e o papel da ciência na participação popular. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org.). *Pesquisa Participante*. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986. p. 42–62

FANON, Frantz. **Pele Negra, Máscaras Brancas**. Tradução Sebastião Nascimento colaboração Raquel Camargo. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

FANON, Frantz. **Os condenados da Terra**. Tradução Lígia Fonseca Ferreira, Regina Salgado Campos. – 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.

FEITOSA, Saulo Ferreira. **O processo de territorialização epistemológica da Bioética de Intervenção**: por uma prática bioética libertadora. Tese de Doutorado; orientador: V. Garrafa. Brasília - Programa de Pós-graduação em Bioética; Universidade de Brasília; 2015.

FEITOSA, Saulo Ferreira; FLOR DO NASCIMENTO, Wanderson. **A bioética de intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo**. Rev. Bioética (Impr.). 2015; 23(2):277-84.

FERNANDES, Maria Helena. **Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FLOR DO NASCIMENTO Wanderson. **Por uma vida descolonizada**: diálogos entre a Bioética de Intervenção e os estudos sobre a colonialidade. Tese de Doutorado; orientadora: Rita L. Segato. Brasília - Programa de Pós-graduação em Bioética; Universidade de Brasília; 2010.

FLOR DO NASCIMENTO, Wanderson. **Corporalidades em abertura**: os candomblés e percursos da resistência incorporada. *Revista Humanidades e Inovação*, v. 7, n. 3, p. 184–198, 2020.

Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/3046>
Acesso em: 20 maio 2025.

FLOR DO NASCIMENTO, Wanderson; GARRAFA, Volnei. **Nuevos diálogos desafiantes desde el sur**: colonialidad y Bioética de Intervención. *Revista Colombiana de Bioética*. 2010; 5(2):23-37.

FLOR DO NASCIMENTO, Wanderson; GARRAFA, Volnei. **Por uma Vida não Colonizada**: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. 2011. *Saúde Soc.* São Paulo; 20(2):287-299.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France (1976). Tradução Maria Ermantina de Almeida Prado Galvão. – 2ª. ed. - São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

FRANK, Arthur W. **Letting stories breathe**: a socio-narratology - Chicago: The University of Chicago Press, 2010.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17ª ed. - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREUD, Sigmund. **Inibição, sintoma e medo**. Tradução Renato Zwick; revisão técnica e prefácio de Márcio Seligmann-Silva; ensaio biobibliográfico de Paulo Endo, Edson Souza. – 1.ed. – Porto Alegre, RS: L&PM, 2016

GARRAFA, Volnei. **Bioética, saúde e cidadania**. *Humanidades*; Universidade de Brasília;9(4):342-351, 1994.

GARRAFA, Volnei. **Dimensão da Ética em Saúde Pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP/Kellogg Foundation, 1995.

GARRAFA, Volnei. **Bioética da situações persistentes e das situações emergentes**. *Fragmentos de Cultura (Universidade Católica de Goiás)*;21:51–52, 1996.

GARRAFA, Volnei. **Bioética, salud y cidadania**. *Salud: Problema y Debate (Argentina)*;9(16):26-33, 1997

GARRAFA, Volnei. **Ética y Salud Pública**: el tema de la equidad y una propuesta bioética dura para los países periféricos. In: *Actas de las V Jornadas Argentinas y Latinoamericanas de Bioética de la Asociación Argentina de Bioética*;Mar del Plata, 1999

GARRAFA, Volnei. **Bioética fuerte. Una perspectiva periférica a las teorías bioéticas tradicionales.** 3er. Congreso de la Federación Latino-Americana y del Caribe de Instituciones de Bioética – Felaibe; Ciudad de Panamá, Panamá, 2000.

GARRAFA, Volnei. **Bioética de Intervención.** Conferência de abertura do “Primer Congreso Boliviano de Bioética”. Lapaz, Bolivia, 2001.

GARRAFA, Volnei. Ética y política (verbetes). In: Tealdi JC (dir). **Diccionario latinoamericano de bioética.** Bogotá; Universidad Nacional de Colombia/UNESCO, p. 531-533, 2008.

GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel; DINIZ, Débora. **Saúde pública, bioética e equidade.** Revista Bioética; 5(1):27-33, 1997.

