

# Em defesa do Sistema Único de Saúde – Entrevista com Fernanda Almeida\*

Lúcio Flávio de Almeida\*\*;  
Renata Gonçalves\*\*\* e Ilse Gomes Silva\*\*\*\*

## Resumo:

Nesta entrevista, a assistente social e psicanalista em formação Fernanda Almeida discorre sobre sua trajetória política e acadêmica, desde a atuação no Bairro da Brasilândia, periferia empobrecida de São Paulo, que, nestes tempos de coronavírus, se tornou um grande laboratório necropolítico. Trabalhadores/as negros/as e moradores/as das periferias precarizadas formam a grande maioria entre as vítimas fatais da Covid-19. Filha da classe trabalhadora, Fernanda aposta na ciência e na campanha de vacinação para todos/as e destaca o quanto o Sistema Único de Saúde é fundamental no combate à pandemia. É por meio da saúde pública, e não da saúde como mercadoria, que se poderá efetivamente salvar vidas. Para isso, é preciso defender a saúde pública e romper com a máquina ideológica de destruição do SUS.

**Palavras-chave:** Pandemia; coronavírus, Sistema Único de Saúde; atenção psicossocial.

## In Defense of the Unitary Health System – Interview with Fernanda Almeida

---

\* Assistente Social, coordenadora do curso de Pós-Graduação em Serviço Social e Saúde da FAPSS-SP, São Paulo-SP, Brasil. Atua na Rede Pública de Saúde (SUS) em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD). Psicanalista em formação, estudante do Curso de Psicanálise do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. End. eletrônico: fernandaaraujodealmeida@gmail.com  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1078-1301>

\*\* Livre-docente em Política; docente do Departamento de Política e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Coordenador, na mesma Instituição, do Núcleo de Estudos de Ideologias e Lutas Sociais. São Paulo-SP, Brasil. End. eletrônico: lucio.almeida@pucsp.br  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9493-2647>

\*\*\* Doutora em Ciências Sociais; docente da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista; onde co-coordena o Núcleo de Estudos Reflexos de Palmares. Santos-SP, Brasil. End. eletrônico: renata.goncalves25@unifesp.br  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2470-9095>

\*\*\*\* Doutora em Ciências Sociais – Política; professora do Departamento de Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, Maranhão, Brasil. End. Eletrônico: ilse@terra.com.br  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2749-806X>

**Abstract:**

In this interview, the social worker and psychoanalyst in training Fernanda Almeida talks about her political and academic trajectory, from her work in the Brasilândia, a poor outlying neighborhood in São Paulo, which in these times of coronavirus turned into a huge necropolitical laboratory. Black workers and slum dwellers engaged in precarious work make up a large majority of the fatalities from Covid-19. Daughter of the working class, Fernanda supports science and the campaign for universal vaccination, and she highlights the fundamental importance of the Unitary Health System (SUS) for combatting the pandemic. It is through public health, not health as a consumer good, that lives can effectively be saved. Consequently, it is necessary to defend public health and break with the ideological machine that seeks to destroy the SUS.

**Keywords:** pandemic; coronavirus; Unitary Health System; psycho-social care.

**Lutas Sociais**<sup>1</sup>: Gostaríamos que você falasse um pouco de sua trajetória.

**Fernanda Almeida:** Eu nasci em 1977, acabo de fazer 43 anos. Nasci na Brasilândia, que é um dos bairros com maior índice de contaminação na primeira onda, aquele do epicentro da pandemia. Motivo de grande preocupação para mim, porque meu pai mora lá, meus irmãos moram lá, minha família toda é da Brasilândia. Agora eu moro aqui no centro de São Paulo, mas toda a minha história, minha trajetória começou naquele bairro. Acho que a marca do que eu sou está na origem desse bairro. Quando a Brasilândia se transformou num grande laboratório necropolítico de destruição, para mim foi muito difícil. Eu me lembro de sair de casa para ir trabalhar e ter uma preocupação imensa também com a minha família. Meus irmãos tiveram Covid-19, parte da minha família teve Covid-19. Ninguém faleceu ou teve grandes problemas.

Eu aposto muito na vacinação em massa como saída desta crise pandêmica. Achei minha primeira carteira de vacinação. Para a família trabalhadora, a carteira de vacinação sempre foi um documento importantíssimo, que ficava guardada junto com os outros documentos mais importantes que tinham na casa. Então, essa discussão do negacionismo não é parte da cultura da classe trabalhadora, que entende a importância da política pública, que valoriza isso. Por exemplo, eu tenho 43 anos, ainda tenho a minha primeira carteirinha com todas as anotações das vacinas. Porque para a minha mãe era muito importante que eu guardasse esse documento, que eu tivesse esse documento. De lá para cá, guardei todas as outras. Então eu sou uma pessoa “mega vacinada”. Fui me dando conta de que a minha relação com a saúde me constitui como pessoa. Morei na rua do posto de saúde do bairro. Aliás, o posto de saúde do bairro chegou antes do asfalto. Primeiro veio o posto de saúde da Vila Icarai, um bairro muito pobre de lá. Isso tem uma relação direta com a minha trajetória.

---

<sup>1</sup> Entrevista realizada em 12 dez. 2020, pela Plataforma Google Meet. Transcrição de Márcia Regina Gonçalves dos Santos e Vitória Gonçalves Ferreira, às quais agradecemos pela dedicação e trabalho em tempo recorde.

