



Londrina PR, de 02 a 05 de Julho de 2019.

**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:  
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS  
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS  
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

Política Social, Seguridade Social e Proteção Social

**Corpos, saúdes e doenças na região metropolitana de Londrina. Alguns desafios colocados ao SUS pela diversidade.**

Francesco Romizi<sup>1</sup>  
Afrânia Hemanuely Castanho Duarte<sup>2</sup>  
Julia Ramalho Rodrigues<sup>3</sup>  
Carolina Camilo da Silva Gois<sup>4</sup>  
Higor Henrique Nogueira Gozzo<sup>5</sup>

**Resumo:** Este artigo se compõe de duas partes. Na primeira, ele constrói um sobrevoo sobre a heterogeneidade das visões sobre o corpo, a saúde e a doença presentes na região metropolitana de Londrina; o faz aproximando-se das noções “médicas” de quatro grupos humanos muito diferentes: os migrantes haitianos, os indígenas kaingang, as pessoas em situação de rua e os defensores do uso medicinal da Cannabis. O desenvolvimento que segue, na segunda parte, explora as interfaces entre estes sistemas de saúde e o Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chave:** Diversidade; Londrina; Saúde; SUS; Equidade.

**Abstract:** This paper is composed of two parts. In the first one, it gives an overview concerning the heterogeneity of the visions on the body, the health and the illness present in the metropolitan region of Londrina; and it does it by approaching the "medical" notions of four very different human groups: Haitian migrants, Kaingang natives, homeless, and marijuana legalization supporters. The development that follows, in the second part, explores the interfaces between these health systems and the Unified Health System (SUS).

**Keywords:** Diversity; Londrina; Health; SUS; Equity.

---

1 Pós-doutorando do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Bolsista PNPd/CAPES. Doutor em Antropologia pela Universitat Rovira i Virgili (Espanha). E-mail: francesco\_romizi@msn.com .

2 Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). E-mail: afrannia@gmail.com .

3 Discente, a nível de mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Bolsista da CAPES. Bacharela em Serviço Social pela UEL. E-mail: ramalhorodrigues.julia@gmail.com .

4 Discente, a nível de mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Especialista em Saúde da Família pela UEL. Bacharela em Serviço Social pela UEL. E-mail: carolmilo7@hotmail.com.

5 Discente, a nível de graduação, do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Bolsista de Iniciação Científica (UEL). Graduado em Direito pela UNOPAR. E-mail: higorhenriquen@gmail.com .



## 1 INTRODUÇÃO

Neste artigo pretende-se, num primeiro momento, mostrar a heterogeneidade das visões sobre o corpo, a saúde e a doença presentes na região metropolitana de Londrina. O faremos focando quatro grupos humanos, de diferente natureza, e algumas de suas especificidades nas representações e práticas que envolvem a manutenção e a restauração da saúde. Os primeiros dois grupos, os haitianos e os Kaingang, representam aqui dois tipos de coletivo muito diferentes, o dos migrantes e o dos indígenas, unidos pela sua posição originalmente apartada com respeito à sociedade nacional brasileira. Tanto no caso em que eles venham de fora, como no em que estejam confinados em enclaves étnico-territoriais (reservas, terras indígenas, acampamentos urbanos), os componentes desses dois grupos carregam historicamente noções sobre o corpo, a saúde e a pessoa que formam complexos sistemas “médicos”, outros com respeito ao biomédico brasileiro. Entretanto, a fraqueza, na presente conjuntura, dalguns dos contextos socioculturais aos quais estão associados tais sistemas práticos de conhecimento, faz sim que tanto os migrantes como os indígenas afrouxem seu vínculo com eles; e que sejam sugados, por uma força invisível mas real, para dentro da esfera de ação da biomedicina brasileira.

Ao contrário, os outros dois grupos analisados integram indivíduos, as pessoas em situação de rua e os defensores do uso medicinal da Cannabis, que frequentemente nascem e crescem dentro do Sistema Único de Saúde-SUS, mas que por uma razão ou outra acabaram se afastando dele e do modelo de sociedade que ele encarna. Por meio deste segundo bloco de casos pretendemos aproximarmos de uma heterogeneidade “médica” intestinal, isto é, que surge ou ressurge no âmbito de uma mesma sociedade, ora sob a forma de anti-cultura (da marginalidade, de um comportamento desviante que não quer ou pode se conformar às normas de salubridade do grupo), ora sob a de movimentos culturais alternativos e minoritários (culturas tradicionais, contraculturas, minorias religiosas, etc.).

É claro que esta divisão da heterogeneidade cultural em âmbitos “externos” e “internos” tem um valor puramente heurístico e não pode ser nunca absolutizada; pois, frequentemente, o “externo” afunda suas raízes no mesmo terreno do “interno” (pensemos na biomedicina dos haitianos no Brasil), assim como o “interno” também costuma se alimentar de movimentos culturais externos (pensemos nos desdobramentos internacionais dos movimentos pela legalização da maconha). No entanto, esta demarcação serve para mostrar como a biomedicina oficial e os diferentes coletivos que seus usuários compõem se engajam em processos a um só tempo de fragmentação e de integração social.