GARRAFA, Volnei; PORTO, Dora. 2002. **Bioética, poder e injustiça:** por uma ética de intervenção. O Mundo da Saúde; 26(1):06-15.

GARRAFA, Volnei; PORTO, Dora. 2003a **Intervention bioethics:** a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. Bioethics; 17(5-6):399-416.

GARRAFA, Volnei. 2005a **Da bioética de princípios a uma bioética interventiva.** Bioética Brasileira de Bioética; 13(1): 125-143.

GARRAFA, Volnei. 2005b. **Inclusão social no contexto político da bioética.** Revista Brasileira de Bioética; 1(2):122-132.

GARRAFA, Volnei. **Multi-inter-transdisciplinarietà, complejidad y totalidad concreta en Bioética.** In: Garrafa, Volnei; Kottow, Miguel; Saada, Alya (coords). Estatuto epistemológico de la Bioética. Mexico: UNAM/Unesco; pp. 67- 86. 2005c.

GARRAFA, Volnei. **Apresentação.** In: Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. Volnei Garrafa, Miguel Kottow, Alya Saada(organizadores); tradução Luciana Moreira Pudenzi, Nicolás Nyimi Campanario. – São Paulo: Editora Global-Gaia/Redbioética Unesco. 2006.

GARRAFA, Volnei. **Análisis histórico-crítico de la construcción y repercusiones de la Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.** Revista Redbioética Unesco; Año 9, 1 (17), pp. 25-40, 2018.

GARRAFA, Volnei. **Bioética de Intervención, dura sin perder la ternura - crítica, anti-hegemónica y militante.** In: Bioética y Biopolítica. Editor científico Dr. C. José R. Acosta Sariego. Publicaciones ACUARIO, Centro Félix Varela, Ciudad de La Habana - Cuba, 2023.

GARRAFA Volnei; PORTO Dora. **Bioética, poder e injustiça:** por uma ética de intervenção. In: Garrafa V, Pessini L, organizadores. Bioética, poder e injustiça. São Paulo. Loyola, 2003: 35-44.

GARRAFA, Volnei; PORTO, Dora. Bioética de intervención (verbetes). In: Tealdi JC (dir.). **Diccionario Latinoamericana de Bioética.** Bogotá: Unibiblos/ Redbioética-Unesco, p. 161-164, 2008.

GARRAFA, Volnei; MANCHOLA-CASTILLO, Camilo. **Releitura crítica (social e política) do princípio da justiça em bioética.** Revista de Direitos e Garantias Fundamentais. Vitória, v. 18, n. 3, p. 11-30, set./dez. 2017

Disponível em <https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/1145/pdf>. Acesso em 16.01.2025

GARRAFA, Volnei; CUNHA, Tiago Rocha; MANCHOLA-CASTILLO, Camilo. **Access to healthcare** - A central question within Brazilian Bioethics. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 27:431-439, 2018.

GARRAFA, Volnei; CUNHA, Tiago Rocha; MANCHOLA-CASTILLO, Camilo. **Ensino da ética global**: uma proposta teórica a partir da Bioética de Intervenção. Interface (Botucatu) [online]; Vol. 24, e190029, 2020.

GOODMAN, David E. ; SENA, Júlio F. Ferreira; ALBUQUERQUE, Roberto Cavalcanti de. **Os incentivos financeiros à industrialização do Nordeste e a escolha de tecnologias**. Revista Planejamento e Políticas Públicas, vol.1 n. 02, 1971. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/43ed31f9-f594-47d5-9421-7ff40ed0bdad>.

GODOI, Alcinda Maria Machado; GARRAFA, Volnei. **Leitura bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização**. Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, v.23, n.1, p.157-166, 2014.

GOFFMAN, Erwing. **Estigma**: notas sobre a identidade social deteriorada. Tradução de Marcia Bandeira de Mello Leite Nunes. – 4.ed. [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: LTC, 2022

GOLDIM, José Roberto. **Bioética**: Origens e Complexidade. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Vol. 26, n. 2, p.86-92, 2006. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br>>. Acesso em: 13.09.2023

GOLDIM, José Roberto. **O caso Tuskegee**: quando a ciência se torna eticamente inadequada. Página do Núcleo Interinstitucional de Bioética HCPA/UFRGS, 1999. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/tueke2.html>. Acesso em 20.09.2023.