Estudar na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), para mim, era um sonho. Um sonho quase inatingível, dada a minha origem. Meus pais são trabalhadores muito simples. Meu pai motorista. Minha mãe foi uma operária fabril – ela faleceu aos 51 anos de um câncer muito violento de pâncreas. Foi a minha relação com a família Lajolo, a Teresa Lajolo e seu Roberto Lajolo que foram morar na Brasilândia para formar o Partido dos Trabalhadores (PT), para fazer organização política no bairro, que me abriram para outros horizontes. Eu conheci a filha deles, ela era da minha idade. E eles me apresentaram a vida política do bairro, a militância política no bairro.

Eu não me tornei marxista na PUC-SP, onde me formei. Muitos chegam à PUC e descobrem a política. Eu me tornei marxista na política do bairro, com a formação do PT, do núcleo do PT lá na região. Isso tem a ver um pouco com a minha história.

Ir ao “postinho de saúde” me ajudou a entender a importância disso antes mesmo de pensar em ser Assistente Social. Porque ir ao posto de saúde era uma prática familiar.

Eu ainda me lembro da carteira de trabalho, a carteira azul que a gente precisava ter para ir para um serviço de saúde. Aliás, me lembro de que esse posto chegou junto com o Sistema Único de Saúde (SUS) no bairro. Então, toda essa história da saúde, de alguma maneira, constitui o meu imaginário simbólico, afetivo e político da região de onde eu vim.

Eu tive uma irmã que teve câncer infantil. Com um ano e meio foi descoberto um câncer infantil. Meus irmãos foram bebês prematuros, são gêmeos. Foi em meados dos anos 1980, período pré-SUS. E a gente ia muito ao hospital. Minha decisão de ser Assistente Social tem uma relação muito profunda com a Saúde Pública, com a ideia de que a saúde é uma possibilidade de salvar vidas.

Fui também marcada pela minha trajetória na escola pública do governo de Luiza Erundina (1989-1993). Estudei na escola pública da quinta a oitava série – acho que é quando a gente vira gente – entre onze e quinze anos. E tive a sorte – digo que a vida é tão maravilhosa comigo – de ser aluna de escola pública nesse período. Então, me lembro de aos treze anos na escola pública, ler *As veias abertas da América Latina*<sup>2</sup>, do Eduardo Galeano. Tenho um orgulho imenso da Erundina, porque eu sei que aquela política pública mudou a história da minha vida. Essa coisa da política pública, a ideia de que a política pública

---

<sup>2</sup> Publicado pela primeira vez no Uruguai, em 1971, em castelhano, pela editora Siglo XXI. A obra foi traduzida e publicada no Brasil em 1978 pela editora Paz e Terra. Neste livro, Eduardo Galeano examina a história da América Latina e denuncia a colonização europeia e a manutenção das relações de dominação e exploração no subcontinente. A outra versão da história, bem diferente daquela oficial, fez do livro uma inesgotável fonte de pesquisa para as lutas e resistências dos movimentos sociais. Por este mesmo motivo, o livro foi banido pelas ditaduras na América Latina.

está encarnada na vida da população, e que ela pode deixar marcas na vida dos/as trabalhadores/as. Isso, para mim, é um princípio. Não aprendi isso na Universidade. Tem a ver com a minha experiência concreta de vida.

**Lutas Sociais:** E como ocorreu a sua relação com o SUS? Qual a importância do SUS no que se refere às condições de trabalho e ao perfil dos/as usuários/as?

**Fernanda Almeida:** A prefeitura não realizava concursos públicos há muito tempo para a vaga de Assistente Social. Quando foi aberto o concurso, foi para a área de Assistência Social, com 400 vagas. Foi um grande concurso! E a Secretaria de Saúde – na época era o começo da gestão José Serra (2005-2006) – chamou os/as 100 primeiros/as colocados/as. Eu fiquei nesse bloco, passei entre os/as 100 primeiros/as aprovados/as do concurso e fomos para a saúde. Fiquei super feliz porque eu queria trabalhar na política de saúde. Fiz a escolha por uma UBS em Itaquera, na Zona Leste de São Paulo. Escolhi esta região porque na época eu estava dando aula na Unicastelo, que ficava ao lado da UBS. Foi uma experiência interessante porque eu atendia os alunos pobres do bairro. Eu atendia os familiares dos alunos. E a gente chegou a fazer muitos projetos de extensão universitária com a UBS.

Então, eu trabalhei em UBS, em Supervisão da Saúde e hoje estou no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Este percurso me permite dizer que as pessoas têm uma baixa compreensão da complexidade do que é o Sistema Único de Saúde. Parte dessa incompreensão, do meu ponto de vista, vem da máquina ideológica de destruição do próprio SUS, uma máquina à serviço do desmonte da saúde pública do país.

Sobre o perfil dos/as usuários/as do SUS, houve recentemente um levantamento quanto a isso, sobre quem são os SUS-dependentes. Esse número oscila de acordo com a região, com o território, com as cidades. Por exemplo, há cidades que dependem completamente do Sistema Único de Saúde, ou ainda, dentro do município de São Paulo, pode-se ter bairros mais ou menos dependentes. Hoje estou em Pinheiros. O IDH de Pinheiros apresenta um SUS-dependente muito diferente do perfil de usuários de Itaquera, por exemplo. Em Itaquera, há uma população que depende da Unidade Básica de Saúde, diferentemente de Pinheiros. Muito embora com a crise de 2008, percebe-se que as pessoas desta região começaram a procurar mais o SUS, refiro-me aqueles que não puderam mais pagar os planos de saúde.