Na segunda parte do artigo abordaremos os desafios oferecidos ao SUS pela polifonia cultural registrada na primeira parte; enfocaremos algumas das implicações éticas e operacionais decorrentes da complexa obra de administração de processos socioculturais de aproximação/afastamento do sistema biomédico brasileiro. Em particular, partiremos de uma breve análise do enquadramento normativo do problema da diferença pelo SUS, para posteriormente examinar as condições nas quais este é aplicado – se for o caso – aos quatro casos supracitados; identificaremos possíveis situações de continuidade ou de ruptura entre a atuação do SUS e seus princípios orientadores e organizativos. Como veremos, a vocação fortemente inclusiva e a conseqüente abertura para o outro, sobre os quais se constitui o SUS, dificilmente encontram plena atuação.

## 2 O “SISTEMA” MÚLTIPLO DE SAÚDE DE LONDRINA

De acordo com a Cáritas local, em 2017 havia pelo menos 2.000 migrantes – a maioria deles haitianos – vivendo na região metropolitana de Londrina (AVANSINI, 2017). Por isso, aqui decidimos nos aproximar das compreensões do processo saúde–doença do povo haitiano; que não convergem, de uma maneira consensual e exclusiva, para um único modelo etiológico e terapêutico. Efetivamente, o sistema de atenção à saúde haitiano é constituído pela combinação/diferenciação de terapias da medicina tradicional e da biomedicina contemporânea. Este, conforme assinala Gioda (2017), se organiza em torno de três grupos principais de saberes e especialistas, sendo eles: i) saberes e formas de atenção biomédicas: médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, laboratoristas, etc.; ii) saberes e formas de atenção tradicionais: *mèdsyn fèy* e *matròn* (espécie de curandeiros seculares); iii) saberes e formas de atenção espirituais: sacerdotes vodou, padres e pastores.

Apesar dessa constituição múltipla do cuidado do corpo e da atenção à saúde, devido também às precárias condições em que opera a saúde pública haitiana, é nítida uma preferência do povo haitiano pela medicina tradicional; ela é realizada através de uma série de estratégias de atenção à saúde, como: um conhecimento aprofundado dos remédios extraíveis de plantas, ervas, cascas e raízes locais; a prática de orações, junto à capacidade de aprender as revelações contidas nos sonhos; o uso de rituais e amuletos de proteção; e tudo isso combinado com a alopatia e a prescrição de medicamentos laboratoriais.

Para entender o contexto etiológico do panorama mórbido haitiano, começamos dizendo que os haitianos não concebem uma separação categórica entre corpo e espírito (GIODA, 2017). Com efeito, extrapolando o conceito de saúde definido pela Organização



Mundial de Saúde (OMS), “o conceito tradicional de saúde no Haiti está relacionado ao equilíbrio entre os fatores físico, emocional, social e espiritual” (GIODA, 2017, p. 55), sendo que para ter uma boa saúde, entende-se que é necessário realizar diversas práticas de cuidado, como: uma dieta apropriada, exercícios físicos e descanso; cultivar os sentimentos positivos; preservar as relações saudáveis com familiares e amigos; e ter zelo pela convivência com o mundo espiritual. Tudo isso não impede que determinados sintomas, como a febre ou as fraturas, sejam reconhecidos como “naturais” e “para o hospital”.

Regimes de conhecimento tradicional estão presentes, em Londrina, também em sua forma autóctone. Os encontramos, evidentemente com outra configuração, entre os Kaingang, indígenas do tronco linguístico macro-Jê, família Jê, aos quais estão ligados tanto o passado como o presente destas terras do norte do Paraná. Sua presença londrinense não se restringe à aldeia situada na Terra Indígena do Apucarantina, que ocupa a porção sudoeste do território municipal, abrigando aproximadamente 1.300 pessoas, organizadas em 350 famílias (LONDRINA, s. d.); ela toca também a região urbana. Aqui, como informa Alves (2002, p. 283), já na década de 50 era possível encontrá-los pelas ruas, vendendo seus objetos. É preciso deixar claro que os índios não se limitam a transitar pela cidade, mas ficam nela, formando acampamentos dentro do próprio perímetro urbano.