GOMES, Flávio dos Santos. **Quilombos/Remanescente dos Quilombos**. In: Dicionário da escravidão e liberdade: 50 textos críticos/ Lília Moritz Schwarcz e Flávio dos Santos Gomes (Orgs.) – 1ªed. – São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

GROULX, Lionel-H. **Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social**. In: A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Tradução de Ana Cristina Arantes Nasser, 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

HARAWAY, Donna. **Saberes localizados**: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. Tradução de Mariza Corrêa. *Cadernos Pagu* (5) 1995: pp. 07-41. Disponível em https://www.copene2018.eventos.dype.com.br/resources/anais/8/1524482904_ARQUIVO_DonnaHarawaysaberessituados.pdf. Acesso em 11 de junho de 2023

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**: Parte I. Tradução de Márcia de Sá Cavalcanti. 2. Ed. Petrópolis: Vozes, 1988

HOBBSAWM, Eric J. **A Era dos Extremos**: O Breve Século XX (1914-1991). 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOUAISS, Antônio. VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda – Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IBASE. Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. **O Genocídio do Nordeste (1979 -1983)**. CPT.CEPAC.IBASE. Pesquisa e organização: Daniel Rech, Francisco Passos Costa, Giambaptista Calligaro, Herbert José de Souza, Luiz Eduardo de Souza, Paulo Cezar Lisboa Cerqueira, Raimunda Cleide Fontes. Redação Final: Milton Moura. - São Paulo: Edições Mandacaru Ltda; Comercialização Editora HUCITEC, 1986.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2020. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/caruaru/panorama>. Acessado em 22 de março de 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2023. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/caruaru/pesquisa/39/30279?ano=2016> Acessado em 09 de setembro de 2023.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **O que é Índice de GINI?** Por Andrea Wolffenbüttel. Revista Desafios do desenvolvimento Ano 1. Edição 4 - 1/11/2004, 2004. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28 Acesso em 06.12.2024

JONAS, Hans. **O Princípio responsabilidade**: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica; tradução do original alemão Marijane Lisboa, Luiz Barros Montez. – Rio de Janeiro: Contraponto: Ed. PUC Rio, 2006. 345p.

KOTTOW, Miguel. **¿Bioética narrativa o narrativa bioética?** Revista Latinoamericana de Bioética, 16(2), 58-69, 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1763>. Acesso em 26.03.2023

LATOUR, Bruno. **Jamais Fomos Modernos**: ensaio de antropologia simétrica; tradução de Carlos Irineu da Costa – 2 ed. 1ª Reimpressão - Rio de Janeiro: Editora 34, 2011.

LE BRETON, David. **Antropologia da Dor**; tradução Iraci D. Poleti. – São Paulo: Fap-Unifesp, 2013.

LEVINAS, Emmanuel. **Totalidade e Infinito**. Trad. José P. Ribeiro. Lisboa: Edições 70, 1988.

MAINETTI Jose Alberto. **Bioética narrativa** [verbetes]. In: Tealdi JC, director. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá: Red Bioética Unesco/Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 167.

MANCHOLA CASTILLO, Camilo Hernan. Bioética. **Imaginación y Acción: Hacia una Bioética Narrativa, Práctica y Comprometida**. Orientador: Volnei Garrafa. Brasília, Tesis (doctorado) – Universidad de Brasilia/Programa de Posgrado en Bioética, 2017. 188 p.

MANCHOLA CASTILLO, Camilo. 2019. **Da fundamentação à intervenção**: uma proposta metodológica (narrativa!) para a Bioética de Intervenção. Conferência. XI Ciclo Anual de Conferências Internacionais em Bioética da UnB. Programa de Pós Graduação em Bioética, Universidade de Brasília, Brasília, DF; 30 de agosto de 2019.

MANCHOLA, Camilo; BRAZÃO, Elisa; PULSCHEN, Anelise; SANTOS, Marcos. **Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada**. Rev. bioét. (Impr.). 2016; 24 (1): 165-75. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241118>. Acesso em 28.03.2023

MARTINS, Maisa Cruz et al. **Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período 1995-2002**. 3 – O Programa Nacional de Controle da Deficiência de Vitamina A. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(9):2081-2093, set, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2007.v23n9/2081-2093/pt>. Acesso em 15 abril 2024.