Na minha experiência atual – hoje atendo à população em situação de rua da região central, atendo trabalhadores/as empobrecidos/as – percebo o quão

interessante é essa questão do perfil de Pinheiros. E por quê? Porque a rede é robusta, você tem bons profissionais e os/as trabalhadores/as não conseguem passar na UBS dos seus bairros de origem. Então, têm essa opção porque se comprovarem que são trabalhadores/as de Pinheiros, podem ser atendidos/as na rede de atenção de Pinheiros, por isso a noção de regionalização deve ter essa flexibilidade.

Há uma discussão importante hoje, puxada pelo coletivo Margens Clínicas<sup>3</sup>, sobre a necessidade de aquilombamento dos serviços da saúde e, especialmente, dos serviços de saúde mental. Qual é o debate? Se 70% da população que é atendida no SUS são de pessoas negras, há que se discutir a questão racial como um determinante do processo de saúde e doença. Isso é uma qualificação no interior dos debates sobre a questão da saúde. Incorporar a questão racial na dinâmica de atendimentos nos serviços de saúde, abrir a escuta para o sofrimento produzido pelo racismo.

Por outro lado, eu acho que a gente vem modificando o perfil dos/as usuários/as do SUS. Essa semana eu tive um desentendimento com um cara que desceu de uma pomposa SUV, um carrão, e, embora tenha uma placa imensa na nossa porta escrita: Centro de atenção psicossocial de álcool e drogas, ele chegou à unidade e disse: “Vim fazer meu teste de coronavírus”. Expliquei que ali não se faz testes para Covid, pois é um centro de tratamento psicossocial para usuários de uso de álcool e drogas. E ele reagiu: “Aqui não é SUS?! Que tipo de SUS é esse?!”. Expliquei que sim, é o SUS, mas ele precisava procurar uma Unidade Básica de Saúde. Veja, é um desconhecimento dessas pessoas que chegam arrogantes e prepotentes, querendo ser atendidas, mas sem conhecerem a rede. Com a crise estão empobrecendo e dependem, por exemplo, da rede pública de saúde para fazerem o teste de Covid, mas chegam nesse tom, reproduzem essa ideologia de trato a coisa pública.

**Lutas Sociais:** Só para entendermos melhor, Pinheiros tem o IDH maior, um bairro classe média e a população não é predominantemente negra. A população desta região procura o SUS Pinheiros ou não?

**Fernanda Almeida:** Procura, procura, procura! É uma classe média “falida”. Uma classe média que não tem mais recursos para pagar os caríssimos

---

<sup>3</sup> Coletivo formado por psicanalistas, psicólogas e afins, que se dedica a discutir as interfaces do sofrimento psíquico com as patologias do social, elaborando, a partir da escuta clínica, insumos para o enfrentamento à violência de Estado. Uma das preocupações do coletivo diz respeito ao deslocamento da noção de saúde mental de uma perspectiva individualizada e psicopatologizante para a sua interface política, histórica, territorial e social. Maiores informações em: <https://www.margensclinicas.org/sobre>

planos de saúde, e entre um caríssimo plano de saúde e um plano de saúde ruim, o SUS é infinitamente melhor. E quando começam a perceber que o SUS funciona e conseguem acessar o sistema pela porta de entrada, que é a atenção primária, esses moradores de Pinheiros usam. Mas é preciso dizer que outros moradores/as, de outras regiões, na condição de trabalhadores/as na região de Pinheiros, são os que mais utilizam os serviços. A empregada doméstica, o motorista etc. que acabam utilizando a rede de saúde de Pinheiros, inclusive porque a rede nas periferias está sobrecarregada. A população idosa também é um público expressivo na utilização do SUS Pinheiros, é um bairro que tem esse perfil. Mas tem muito morador de Pinheiros empobrecido também.

**Lutas Sociais:** Recentemente, com a pandemia, surgiu uma unanimidade em torno do SUS, que virou uma espécie de herói nacional. Porém, em 2016, não faz tanto tempo assim, teve a tal da PEC do fim do mundo, a PEC da morte, que congelou as verbas públicas por vinte anos. Naquela época, os grandes meios de comunicação não foram contra esse encurtamento das verbas etc. e, num dado momento dessa pandemia, o SUS virou unanimidade também para os meios de comunicação. Então, houve uma mudança no imaginário da classe média, da classe dominante e de setores da classe média. Você poderia falar um pouco sobre isso? A Rede Globo, por exemplo, apoiou o golpe e os golpistas que congelaram as verbas para as políticas públicas e, de repente, começou a transformar o SUS em algo do bem.

**Fernanda Almeida:** Sim, de acordo. Acho que tem dois fatores e até comecei a escrever algo a respeito. Discutir a reforma sanitária, que está na origem do Sistema Único de Saúde, ainda pode ser algo muito polêmico. É preciso voltar ao movimento pela redemocratização do país para entender a complexidade dessa pergunta. É preciso lembrar que o SUS que a gente tem hoje, se difere do SUS que a gente desejou, disputou e que a gente planejou. O SUS atual é diferente do SUS que o movimento da reforma sanitária desenhou e disputou no bojo da própria democratização do país. O SUS como herança da reforma sanitária é uma política pública, resultado da luta social, portanto democrático. Este não é apenas um sistema de saúde formal, trata-se de um Sistema Público de Saúde com uma concepção abrangente do processo saúde-doença.