O que aqui nos interessa destacar é que os Kaingang apresentam noções e práticas particulares com relação ao corpo, à doença e à saúde; que se dão numa série de contextos socioculturais específicos, entre os quais o da sua sociocosmologia animista, habitada por entidades não humanas, como espíritos de animais-gente ou de mortos (cf. ANDRADE, 2013). Tanto as doenças como suas curas estão ligadas às relações estabelecidas entre humanos e não humanos e à diferença de potencial existente entre eles. Em particular, os Kaingang “acreditam ser formados por uma complementaridade entre corpo (*hã*) e espírito (*kuprim* ou *kumbã*)” (ANDRADE, 2013, p. 76) e imputam as doenças a sua separação: ora do espírito que deixa o corpo para, por exemplo, visitar o mundo dos mortos; ora do corpo que é ocupado e possuído por algum espírito, por exemplo, de um parente morto. Essas separações mórbidas dependem, em suma, sempre de uma relação imprópria entre os habitantes destes mundos paralelos; e é por isto que o principal especialista em cura é o xamã (*kujá*), a única pessoa da sociedade kaingang capaz de transitar por eles e de administrar e restabelecer as relações entre seus habitantes. No entanto, existem também outros especialistas, como os curadores, cujo poder de cura não deriva de algum espírito guia, mas do conhecimento das plantas e de suas propriedades terapêuticas. Por último, analogamente ao que fizemos falando dos haitianos, é preciso ressaltar o pluralismo médico dos Kaingang, cuja atenção à saúde sempre menos se reduz à atividade do xamã; pois, como observa Andrade (2013, p. 79), o sistema de saúde kaingang resulta de uma dinâmica



complexa entre seu sistema tradicional de saúde, o sistema médico-religioso dos padres e dos pastores e o sistema biomédico.

Se até agora abordamos dois sistemas (de sistemas) de saúde “outros”, que de certo modo se precipitam, de “fora” para “dentro”, na saúde pública brasileira, em nossa realidade urbana nos deparamos também com situações em que visões dissonantes sobre o corpo, a saúde e a doença surgem de experiências de dissenso ou abandono internos; elas nascem “dentro” (no centro, político, econômico, social) e fogem para “fora”, arrastadas por forças, desta vez centrífugas. Em Londrina, como no resto das cidades brasileiras, existem muitas pessoas unidas pelo simples fato de, aparentemente, ter abdicado de uma vida social convencionalmente estruturada. Estamos falando da população londrinense em situação de rua, que em 2008 o Censo Nacional (BRASIL, 2008) fixava em 296 indivíduos, mas que estimativas de um levantamento mais recente (AGÊNCIA UEL DE NOTÍCIAS, 2018) elevam a aproximadamente 800 pessoas.

Num primeiro momento, a relação entre esta população e a saúde parece ser exclusivamente negativa, no sentido de que os hábitos e os comportamentos dos indivíduos que a compõem são quase sempre marcados por um claro descuido do próprio corpo. Em particular, de acordo com o último Censo Nacional da população em situação de rua (BRASIL, 2008), o consumo de álcool e outras drogas pode estar associado tanto às causas como às consequências da vida na rua. Sem dúvida, o estilo de vida que as pessoas em situação de rua conduzem leva a situações mórbidas recorrentes e típicas.

Porém, vulnerável à violência e com urgências de subsistência, essa população procura e encontra no espaço urbano também percursos, rotinas e horários que melhor atendem suas necessidades de segurança, alimentação, abrigo, higiene, fonte de renda, socialização, entre outros. Ou seja, que as pessoas de rua também desenvolvem práticas próprias de cuidado. Varanda (2009) identifica diferentes relações dos usuários com as drogas, que podem compreender tanto como uma doença, quanto como um mecanismo de conforto para suportar ou reparar algo, ou como um meio de aceitação nos grupos. Existem, por certo, significados e sentidos simbólicos atribuídos, num contexto de violência e estigmatização, ao uso de álcool e drogas por seus usuários em situação de rua. Forma-se, entre estes, uma espécie de cultura própria, caracterizada pelos modos de vida e principalmente por estratégias e meios de sobrevivência e de procura de certo bem-estar.

Continuando a examinar grupos “internos” cuja relação com a saúde não corresponde completamente à promovida pelo SUS, passamos, agora, a falar de um conjunto de pessoas que, há quatro anos, se reúnem anualmente, movidas não tanto por ideais ou crenças comuns, mas por um objetivo que compartilham: a descriminalização da Cannabis e a liberação de seu uso medicinal. É com este fim, e de maneira bastante



espontânea, que se realiza anualmente a Marcha da Maconha. Segundo um primeiro levantamento (INPAD, 2014), a utilização da Cannabis no Brasil envolve a quase o 7% da população brasileira. Tendo em vista esse panorama, é preciso observar que, nos últimos anos, aumentaram significativamente tanto a popularização da cultura de redução de danos para o usuário recreativo, como seu uso medicinal. Essa é a tendência que os ativistas da Marcha da Maconha de Londrina buscam encorajar.