MARTORELL, Leandro Brambilla. 2015. **Análise crítica da Bioética de Intervenção**: um exercício de fundamentação epistemológica. Tese de doutorado; orientador: V. Garrafa. Universidade de Brasília; Programa de Pós-Graduação em Bioética.

MATURANA, Humberto. **Transformação na convivência**. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

MATUS, Carlos. **Adeus, Senhor Presidente**: Planejamento, antiplanejamento e governo. Tradução de Francisco A. Carneiro da Cunha Filho. Recife: Litteris Editora, 1989. 204 p.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte. Traduzido por Renata Santini. 10ª reimpressão. – São Paulo: n-1 edições.org., 2022a

MBEMBE, Achille. **Crítica da razão negra**. Tradução Sebastião Nascimento. 2ª ed.- São Paulo: n-1 edições, 2022b.

MELO, Leda Agnes Simões de Melo. **Os Campos de concentração do Ceará**: seca, modernização e controle social. In: Campos de concentração no Ceará: múltiplas visões e reverberações contemporâneas/ Organização Valdecy Alves. – Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2022.

MELO, Marcelo Mário de; Teresa Cristina Wanderley Nunes (organizadores). **Josué de Castro** (Perfis Parlamentares nº52). Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2007. 323p.

MELO, Zélia Maria. **Estigmas**: espaço para exclusão social. Revista Symposium – Ciências, Humanidades e Letras. Universidade Católica de Pernambuco. - Ano 4, número especial, dezembro 2000, p. 18-22

MELO NETO, João Cabral de. **Morte e Vida Severina e Outros Poemas em Voz Alta**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1974. p. 73-79.

MELO NETO, João Cabral de. **Cemitério Pernambucano - Toritama**. In: Poesias Completas. Rio de Janeiro: José Olympio, 1975.

MENÊSES, Paula Regina Rodrigues. **Dom Pedro Casaldáliga**: os sujeitos e o lugar no Vale do Araguaia. Orientador: Guilherme Figueira Borges. Dissertação (Mestrado em Língua, Literatura e Interculturalidade) – Campus Cora Coralina, Universidade Estadual de Goiás, 2019.

MIGNOLO, Walter. **Desobediência Epistêmica**: Retórica de la modernidade, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad. 2a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Del Signo, 2014

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed- São Paulo: HUCITEC, 2010.

MORAES, Thatiana Victoria dos Santos Machado Ferreira de. **Limen Político**: Traçando as fronteiras da violência e da exceção no interior do Biopoder. Orientador: Prof. Dr. Guilherme Castelo Branco. Dissertação Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Filosofia. Instituto

de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017.

MORIN, Edgar. **A religação dos saberes** – o desafio do século 21. Tradução de Flávia Nascimento. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001

MORIN, Edgar. **O Método 4**: as ideias: habitat, vida, costumes, organização; tradução Juremir Machado da Silva. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011a, 320p.

MORIN, Edgar. **O Método 6**: ética; tradução Juremir Machado da Silva. 4.ed. – Porto Alegre: Sulina, 2011b, 224p.

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. **The Belmont Report**. Department of Health, Education, and Welfare. U.S. Government Printing Office, Washington, D.C, April, 1979

NAVARRETE, M. L. V. et al. **Introdução às Técnicas Qualitativas de Pesquisa Aplicada em Saúde**. Recife: IMIP, 2009.

NETO, Lira. **Getúlio**: Do governo provisório à ditadura do Estado Novo (1930-1945) – 1ª ed – São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

NICOLESCU, Basarab. **O manifesto da transdisciplinaridade**. Tradução de Luciane Fellin. São Paulo: Triom, 2000.

NINOMIYA, Bruno Lopes; MANTELLI, Gabriel Antonio Silveira. **Descolonização do direito internacional**: ferramentas pedagógicas de enfrentamento às múltiplas formas do colonialismo. *Conversas & Controvérsias*, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 1-14, jan.-dez. 2022. Disponível em <https://revistaseletronicas.pucrs.br/conversasecontroversias/article/view/42784>. Acesso em 30.12.2024

OLIVEIRA, Cristiane. **Biopolítica, soberania e tanatopolítica**: ensaio sobre as ideias de Foucault e Agamben. *Revista EPOS*; Rio de Janeiro - RJ, Vol.7, nº 1, jan-jun de 2016; ISSN 2178-700X; pág. 5-27. Disponível em <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/epos/v7n1/02.pdf>. Acesso em: 12.02.2025

OLIVEIRA, Elizabeth Alves. **Intervalidação de marcadores bioquímicos de carência subclínica de Vitamina A**. Tese de doutoramento. Orientador Hernando Flores. Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Nutrição, 2004. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9015/1/arquivo8863_1.pdf. Acesso em 15 abril 2024.