Na concepção da política pública de saúde, o SUS que a gente tem hoje é muito aquém desse processo. Eu não me considero uma pesquisadora do SUS, ainda que eu reflita e estude a saúde pública. Hoje me considero uma trabalhadora do SUS que reflete criticamente sobre a saúde pública. Tem muitos/as pesquisadores/as que fazem críticas à própria reforma sanitária. A Reforma

tem muito méritos ao defender um modelo de saúde biomédico, ao denunciar o modelo privatista que sempre disputou o SUS desde a sua origem. Não é um movimento recente, desde a sua origem o modelo privatista tentou abocanhar partes do fundo público e tentou se apropriar do SUS enquanto modelo porque é óbvio que é uma fatia de grana extraordinária. É fundamental que as pessoas saibam que o controle da saúde pública é muito mais do que só recursos, é parte do poder político. E a pandemia mostra que quem tem o controle do SUS, tem o controle político nas mãos. O SUS que a gente foi desenhando é o SUS que se tenta privatizar. A gente desenhou um modelo baseado em uma concepção de bem estar-social e sorrateiramente a gente vem sendo golpeado. O desmonte do SUS é sistemático e ocorre desde sempre. A mídia mostra corredor com pessoas amontoadas, mostra um SUS que não funciona e homogeneiza a opinião pública, como se o SUS operasse em si mesmo. Os meios de comunicação não fazem a crítica da “Gestão do SUS”, a crítica é ao modelo SUS. Mas hoje, com a pandemia, eles têm que mudar essa narrativa e dizer que o problema é a má gestão. Isso confunde a todos/as.

Uma parte da esquerda falhou muito nesse processo, pois também não fez a disputa política no interior do SUS. Essa parte da esquerda, aliás, desconhece o Sistema Único de Saúde que a gente tem hoje, mas já havia abandonado inclusive o legado da Reforma Sanitária. Este sonho ficou largado à própria sorte. Além disso, os movimentos em torno da saúde também se fragmentaram. Atualmente, tenho a impressão de que o movimento da reforma psiquiátrica é muito mais politizado do que, por exemplo, o movimento de saúde da atenção básica. Ou seja, são várias disputas no interior do SUS. Então, a classe média hoje, quando começa a se apropriar do SUS e aplaude profissionais do SUS, é a mesma, de alguma maneira, que ontem incentivou ou não se importou em aprovar a PEC do fim do mundo. Já vivemos sob o efeito desta, em especial neste momento de pandemia. Faltam insumos o tempo todo e, por vezes, faltam remédios psiquiátricos, faltam medicações essenciais. Então, o interesse agora, não sejamos inocentes, tem uma relação com a disputa pela privatização. Mais do que terceirizar o modelo, querem privatizar. A ideia é não apenas ser gerido por instituições privadas, mas vender a saúde pública, pois perceberam que é um enorme filão vender a saúde pública.

Se a esquerda soubesse se apropriar do debate e politizar a discussão da saúde pública, a gente teria uma grande possibilidade de, por meio do movimento de saúde, aprofundar a discussão política com os moradores das periferias. Mas não está conseguindo fazer isso e encampa um debate ideológico desprovido do sentido da vida. É preciso discutir a vida concreta.

**Lutas Sociais:** Na sua resposta, tem uma questão sobre as estratégias que o setor privatista foi encontrando tanto para sucatear o SUS como para modificar o SUS. Isso também para disputar de uma forma ampla a questão da saúde. Você já colocou várias alternativas, mas há uma outra alternativa que é oferecer para a população uma saúde barata, com exames, consultas etc. bem baratos. Isto é, existem várias estratégias do setor privatista para abocanhar não só a gestão da saúde, mas também o recurso da saúde.

**Fernanda Almeida:** Sim. São estratégicos nisso. Perceberam que o setor mais complexo (o sistema hospitalar e os exames), essa parte mais pesada do SUS, era mais vantajoso e se apropriaram dele, deixando a atenção básica totalmente sucateada. Agora todo setor privatista quer chegar à atenção primária. Porque se a gente examinar, o SUS tem um desenho que é fantástico. É organizado por setores, o SUS tem um modelo para funcionar. E agora na pandemia, no Brasil só não entramos numa situação igual aos Estados Unidos, onde morrem três mil por dia, porque o SUS está segurando. Bem ou mal, precário ou não, o SUS está segurando o avanço da epidemia no país. É esse SUS capenga que a gente tem, que segura a onda. Apesar de tudo e de todos os ataques, os trabalhadores de maneira geral fazem um trabalho fantástico. Em cada bairro tem um postinho de saúde, do Oiapoque ao Chuí. E se esses “postinhos” se transformassem em polos, em núcleos de organização política. A gente tem o espaço. O problema é que no modelo privatista as disputas acontecem o tempo todo. Sabe qual é a figura que eu construo? Aquela do filme *Aquarius*, quando no final a personagem protagonista descobre que o prédio estava sendo corroído por dentro. Não era só vender o prédio, não era só vender o apartamento dela. Já que não se consegue obter o apartamento dela, o setor privado corrói a estrutura. Estão tentando corroer o SUS na estrutura, como cupins, que vão se apropriando por dentro da estrutura. Tivemos um momento estratégico, do meu ponto de vista, que foram os conselhos de saúde, mas foram abandonados enquanto instâncias de políticas. Apesar de existir um bom conselho gestor, como é o caso do Campo Limpo, em São Paulo, que segurou a privatização, a terceirização com o Einstein. Imagina o que é discutir com a população sobre o que é o “selo Einstein de qualidade”. Dizer: “olha, vocês agora vão ser geridos pelo Einstein, que vai cuidar do hospital do Campo Limpo”. E a população responde: “não queremos o Einstein porque sabemos que a terceirização não é legal”. Então, isto pode indicar que se tivermos um movimento de saúde encarnado no bairro para discutir a vida dos/as trabalhadores/as junto com eles/as, participar com eles/as da vida cotidiana e não ficar apenas na discussão institucional no interior dos gabinetes dos secretários da gestão, é possível fazer política no bairro.