O que torna a Cannabis uma planta cujos efeitos são passíveis de utilização medicinal são os canabinoides, substâncias naturais ou artificiais que ativam os receptores canabinoides nos sistemas nervoso e imunológico. Entre eles há que se destacar o canabidiol (CBD), que tem por benefício ao organismo humano ações anti-inflamatórias com alto potencial; ele é encontrado em grande quantidade na flor da Cannabis (ABRACE, 2018). Plantas com alto teor de CBD tendem a causar mais sono e relaxamento quando consumidas, possuindo um efeito sedativo (CARDOSO GONTIJO, 2016). Esse efeito do CBD pode ser acentuado em laboratório, uma vez que na maioria das vezes seu uso medicinal não é em natura. Apesar dos efeitos potencialmente benéficos dos derivados da Cannabis, em virtude da proibição de seu consumo, por força de lei federal nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, no Brasil fica restrita a usabilidade dessa planta no campo médico (BRASIL, 2006). Há, todavia, medidas legais que autorizam para fins medicinais específicos seu consumo. Para isso, não obstante, há um longo processo burocrático, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e por meios judiciais (APEPI, 2018). Até agora vimos diferentes idiosincrasias “médicas” presentes em Londrina; a seguir veremos como o SUS lida com elas (referindo-nos, quando possível, a esta realidade local).

### **3 O SUS ANTE A PLURALIDADE “MÉDICA” DE SEUS USUÁRIOS**

É claro que todos esses movimentos sociais e instâncias culturais, com suas próprias representações e práticas, constituem um grande desafio para o SUS, também na região metropolitana de Londrina. Mas, antes de ir examinar como este lida com eles, é preciso rever os princípios que animam as políticas públicas de saúde e a atividade do próprio SUS; explicitamos, acima de tudo, sua disposição para com os sistemas de saúde não biomédicos, isto é para com a diversidade cultural e a liberdade de grupos e indivíduos de participar no planejamento e/ou no exercício de políticas públicas inerentes à saúde.

Começemos lembrando que o Sistema Único de Saúde-SUS foi criado a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela lei nº 8080/1990, sendo um produto das



reivindicações e lutas dos movimentos sociais, em particular do movimento de reforma sanitária. Se antes desse período havia o entendimento de que a saúde era a ausência de doenças, pondo-se muita ênfase na centralidade do saber curativo do médico, com as novas legislações, iniciou-se a construção de uma nova forma de compreender a saúde, mais abrangente, integral e participada; que levou à identificação dos princípios que deveriam sempre nortear a atividade do serviço público de saúde: a universalidade de acesso aos serviços de saúde; a integralidade da assistência; e a equidade (BRASIL, 1990).

Aqui queremos determo-nos neste último princípio, que se dirige explicitamente à diferença – seja qual for sua natureza. Ele, além de reconhecer que há diferenças entre os sujeitos e os grupos que compõem a sociedade brasileira, estabelece que estas não podem nem devem se tornar motivo de uma assistência sanitária rebaixada. Ou seja, que todos devemos receber um atendimento igualitário, independente de nossas características identitárias e das posições particulares que ocupamos no campo das relações sociais.

Entretanto, é importante ressaltar que esta atenção para com a diferença não é de tipo negativo; o princípio de equidade não procede simplesmente eliminando as possíveis barreiras encontradas pelos membros de coletivos determinados em seus percursos de saúde – oferecer um atendimento igualitário aos membros de um grupo indígena, não significa simplesmente levar a saúde biomédica para a aldeia onde eles moram. Isto porque o SUS, além de interceptar e resolver aquelas situações que poderiam prejudicar o acesso à saúde de um grupo, é chamado a compreender as instâncias particulares das pessoas que o compõem, assim como a incorporar suas visões e sensibilidades. Seu atendimento deve sempre ser planejado e realizado de acordo com tais especificidades.

Receber um atendimento igualitário não significa, portanto, receber o mesmo atendimento, porque não somos todos iguais e não temos todas as mesmas necessidades. Isto fica ainda mais explícito acoplando ao princípio de equidade o de integralidade, que entende a assistência médica como uma atividade que transcende a prática curativa e a própria noção biomédica de bem-estar; já que enxerga a saúde de um indivíduo e o fato dele ser um sujeito inserido em um determinado contexto social, familiar e cultural como dois elementos indissociáveis. Toda pessoa deve ser vista como um todo indivisível e é, justamente, para respeitar a integridade desse todo e refugir qualquer tipo de discriminação que o SUS é chamado a oferecer atendimentos diferenciados, isto é, direcionados e participados por seus usuários. É por isso que essa nova forma de operacionalização do serviço está pautada na ampliação da assistência à saúde, a partir da inserção de profissionais que antes não estavam no quadro de trabalhadores em saúde e também da participação de diversos segmentos de usuários que passaram a ter o direito de contribuir com a política de saúde.



De acordo com os princípios apontados, a criação de programas como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (2008) ou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (2006) fez com que outros sistemas de saúde ou/e recursos terapêuticos fossem inseridos no sistema de saúde brasileiro; como por exemplo: a homeopatia, a fitoterapia, a acupuntura entre outras práticas. Segundo Barros, Siegel e De Simoni (2007, p. 3066) “o Ministério da Saúde deu mais um passo para a expansão da pluralidade na saúde brasileira”; ou seja que, o fato de diferentes sujeitos e profissionais possuírem percepções diferentes sobre a saúde passou a ser respeitado e acolhido pelo SUS, embora não sem uma palpável resistência de alguns atores do sistema. Em concordância com este quadro nacional, o Plano Municipal de Saúde de 2018-2021 do município de Londrina previu a incorporação de estratégias e ações como a fitoterapia, o uso de plantas medicinais, práticas corporais e outras afins (LONDRINA, 2017).