OLIVEIRA, Juarez de Castro; ALBUQUERQUE, Fernando Roberto P. de C. e. **A mortalidade no Brasil no período 1980 – 2004**: desafios e oportunidades para os próximos anos. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Diretoria de Pesquisas – DPE, Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98586.pdf>. Acesso em 16.05.2025

O POVO. **Efetivo dos Campos de Concentração dos Flagelados**. Fortaleza, 30 jun. 1932. Edição histórica mencionada em: MARCO ZERO CONTEÚDO. *Apagados da história oficial, campos de concentração da seca de 1932 no Ceará*. Disponível em: <https://marcozero.org/campos-de-concentracao-ceara-seca-de-1932/>. Acesso em: 26 maio 2025.

ORTEGA Y GASSET, José. **Historia como sistema**. Madrid: Alianza, 1999.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira** : contribuição para a compreensão e crítica. – Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PARANHOS, Denise Gonçalves de Araujo Mello e; MATIAS Edinalda Araujo; MONSORES Natan; GARRAFA Volnei. **As teorias da justiça, de John Rawls e Norman Daniels, aplicadas à saúde**. Revista Saúde em debate; Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p.1002-1011, out-dez 2018. Disponível em:
<https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/661>. Acesso em 10.01.2025.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. **Mortalidade infantil em Pernambuco (1980-1991): geografia, magnitude e significados**. Cadernos de Avaliação, Série Projeto Salva-Vidas, nº2. Recife: 1996. 312 p.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. **Coletânea de projetos relacionados com a redução da Mortalidade Infantil**. Série Projeto Salva-Vidas nº 7. Recife, 1997.86 p.

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) e FGV (Fundação Getulio Vargas). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 1991**. Brasília: PNUD, IPEA, FGV, 2003.

PORTO, Dora. **Bioética e Qualidade de Vida: as bases da pirâmide social no coração do Brasil**. Um estudo sobre a qualidade de vida, qualidade de saúde e qualidade de atenção à saúde de mulheres negras no Distrito Federal. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Orientação: Volnei Garrafa. Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

PORTO, Dora. **Bioética de Intervenção: retrospectiva de uma utopia**. In: Bioéticas, Poderes e Injustiças:10 anos depois. Dora Porto, Volnei Garrafa, Gerson Zafalon Martins e Swendenberger do Nascimento Barbosa (Organizadores). Brasília: CFM/Cátedra UNESCO de Bioética/SBB, 2012. 396p.

PORTO Dora; GARRAFA, Volnei. **Bioética de Intervenção: considerações sobre a economia de mercado**. Revista Bioética CFM; 13(1):111-123, (2005)

PORTO, Dora; GARRAFA, Volnei. 2011. **A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras**. Ciência & Saúde Coletiva; 16 (Supl. 1):719-729.

PORTO, Waldenio. **Quando se cobrem de verde as baraúnas: história e estórias de Caruaru**. Salvador: Contexto e Arte Editorial, 2000 (Série Brasil 500, vol. 2)

POTTER, Van Rensselaer. **Bioética: ponte para o futuro**; tradução de Diego Carlos Zanella. São Paulo: Edições Loyola, 2016.

QUEIROZ, Rachel de. **O Quinze**. 21a. ed. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 1976.

QUEIROZ, Uilma (Direção). **O Bem Virá**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, 2022. Documentário (52 min.). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=V4qztxuG9CE>. Acesso em 20 janeiro 2025.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidade do Poder, Eurocentrismo e América Latina**. In: *Eurocentrismo e Ciências Sociais: Perspectivas Latino-americanas*. Buenos Aires: CLACSO, 2000. p. 181-224.

QUIJANO, Aníbal. **Ensayos em torno a la colonialidad del poder**; compilado por Walter Mignolo, - 1ª ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2019.