**Lutas Sociais:** Qual o impacto da pandemia nessa estrutura que já vinha sendo atacada há bastante tempo?

**Fernanda Almeida:** Quando começou a pandemia no Brasil, em março de 2020, fiquei muito assustada. O modelo privatista e a mídia foram disputando a própria concepção de saúde. Para estes, a saúde é apenas a ausência de doenças. Para nós, é bem mais complexo. Quando a gente fala de concepção de saúde que o SUS tem, é que saúde é muito mais complexa do que você eliminar a doença. A concepção de saúde ampliada no SUS, estruturada na Constituição de 1988 é posta como: “*direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”. O que isso significa? Significa que na perspectiva da política de saúde trata-se da qualidade de vida. A discussão do SUS trata o direito à saúde vinculado aos direitos à habitação, educação, cultura, trabalho etc.

Outro ponto é que com a pandemia de coronavírus, começou essa história de “linha de frente”. Juntamente com ampliar os leitos de UTI, abrir hospitais de campanha, e todo esse arsenal necessário, mas ao mesmo tempo muito midiático. Eu falei: *caramba, não é isso, nós temos o SUS!* A grande questão é: como as UBS e toda rede potente da atenção primária e secundária vão trabalhar na pandemia? Porque são elas que vão identificar, isolar, orientar, fazer prevenção. Mas aí prevaleceu o discurso hospitalar, mais uma vez a priorização do modelo hospitalocêntrico, e a ideia de que a solução da pandemia está apenas centrada na abertura dos leitos de UTIs. Até agora o único indicador e controle da pandemia continua sendo a quantidade de leitos disponíveis nas UTIs. O que define as fases verde, amarela, laranja e vermelha são as ocupações dos leitos de UTI. É um indicador, que não deve ser menosprezado, é evidente que ele é fundamental. Basta olharmos o que ocorre em várias regiões do país. Mas ele não pode ser o único. As UBSs nos bairros teriam como fazer vigilância e saúde, ofertar uma leitura epidemiológica do bairro, sobre a concentração maior das pessoas, sobre as condições sanitárias. A inteligência e a capacidade do SUS não foram acionadas na sua potência. A estratégia para a Brasilândia não é a mesma que para outra região da cidade. Não pode ser a mesma. Deveria haver planos regionalizados, um sistema de autonomia para gerir esses planos. Mas não há. E os postos de saúde foram sendo esvaziados no primeiro momento.

A primeira orientação, nos primeiros meses da pandemia, pelo menos aqui em São Paulo foi: não procurem o posto! Isso foi um erro! A UBS teria estrutura para isolar, fazer bloqueio epidemiológico. Orientar para o isolamento dos contaminados. Então, nos primeiros meses da pandemia houve um erro

quanto ao processo pandêmico e utilização da estrutura do SUS. Foi um erro porque não se apostou num modelo de saúde regionalizado, territorializado, de atenção primária.

Aqui foi bem diferente de Cuba, que abordou a pandemia de forma distinta. Cuba tem uma boa saúde porque investe em ciência e porque investe em atenção primária. Este é o grande diferencial. Os médicos cubanos quando chegaram aqui, olhavam para as pessoas, tocavam nas pessoas, conversavam com as pessoas. Faziam atendimento primário de saúde. Vieram de Cuba médicos de atenção primária, vieram médicos para tratar doenças menos graves, que são as que sobrecarregam a atenção primária do Sistema Único de Saúde.

**Lutas Sociais:** Tem todo um movimento popular voltado para a organização da saúde. E a gente sabe que a saúde, lamentavelmente ou não, não segue uma evolução linear, tem idas, vindas, voltas e vitórias. E, atualmente, nós vivemos outro momento maior de desorganização das classes populares do Brasil, que muda a percepção, o imaginário, que é um grupo de classe média que está chegando agora aos 20 anos e não participou de mobilização alguma. Alguns, infelizmente, começaram a atuar em 2016 e deu no que deu. Ao lado disso, me assusta muito ver aquele senhor da Ultra Farma, aparecer como o benemérito, um cara que distribui remédios com baixo preço, o benfeitor do povo. Existe alguma percepção crítica em relação a isso hoje? Há uma ideia de que remédio, a medicina deveriam ser um direito? Porque tem o modelo de Cuba, mas tem também os diferentes países capitalistas. Tem França, Inglaterra, Suécia, Finlândia etc. onde o acesso à saúde é praticamente um direito. Isso aqui sumiu. O pessoal que tem acesso ao SUS faz esse debate? Isso é problematizado?