Passando da teoria à prática, vejamos, através do caso dos migrantes haitianos, como o SUS está administrando a alteridade injetada no sistema por movimentos centrípetos, de novos usuários “jogados” para dentro do sistema biomédico brasileiro. Em particular, à luz dos princípios do SUS, como visto, discutimos a capacidade de mediação cultural do SUS em dois momentos: 1.) na hora de “falar”, isto é, de informar os usuários haitianos sobre o próprio funcionamento; 2.) na hora de “escutar”, ou seja, de aprender e incluir nos próprios protocolos de atendimento instâncias e saberes desse coletivo.

Os haitianos, no Brasil, têm direito à saúde. Com efeito, segundo a Carta Magna brasileira, em seu artigo 5º, “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza” (BRASIL, 1988). Apesar disso, o que em Londrina tem sido visualizado (SANA; RODRIGUES; BETTIOL LANZA, 2018; BETTIOL LANZA; SANTOS; RODRIGUES, 2016) é, em sintonia com a tendência nacional, que o Estado também tem se colocado omisso no acolhimento destes sujeitos, apenas apresentando ações pontuais, ainda tímidas e muitas vezes desarticuladas com o governo das outras instâncias (SANA et al., 2017). Similarmente ao observado por Santos (2016) no Amazonas, visualizamos em nosso campo de atuação diversas barreiras e dificuldades vivenciadas pela população haitiana no acesso à política de saúde, sendo que os principais empecilhos indicados pelos membros deste coletivo nacional são a barreira cultural e a dificuldade da convivência entre dois idiomas diferentes.

Neste sentido, não podemos deixar de registrar certa corresponsabilidade, na constituição desses obstáculos, por parte dos próprios serviços e trabalhadores em saúde, que apresentam eventual relutância em planejar ações de promoção da saúde compreendendo os haitianos em sua realidade; os incorporando muitas vezes nas atividades já ofertadas para a população local. Bastante amiúde, as políticas públicas se apegam ao estereótipo de provisoriedade da população imigrante para não construir ações



equânimes que considerem a realidade tão diversa deste público alvo. No entanto, “as pessoas não se movem apenas entre fronteiras nacionais, mas também entre e dentro de sistemas médicos diferenciados” (SANTOS, 2016, p. 489); um movimento que requer um processo de aproximação, muitas vezes demorado e não sempre encorajado e suportado pelos profissionais do SUS.

Com efeito, estes não sempre entendem a importância de ajustar o próprio atendimento às características e especificidades desses novos usuários e de estabelecer um diálogo com eles – dando assim plena atuação a uma das principais diretrizes ou princípios organizativos do SUS, o da participação popular; indispensável para atingir os princípios norteadores da saúde pública. Não se trata só de desenvolver a habilidade de informar os haitianos de uma maneira para eles compreensível, mas também de envolvê-los nos processos de construção das políticas de saúde; e isto, a partir de uma atividade de “escuta”, capaz de apreender as características basilares tanto de seus problemas, como de seus sistemas de conhecimento.

O único coletivo que já viu reconhecido o direito a um atendimento verdadeiramente diferenciado é o ameríndio. Com efeito, em Londrina, como no resto do país, o cuidado da saúde indígena é confiado à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Desde agosto de 1999, com a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), substituída em 2010 pela SESAI, instituiu-se, no âmbito do Ministério da Saúde, um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o Sistema Único de Saúde. A SESAI é chamada a coordenar a saúde dos povos indígenas: respeitando as especificidades culturais e o perfil epidemiológico de cada povo; desenvolvendo ações de atenção integral à saúde, observando as práticas de saúde tradicionais indígenas; promovendo o fortalecimento do controle social, mediante gestão democrática e participativa.

Esta última, em particular, deveria ser garantida pelos conselhos instituídos tanto no âmbito local como no de cada um dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) em que está organizada a SESAI. As orientações dos Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), compostos exclusivamente pelos indígenas de uma dada localidade, são remetidas aos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISIs), para análise, discussão e possíveis deliberações, que serão encaminhadas aos gestores dos DSEIs e à SESAI para resolução das demandas. O CONDISI – composto, por uma metade por representantes dos usuários indígenas e pela outra metade por representantes dos trabalhadores da SESAI (25%) e dos diferentes níveis de governo envolvidos (25%) – participa na elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena, bem como acompanha e avalia a sua execução.