RAWLS, John. **Justiça como Equidade**: uma concepção política, não metafísica. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, n. 25, p.25-59, 1992. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/cRWvCkJhHsPR7q8KnpH93KN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10.01.2025

RIBEIRO, Darcy. **O Povo Brasileiro**: a formação e o sentido do Brasil. São Paulo: Global Editora. 3ª Edição. 8ª Reimpressão. 2023.

RIVAS-MUÑOZ, Fabio; GARRAFA, Volnei; FEITOSA, Saulo Ferreira; FLOR DO NASCIMENTO, Wanderson. **Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad**. Rev. Saúde Soc. São Paulo, v.24, supl.1, p.141-151, 2015.

ROCHA FILHO, Antônio Vieira. **Considerações do Secretário de Saúde**. In: Relatório Final da Gestão 1989-1992. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Caruaru, 1992.

ROCHA FILHO, Antônio Vieira. **Saudação ao médico Horácio Florêncio**. Sociedade de Medicina de Caruaru. Texto inédito, Caruaru, 1993.

ROCHA FILHO, Antônio Vieira. **O que é política? Como definir política?** Caruaru -PE. Texto inédito, não datado.

ROCHA FILHO, Antônio Vieira. **A Medicina moderna e o compromisso com a vida**. Caruaru-PE: Texto inédito, não datado.

RODRIGUES, Carla. **O Luto entre clínica e política**: Judith Butler para além do gênero. 1 ed. – Belo Horizonte: Autêntica, 2021. – (Filô Margens/ coordenação Gilson Iannini)

RODRIGUES, José Carlos. **O corpo na história** – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 3ª Reimpressão, 2014.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia & saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018.

SAADA, Alya. **Prólogo**. In Dicionario Latinoamericano de Bioética / dir. Juan Carlos Tealdi. –Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008, p.xxi

SAADA, Alya. **Introdução**. In: Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. Volnei Garrafa, Miguel Kottow, Alya Saada(organizadores); tradução Luciana Moreira Pudenzi, Nicolás Nyimi Campanario. – São Paulo: Gaia, 2006.

SANTAS ALMAS DEVOÇÃO E FÉ – DOCUMENTÁRIO. Produção: Renato de Humaitá, Patrícia Felix e colaboração de Fran Paulo. Centro de Defesa dos Direitos Humanos Antônio Conselheiro CDDH- AC. Senador Pompeu- CE. Setembro de 2024. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=0WAHqHO6rlw>. Acesso em 26 jan 2025

SANTOS, Cícero Joaquim dos. **Quando os corpos rejeitados fundaram os cemitérios dos anjos**: narrativas sobre os enterramentos infantis no cariri cearense. XIII Simpósio Nacional de História das Religiões e da ABHR. Plura, Revistas de artigos de Religião, 2012. Disponível em <https://revistaplura.emnuvens.com.br/anais/article/view/559/408>. Acesso em: 25.01.2025.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. – Rio de Janeiro: Record, 2001.

SCHRAMM, Fermim Roland. **Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização**. *Revista Bioética*. Vol.16, n.1, p. 11-23, 2008. Disponível em: <<http://www.revistabioetica.cfm.org.br>. Acesso em: 04 mai. 2023

SCHRAMM Fermim Roland, Kottow Miguel. **Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas**. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2001 [acesso 13 dez 2024];17(4):949-56. DOI: 10.1590/S0102-311X2001000400029

SEGATO, Rita. **Ejes argumentales de la perspectiva de la Colonialidad del Poder**. *Revista Casa de las Américas* No. 272 julio-septiembre/2013 pp. 17-39

SEGATO, Rita. **Crítica da colonialidade em oito ensaios: e uma antropologia por demanda**; tradução Danielli Jatobá, Danú Gontijo. 1.ed. – Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.