**Fernanda Almeida:** Sim, sim. Justamente, é a questão da concepção de saúde. Se a concepção de saúde for a ausência de doença, o remédio será a resposta. Estamos falando para além do/a trabalhador/a da saúde, estamos falando da indústria farmacêutica, o que não é qualquer coisa. É uma das grandes potências mundiais, em especial agora nessa corrida pela vacina. A gente está vendo a importância, o tamanho real dessa estrutura. O modelo de saúde é a expressão do modelo de organização política que um país tem. Assim, o modelo de organização política que temos hoje no Brasil, reflete um modelo de saúde totalmente hospitalocêntrico e medicalizador, daí decorrem as tais disputas internas que eu mencionava. A maior parte dos médicos é formada para prescrever. É indecente a visita que os laboratórios fazem aos médicos entregando as “amostrinhas grátis”. É vergonhoso o médico que manda colocar o seu crachá no cordãozinho de um laboratório. O que isso significa? Significa

que o SUS é um lugar de disputa! Desde sempre o SUS é disputado. É a disputa do setor que vai discutir a questão dos remédios, das marcas, dos genéricos. Por outro lado, é uma conquista do SUS o fato de não se propagandear a “marca dos remédios”. O SUS é uma grande estrutura, percebe?! O SUS não é só o postinho, o SUS não é só hospital. O SUS é pesquisa, o SUS é ciência, o SUS é universidade. Então, a questão da medicalização é um ponto muito importante, porque acho que nunca se medicalizou tanto. Tem remédio para tudo, ao mesmo tempo, ironicamente é a mesma sociedade que diz que quer um “mundo sem drogas”. Então, eu adoro essa discussão. Eu digo sempre: “droga na drogaria, pão na padaria, não é?”

Nós temos uma “biqueira” aqui dentro. Cada unidade de saúde tem uma “biqueirinha” de remédio. Psicotrópico, então! As pessoas ficam me perguntando assim: “você não toma nada para trabalhar?”. É muito louco! Eu trabalhei numa UBS, essa de Itaquera que eu mencionei antes, lá tinha um médico ginecologista que prescrevia mais ansiolítico do que anticoncepcional. Isso é um absurdo! E a gente foi descobrindo isso porque as mulheres eram tratadas como loucas pelo ginecologista, não era consulta ginecológica. Era uma consulta para prescrição psiquiátrica. Muita receita de diazepam, de alprazolam etc. Essa questão da medicalização é um enorme ponto de discussão, mas ela não pode ser dissociada do modelo de saúde que a gente tem, nem do debate sobre o poder dos laboratórios.

Tem um pesquisador, o Henrique Carneiro, que tem um livro que se chama *Drogas: a história do proibicionismo*<sup>4</sup>, que é maravilhoso! Ele começa descrevendo o remédio como uma commodity brasileira, diz que o Brasil é o país que tem a maior indústria de cigarros, a maior indústria de cerveja, e pode vir a ser o maior indicador de uso de psicotrópicos. E, ao mesmo tempo, é o país mais proibicionista junto com os Estados Unidos com relação às drogas ilícitas. É no interior desse processo que eu acho que a gente tem que discutir essa questão da medicalização. Agora, ter remédio público gratuito no SUS é uma conquista que a gente não pode abrir mão, não pode abrir mão! Remédio associado ao tratamento, ao cuidado ampliado.

**Lutas Sociais:** Além do poder que os laboratórios têm, dentro dessa disputa política, dentro das categorias que compõem a equipe de saúde, os médicos são uma categoria com papel fundamental na visão da saúde e no tratamento via medicamentos. Existe outro movimento contra as terapias alternativas. Você pode falar um pouco sobre isso? Desta relação com os medicamentos? Relação

---

<sup>4</sup> São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

que sempre foi contestada pelo Conselho Federal de Medicina, mas que, no entanto, permanece calado diante do genocídio que esse governo federal promove e é uma das principais entidades contra as terapias alternativas dentro do SUS.

**Fernanda Almeida:** A classe média descobriu que tomar chás, por exemplo, e utilizar outras alternativas medicinais trazem muito mais benefícios para a saúde do que ficar se entupindo de remédios. O problema é que esse interesse torna a medicina alternativa mais cara e mais difícil de acessar, transforma em fetiche, e portanto, em uma mercadoria. Alexandre Padilha, foi um excelente Ministro da Saúde, em que pese as críticas que setores da esquerda fazem a ele, na sua relação política partidária, eu o considero um grande nome do campo da saúde pública. Ele fala das disputas no interior do SUS. Fala da tentativa de implementação de uma política de alimentação saudável, de práticas de medicina alternativa, mas é tudo muito marginalizado dentro dos serviços de saúde. No campo da saúde mental, a gente ainda consegue fazer uma discussão melhor. No governo do Fernando Haddad (2013-2016), eu tive a oportunidade de trabalhar por um período em uma supervisão de saúde na zona oeste, em Pinheiros mesmo, na qual pudemos implantar uma experiência piloto com imigrantes. Olha que coisa interessante. Foram realizadas algumas oficinas, e a primeira coisa que a gente descobriu é que os/as imigrantes – principalmente africanos e de outros países da América Latina – se espantavam quando passavam em consulta médica e ele receitava algum remédio. Eles diziam: “Doutor, eu não posso comprar”. E o médico respondia: “Não precisa. Você pega na farmácia aqui da unidade, eu só prescrevo os remédios que tem na farmácia da unidade”. O espanto era com o fato de a medicação ser gratuita, ser de graça.