Depois desta necessária introdução de caráter geral, vejamos muito brevemente qual é a situação de Londrina. Começamos dizendo que tanto o Polo Base (ou microrregião de saúde) de Londrina, como os Postos de Saúde (Unidades Básicas de Saúde Indígena) das dez aldeias (não todas no território municipal de Londrina) que aquele atende, insistem no território do DSEI Litoral Sul. Em 2014 (BRASIL, 2017) o Polo Base de Londrina contava com 5 médicos, 6 enfermeiros, 8 técnicos de enfermagem, 5 dentistas, 16 agentes indígenas de saúde e 13 agentes indígenas de saneamento; em face de um total de 3.556 usuários. A prefeitura de Londrina, além de articular pelo SUS sua atuação com a da SESAI, construiu e mantém o Posto de Saúde da Terra Indígena do Apucarantina; e desde 1993, vem desenvolvendo um programa de atendimento aos Kaingang, que inclui diferentes ações, entre as quais: a construção de um centro cultural, que funciona também como abrigo temporário para os Kaingang que vêm na cidade; projetos que combatem o abuso de bebidas alcoólicas; projetos de assistência às famílias e crianças de risco.

A instituição da FUNASA antes, e da SESAI depois, representou um significativo avanço no percurso que leva a uma saúde indígena eficiente – nos termos que coloca a Constituição. Se trata de um percurso virtuoso, que precisa ainda ser consolidado e ulteriormente desenvolvido – com, por exemplo, ações e capacitações antropológicas dos profissionais da saúde que levem sempre mais em consideração os contextos socioculturais em que operam; um percurso que, não obstante, é gravemente ameaçado pelos recentes cortes orçamentários e pela proposta do atual governo de extinguir a SESAI e com ela uma saúde realmente e positivamente diferenciada, isto é, équa e participada.

Passemos agora a algumas considerações sobre uma realidade muito diferente, embora nem sempre tão distante, já que não é raro ver indígenas em situação de rua. Falamos, aqui, da relação entre o SUS e diferentes sujeitos que tendem a escapar de suas noções de saúde e de suas recomendações práticas. Neste caso, como dito anteriormente, nos encontramos ante uma série de casos em que o SUS, a seu pesar, se encontra ao margem de um movimento interno à sociedade brasileira; que assume a direção de uma força centrífuga que empurra indivíduos e grupos para fora do próprio centro. Conforme nos explica Varanda (2009, p. 66), a ambiguidade dessa condição reside no fato de que ela, apesar de ser normalmente enxergada como ligada a uma deterioração física, psicológica e dos vínculos sociais, pode ser gerada pela busca de um maior bem-estar: de uma maior liberdade sexual; de uma maior liberdade para o uso de drogas; de uma segurança não encontrada em lugares conhecidos; da fuga de relações de violência e estigma; e, inclusive, dum trabalho e melhores condições financeiras, e duma moradia digna. De acordo com o autor, esses diferentes motivos, identificados pelas pessoas que passam a viver nas ruas, podem envolver tanto uma experiência de encanto como uma de desencanto.



Essas percepções ambivalentes dos sujeitos em situação de rua, a respeito de sua própria autonomia e liberdade, assim como de suas fragilidades, condições de debilidades e necessidades, acabam influenciando as demandas apresentadas aos serviços de saúde; assim como o tipo de resposta que estas lá encontrarão. Compreendemos, em particular, que a ambiguidade própria da condição das pessoas em situação de rua e de suas motivações gera uma tensão paralela entre dois diferentes projetos políticos e modelos assistenciais na saúde: o tradicional modelo biomédico e a política de redução de danos; eles apresentam objetivos opostos para com o cuidado em saúde.

Por um lado, encontramos o ponto de vista biomédico que considera o uso abusivo de álcool e outras drogas como parte de um processo de patologização, dando-se a referência principal à morbidade, sem dar muita ênfase à vulnerabilidade e à exclusão social dos sujeitos; ou seja, dando mínima importância aos determinantes sociais. A internação hospitalar nesse processo se aplica muito bem a um modelo terapêutico alopático, entendido como um instrumento terapêutico de organização exterior, hiper-intervencionista e disciplinador. Por outro lado, encontramos a intersecção atual do SUS com a política e práticas da redução de danos, que decorrem da configuração de novas intervenções pensadas em um período importante da reforma psiquiátrica no Brasil, que marcou o final da década de 1980. A transição de um modelo de tratamento de saúde baseado em instituições totais e fechadas, para um modelo de assistência comunitária desempenhada no território constitui-se como um dos eixos principais desse processo reformista.

Este processo se afirmou também em Londrina, onde a prefeitura leva por diante um acompanhamento mais que uma gerência das pessoas em situação de rua; e o faz tanto por meio da atividade ordinária da secretária municipal de Assistência Social, do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua e do Comitê Intersetorial de Políticas para Pessoas em Situação de Rua, como através de projetos pontuais voltados à população de rua (como o recente “Londrina mais Cuidado”). Esta atuação abdica de todo encaminhamento biomédico que acabe aprisionando os corpos, reduzindo-os a objetos de manipulação e intervenção institucionais; ela, ao contrário, realiza na prática a ideia de que, para construir processos terapêuticos eficazes, é preciso ouvir os próprios sujeitos a respeito de suas concepções e representações sobre saúde e a doença e o uso de drogas.