SELLI. Lucila; GARRAFA, Volnei. 2005. **Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico**. *Revista de Saúde Pública*; 39(30): 473–478.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. Tradução Laura Teixeira Motta; revisão técnica Ricardo Doninelli Mendes. - São Paulo: Companhia das Letras, 2000

SEN, Amartya. **A Ideia de Justiça**. Tradução Denise Bottmann, Ricardo Doninelli Mendes. - São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SILVA, Altair Ferreira da; LEITE, José Alexandre Barbosa. **Proposta de melhoria do sistema de informação sobre mortalidade do município de Caruaru**. Orientadoras: Ana Paula Menezes Soter e Maria Luiza Carvalho. Monografia. NESC-PE/FIOCRUZ. Recife, 1990

SILVA, Estevam. **Um Genocídio esquecido: a crise famélica de 1979-1984 no Nordeste**. Blog Pensar a História. Site Ópera-Mundi/Uol. Publicado em 14.08.2024. Disponível em: <https://operamundi.uol.com.br/pensar-a-historia/um-genocidio-esquecido-a-crise-famelica-de-1979-1984-no-nordeste/#:~:text=Entre%201979%20e%201984%2C%20a,a%20maioria%20das%20quais%20crian%C3%A7as> Acesso em 21.01.2025.

SILVA, Marciano Antônio da; LAGE, Arlene Carvalho. **Histórias negadas e memórias esquecidas das heroínas de Tejucupapo**. XXXI Congreso ALAS, Montevideo.Urugay, 2017. Disponível em https://www.easyplanners.net/alas2017/opc/tl/4865_marciano_antonio_silva.pdf . Acesso em 17.06.2023

SILVA, Marcos Soares da; IRSCHLINGER, Fausto Alencar. **Fé e Política: embates entre teologia da libertação e a ditadura militar no Brasil da década de 1970**. AKRÓPOLIS - Revista de Ciências Humanas da UNIPAR, [S. l.], v. 24, n. 1, 2017. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/akropolis/article/view/6049>. Acesso em 26.05.2025

SIQUEIRA, Ranyella de; CARDOSO, Hélio. **O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana**. *Imagonautas* 2 (1) / 2011/ ISSN 07190166, p.92 -113. Disponível em <https://www.dialnet.unirioja.es>. Acesso em 20.02.2025

SOUZA, Adenilson Ferreira de. **Desenvolvimento, Democracia e Justiça Social no pensamento de Dom Helder Câmara (1931-1985)**. Orientador: Fernando de Barros Filgueiras; Co-orientador: Juarez Rocha Guimarães. Tese (Doutorado) Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Belo Horizonte, 2015

TOMASINI, Ana Júlia. **Bioética e Escuta**: Sofrimentos anunciados nas rodas de conversas com estudantes secundaristas do ensino público do Distrito Federal. Orientador: Marianna Holanda Figueiredo Assunção; Co-orientador: Rita Segato. Tese (Doutorado em Bioética). Universidade de Brasília. Brasília, 2022.

UNESCO – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. 2005. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)**.

Disponível em:

https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf

Acesso em: 24 nov. 2020.

Universidade do Vale do São Francisco Campus Ciências Agrárias (UNIVASF/PE). Núcleo de Ecologia e Monitoramento Ambiental. Petrolina, Pernambuco. Disponível em https://www.nema.univasf.edu.br/site/index.php?page=newspaper&record_id=70. Postado em 30/11/2020. Acesso em 28 maio 2023.

VALENZUELA, Juliana González. **Tolerancia** In: Diccionario Latinoamericano de Bioética. dir. Juan Carlos Tealdi. – Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. **Um perfil de Nelson Chaves e da sua contribuição à nutrição em saúde pública no Brasil**. Cad. Saúde Pública 17 (6), Dez 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000600022>. Acesso em 26 maio 2025.

VATICAN. **Joint Statement of the Dicasteries for Culture and Education and for Promoting Integral Human Development on the “Doctrine of Discovery”**, 30.03.2023.

Disponível em:

<https://press.vatican.va/content/salastampa/it/bollettino/pubblico/2023/03/30/0238/00515.htm#po>. Acesso em: 13 jan. 2025.

VIEIRA DA ROCHA, Lúcia. **Um giro pelo tempo**, março de 2020 (Arquivo pessoal da família Vieira da Rocha)

WALSH, Catherine. **Interculturalidad, Colonialidad y Plurinacionalidad**. *Andamios*, Santiago, n. 6, p. 17-39, 2009.

WEINRICH, Harald. **LETE**: arte e crítica do esquecimento; tradução de Lya Luft. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)**. Geneva: WHO, 30 jan. 2020. Disponível em:

[https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 20 janeiro 2025.

ZIEGLER, Jean. **Destruição em Massa geopolítica da fome**. Tradução de José Paulo Netto. – 1. Ed. – São Paulo: Cortez, 2013.