Essa noção de que se você vai passar no médico e este vai prescrever uma medicação e o/a paciente vai pegar o remédio gratuitamente, não existia para eles/as. Mas, ao mesmo tempo, esses/as imigrantes também puderam nessas oficinas perguntar para os/as brasileiros/as: “Vocês não tomam chá? Vocês não têm outras experiências de saúde?” Começaram a trazer outra relação com a saúde. Foi uma experiência muito rica. Imagina o que seria do Brasil se pudesse se valer da sua ancestralidade, da sabedoria ancestral que o país tem com outras práticas de saúde! Eu sou neta de uma parteira e benzedeira. Minha avó teve todos os filhos em casa e ajudou um monte de mulher na Brasilândia a parir. Em casa, só remédio não resolvia. Tinha de ser benzido/a pela minha avó. Aprendi com ela sobre as propriedades da Arruda<sup>5</sup>, porque eu pegava a folhinha de Arruda

---

<sup>5</sup> Planta aromática, pertencente à família Rutaceae. Muito utilizada nas práticas populares para diferentes tratamentos (do auxílio no tratamento de infecções a dores menstruais).

e ia lá para ela me benzer, fazer chá e outras práticas. Neste momento, é uma nova tentativa de recorrer a esses saberes populares. E alguns médicos estão interessados/as nesse processo. Digo alguns/algumas porque sabemos o que a classe médica brasileira representa. Basta lembrarmos que a categoria majoritariamente apoiou o golpe de 2016. Vestiram-se com seus jalecos e foram para as ruas apoiar o golpe contra a Presidenta Dilma Rousseff. Então, enquanto a medicina for elitizada e não for apropriada pela classe trabalhadora, nós vamos ter sim médicos nessa disputa.

Já vimos algumas mudanças. Por exemplo, as médicas pretas<sup>6</sup> que fizeram uma mobilização pela internet recentemente. E a Dra. Julia Rocha, que atende na atenção básica lá em Minas Gerais. Ela acaba de publicar um livro pela Civilização Brasileira<sup>7</sup> e, corajosamente, pôs o nome do SUS na capa. Ela diz: “eu sou uma médica do SUS”. E traz a análise de que saúde é muito mais do que não estar doente: é ter a garantia de que o direito ao trabalho, à moradia, à alimentação, à educação, ao lazer e aos demais direitos sociais. No livro, a Dra. Julia, que é uma médica negra, apresenta a realidade da ausência de direitos básicos que os/as trabalhadores/as das periferias vivenciam todos os dias, desde sempre.

No governo da Luiza Erundina havia um projeto que discutia a medicalização para mulheres. Por quê? Porque se percebeu que os médicos ginecologistas estavam dopando as mulheres de psicotrópicos. Estamos diante da medicalização da questão social. A pessoa vai a uma unidade de saúde com pressão alta, com diabetes e saem com prescrições de medicamentos, mas será que é só isso, não deveria ser feito um trabalho sobre hábitos saudáveis? Algumas unidades fazem, mas nem todas. As pessoas falam que sentem um aperto no meu peito, o clínico geral rapidamente indica o cardiologista. Ora, o desemprego, a fome, o medo, a violência podem levar as pessoas a sentirem “aperto no peito”. Mas são empurradas para as filas de cardiologistas, que estão lotadas. De quê? De cardíacos/as? Não necessariamente! Mas lá tem muita gente com aperto no peito. Ou mandam para a psiquiatria, que terá como alternativa a receita do psicotrópico. Na verdade, quando se escuta essa pessoa, ela está falando da vida. As consultas são rápidas, o tempo necessário para o cuidado ampliado muitas vezes não é dado aos trabalhadores da saúde. Daí que temos essas filas gigantescas nas especialidades. Se não for dado um critério de prioridade nessas filas terá gente que precisa de verdade atrás daquele que poderia ser escutado melhor na atenção básica.

---

<sup>6</sup> A este respeito, consultar o artigo “Médicas pretas” publicado no Portal Geledés em 18 out. 2015. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/medicas-pretas/>>. Acesso em 12 dez. 2020.

<sup>7</sup> Trata-se do livro *Pacientes que curam: o cotidiano de uma médica do SUS*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020.

**Lutas Sociais:** Quando se olha para os números desta pandemia, a gente tem visto que fundamentalmente são as pessoas empobrecidas que moram nos locais mais precários que são a maioria entre as vítimas da Covid-19. São os/as moradores/as das periferias que tiveram de continuar trabalhando, servindo a classe média, entregar às delícias da classe média. Basta pegar o telefone e ligar que eles trazem. Não pararam de trabalhar e estão morrendo também. Como a gente pode analisar o que tem sido chamado de isolamento social? Todo mundo pode efetivamente se isolar? Os riscos são os mesmos para diferentes classes sociais? Como a pandemia impacta esses grupos?

**Fernanda Almeida:** Tem uma questão que eu acho que é importante e que é o fio que conduz a discussão sobre o SUS e a concepção de que a doença não é só biológica, é multifatorial. Quando se compreende isso, se compreende a “pandemia à brasileira”. Escrevi sobre isso no *Jornal GGN*<sup>8</sup>. A pandemia aqui guarda as características de um país profundamente desigual e estruturalmente racista, despolitizado e ignorante com relação à ciência. E não tenho dúvidas de que o Bolsonaro é o grande responsável por esta calamidade, porque ele é o chefe de estado, ele é quem conduz ou deveria conduzir a política, mas é negacionista, ignorante, fascista, genocida. Nisto ele é muito coerente com suas ideias e promessas de campanha.