Se no atendimento da população em situação de rua as políticas públicas estão encontrando certo modo de dialogar com uma alteridade considerada, amiúde, como patológica e patogênica, isso nem sempre é o caso. Efetivamente, existem outros comportamentos e práticas corporais que, apesar de não coincidirem com as noções dominantes de salubridade, nem sequer são interceptadas pela atividade do SUS. E isto acontece não tanto porque ditas práticas são consideradas menos graves e perigosas, mas



porque coexistem em torno delas diferentes visões com certo grau de legitimidade social, além de muita confusão e incerteza. O caso da Cannabis é emblemático, neste sentido, porque ela aparece nas narrativas e histórias de nossa sociedade tanto como vilão (não tão malvado como o crack), quanto como mocinho (não tão heroico como a biomedicina).

No entanto, ainda existe uma visão dominante e, em virtude dela, um regime de proibição que impede que qualquer tratamento com os derivados dessa planta seja realizado através do SUS. Contudo, normativas bastante recentes – como algumas resoluções da ANVISA – autorizam a utilização da Cannabis, estabelecendo os critérios e os procedimentos para a importação, em caráter de excepcionalidade, de produtos à base de Canabidiol em associação com outros Canabinoides; para uso próprio, para tratamento de saúde e mediante prescrição médica. Todavia, esse procedimento de importação é muito caro e é por isso que há associações que viabilizam uma maior acessibilidade a tratamentos desse tipo; e que obtiveram também da justiça brasileira a autorização para cultivar plantas ricas em CBD e THC para fins medicinais. Estas organizações sem fins lucrativos, além de dar apoio às famílias que requerem este tipo de tratamento, realizam pesquisas com os pacientes que o utilizam (ABRACE, 2018).

Atualmente, está em tramitação o Projeto de Lei do Senado nº 514, de 2017 (BRASIL, 2017), que prevê a alteração do art. 28 da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, promovendo a descriminalização do semente, o cultivo e a colheita da Cannabis Sativa para uso pessoal terapêutico. Na discussão que acompanha, em sede de Comissões, este longo caminho legislativo, encontram-se senadores partidários desta proposta, e outros contrários, alguns dos quais defendem o fato de que só o Sistema Único de Saúde deveria disponibilizar este tipo de medicamento. Contudo, alguns senadores e muitos observadores duvidam que, na atual conjuntura, o SUS daria acesso às famílias a um tipo de medicação tão caro. Segundo eles, seria mais eficiente e viável o auto cultivo ou a disseminação das associações.

#### **4 RESULTADOS E CONCLUSÕES**

A diversidade constitui um valor positivo, tutelado pela Constituição brasileira, mas também um conjunto de desafios de não fácil resolução, em Londrina como no resto do país. O SUS, que organizou a saúde pública como sistema unitário, é chamado a garantir um mesmo nível de atendimento em todo o território nacional. A complexidade deste objetivo está no fato de que o SUS poderá oferecer um atendimento verdadeiramente



igualitário, só quando conseguirá desenvolver caminhos diferenciados por meio dos quais realizá-lo. Aqui estão em jogo três questões. A primeira, de tipo funcional ou operacional, consiste na necessidade de identificar os elementos de vulnerabilidade de cada um dos grupos presentes na sociedade brasileira, para melhor podê-los resolver. A segunda questão, política, corresponde à democratização do sistema de saúde, acontecida historicamente e que conta, para sua manutenção, com dispositivos que garantem e impulsionam uma participação ativa de seus usuários; além do reconhecimento, do respeito e do fomento tanto das identidades particulares como da mobilidade social. A terceira questão, igualmente fundamental, foca certo reconhecimento do valor prático e teórico de outros regimes de conhecimento, com suas próprias “medicinas”, alternativas ao modelo biomédico. Esta última questão é epistemológica, mas arraiga suas raízes em problemas de caráter ontológico, sobre a constituição do mundo, o status das entidades que o habitam, as relações sociais e causais que se dão nele, etc.

Com respeito a um reconhecimento efetivo dessa diversidade, como direito e como recurso operativo, político e científico, notamos que o SUS avançou em direção de diferentes coletivos sociais de uma maneira bastante heterogênea. Se tem sido feito bastante – embora não todo o necessário – com respeito à inclusão médica dos povos indígenas e das pessoas em situação de rua, outros grupos estão longe de receber uma adequada atenção e um atendimento realmente ajustado a sua identidade e a suas necessidades. Inclusive, poderíamos dizer que o SUS contribui à invisibilização dos migrantes presentes em Londrina e no resto do país.

Fica perceptível a ausência de diálogo e de escuta com diferentes saberes e práticas terapêuticas que se apresentam para o sistema público de saúde; algo que vai na contra mão do que é preconizado na legislação quando determina práticas universais, equânimes e integrais, sendo direito de todos e dever do Estado garanti-las. Apesar das especificidades de cada um dos grupos aqui abordados, eles participam de uma mesma dificuldade de diálogo com o SUS, frente à heterogeneidade das visões sobre o corpo, a saúde e a doença. A conjuntura política atual do país também tem contribuído a esta dificuldade comunicativa – mas efetivadora do direito à saúde –, com ações governamentais incompatíveis com os princípios dos SUS e surdas com respeito às necessidades desses grupos.



## REFERÊNCIAS

- ABRACE ESPERANÇA. **Associação Brasileira de Apoio Cannabis Esperança**. Disponível em: <https://abraceesperanca.org.br/home/> . Acesso em: 27 fev. 2018.
- AGÊNCIA UEL DE NOTÍCIAS. **Pesquisa traça perfil dos moradores de rua de Londrina**. Londrina, out. 2018. Disponível em: [http://www.uel.br/com/agenciaueldenoticias/index.php?arq=ARQ\\_not&id=27169](http://www.uel.br/com/agenciaueldenoticias/index.php?arq=ARQ_not&id=27169) . Acesso em: 27 mar. 2019.
- ALVES, J. M. **História da Assistência Social aos pobres em Londrina: 1940 – 1980**. 2002. Tese (Doutorado em História) – Universidade Estadual Paulista, Assis, 2002.
- ANDRADE, E. T. J. Sistema médico kaingang: Conhecimentos e utilização de “remédios do mato” na Terra Indígena Apucarana. **Primeiros Estudos**, São Paulo, n. 5, p. 76-85, 2013.
- APEPI. **Apoio à Pesquisa e Pacientes de Cannabis Medicinal**. Disponível em: <http://apepi.org/> . Acesso em: 27 fev. 2018.
- AVANSINI, C. Terra estrangeira. Interior do Paraná se consolida como destino de migrantes. **Folha de Londrina**, Londrina, 16 jun. 2017. Folha Especial. Disponível em: <https://www.folhadelondrina.com.br/reportagem/terra-estrangeira---interior-do-parana-se-consolida-como-destino-de-migrantes-980334.html> . Acesso em: 31 mar. 2019.
- BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; SIMONI, C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 3066-3067, 2007.
- BETTIOL LANZA, L.M.; SANTOS, A.B.; RODRIGUES, J.R. Imigração, território e as políticas de seguridade social. **Argum**, Vitória, v. 8, n. 3, p. 54-66, set./dez. 2016.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF, Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.
- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055, 20 set. 1990. PL 3110/1989.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa sobre a população em situação de rua**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o DSEI Litoral Sul**. Curitiba-PR, 2017. Disponível em [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ApresentacaoGestaodeCaso\\_RedemaeParanaense040517.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ApresentacaoGestaodeCaso_RedemaeParanaense040517.pdf) . Acesso em: 27 mar. 2019.



Londrina PR, de 02 a 05 de Julho de 2019.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado n. 514, de 19 de dez. de 2017**. Altera o art. 28 da Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006, para descriminalização do cultivo da cannabis sativa para uso pessoal terapêutico. Brasil: Senado Federal, [2017].

CARDOSO GONTIJO, É. et al. Canabidiol e suas aplicações terapêuticas. **Refacer**, v. 5, n. 1, 2016.

GIODA, F. R. **Agentes, saberes e práticas no processo saúde/doença no Haiti**. 2017. 443 f. Tese (Doutorado em Sociologia Política) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Florianópolis, 2017.

INPAD. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. 2012. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

LONDRINA. **Atendimento aos Kaingangs**. Londrina, s. d. Disponível em: [http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1048&Itemid=1180](http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1048&Itemid=1180) . Acesso em: 05 mar. 2019.

LONDRINA. **Resolução nº 10/2017, de 12 de julho de 2017**. Aprova o Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Londrina: Câmara Municipal, [2017].

SANA, D. S. et al. Entre o público e o privado: aproximações acerca do acesso dos imigrantes às políticas de Seguridade Social na região de Londrina – PR. *In: VI SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PRÁTICAS RELIGIOSAS NO MUNDO CONTEMPORÂNEO (LERR/UDEL)*, 2017, Londrina. **Anais [...]** Londrina: UEL, 2017. p. 281-297.

SANA, D. S.; RODRIGUES, J. R. ; BETTIOL LANZA, L. M. Território e imigração: aproximações acerca do acesso dos imigrantes haitianos à política de saúde na região de Londrina/PR. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 18, n. 2, p. 266-280, 2018.

SANTOS, F. V. A inclusão dos imigrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 477-494, abr./jun. 2016.

VARANDA, W. **Liminaridade, bebidas alcoólicas e outras drogas: funções e significados entre moradores de rua**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2009.