E então, a pandemia no Brasil é resultado dessa relação de sempre. Por que está morrendo pobre? Por que está morrendo mais na periferia? Porque na determinação do processo de saúde e doença, quando a pandemia se instala lá, ela vai se desenvolver à luz desse processo. A meu ver a pandemia tem momentos, que acompanham as ondas de contágio e morte. Houve um primeiro momento na pandemia em que a orientação foi o isolamento social, o “Fique em casa!”. Que abriu uma série de debates, como por exemplo: é possível isolamento para todo mundo? De que nível de isolamento se estava ou se está falando? O que fazer com a população em situação de rua que não tem casa para ficar em casa?

O SESC me contratou para fazer uma série de entrevistas e ficou bem bonita. Chama-se “Direito à cidade e cotidiano: a população em situação de rua em tempos de pandemia”. E um dos episódios era: “Não tenho casa para ficar em casa”. Esse trabalho provoca a discussão sobre a população em situação de rua, que não tem casa para ficar em casa. E tem os/as trabalhadores/as que

---

<sup>8</sup> Ver “Pandemia à brasileira: Será que o ‘jeitinho brasileiro’ será capaz de enfrentar a Covid-19?”. 02 jul. 2020. *GGN: o jornal de todos os brasis*. Disponível em: <<https://jornalgggn.com.br/artigos/pandemia-a-brasileira-sera-que-o-jeitinho-brasileiro-sera-capaz-de-enfrentar-a-covid-19-por-fernanda-almeida/>>. Acesso em 12 dez. 2020.

<sup>9</sup> Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=0QwcOtKj5PQ>>. Acesso em 12 dez. 2020.

também não puderam sair das ruas, não puderam deixar de trabalhar para ficar em isolamento. Ao contrário, tiveram de trabalhar para possibilitar que outras categorias pudessem se isolar. É o caso dos/as trabalhadores/as de aplicativos, os chamados entregadores, os/as caixas de supermercados, motoristas de ônibus, trabalhadores/as da saúde etc. Estes foram alçados a trabalhadores/as da linha de frente.

E aí está um grande equívoco. Em minha opinião, a linha de frente é o pessoal que está lá no hospital. Nós somos o meio de campo. Nós armamos a jogada. O jogo não tem só linha de frente. Se tivesse, seria uma catástrofe! O que está acontecendo com o Brasil agora é que tem um monte de “Neymar” lá na frente e não tem armador de jogada. Estamos numa situação encalacrada. O modo como as cidades estão organizadas atende aos interesses da classe dominante e faz com que os/as trabalhadores/as não parem. O problema maior é quando estes/as têm de voltar para os bairros onde moram: sem saneamento, sem condição sanitária adequada. Então, a pandemia explicita as estruturas da desigualdade, ela mostra o problema da ausência de condições dignas de moradia, ela mostra o problema sanitário, o desmatamento, a violência etc. Então, a pandemia pôs tudo e todo mundo a nu.

O segundo momento tem relação com o discurso negacionista, com governos que se unem à ideia de que é possível dar uma “saidinha”, abrir o comércio, ceder aos interesses dos lojistas. Daí, a própria classe trabalhadora também passou a não se cuidar, a não usar máscaras. No começo dava para dizer que não havia máscaras, mas hoje todo mundo tem uma máscara. A gente distribui diariamente um monte de máscaras. Por exemplo, no CAPS montamos uma oficina para fazer máscara de pano. Mas com essa postura negacionista atrelada às desigualdades arraigadas na sociedade brasileira, vão morrer pobres e negros/as. Essa turma vai morrer em massa. Por que em massa? Porque essa turma é a massa de brasileiros/as que sobrecarrega o Sistema Único de Saúde. É a que está exposta, seja porque precisa, seja porque os bairros não têm condições sanitárias adequadas. E têm aqueles/as que, de alguma maneira, são convencidos/as por essas ideias negacionistas. Na Brasilândia, por exemplo, mas não só lá, tem lugares que parece não haver pandemia, pois as pessoas estão nas ruas e sem máscaras. Quem segue isolado/a hoje, majoritariamente, é a classe média e os/as trabalhadores/as formais. O restante está na rua. E tem gente na rua, não só por necessidade. Tem gente na rua por negacionismo.

**Lutas Sociais:** E qual a percepção das pessoas com as quais você tem contato sobre a diferença nas possibilidades de se proteger do vírus? Setores da classe média se protegem por meio de aplicativos e etc. Mas o aplicativo só

funciona se alguém pegar uma bicicleta – e às vezes vai até a pé – para entregar o que é encomendado a quem encomendou. Enquanto isso, os/as burgueses/as permanecem invisíveis, a vida da burguesia não mudou muito com a pandemia. Ela pega a família e vai para uma ilha. Da ilha vai de helicóptero para o local onde finge que trabalha, se reúne com a diretoria da empresa etc.. Ou seja, continua do mesmo jeito de antes. A impressão que passam é que o vírus atinge a todos/as nós, que o vírus não tem ideologia. Ora, pode ser que o vírus não tenha ideologia, mas aqueles/as que sofrem o impacto do vírus têm diferentes ideologias. Existe essa percepção? A massa do pessoal que utiliza o serviço do SUS tem essa percepção de que são realidades diferentes?

**Fernanda Almeida:** Não. Infelizmente, não. Eu acho que não. Acho que todo mundo incorporou que o vírus é “democrático”, igual para todo mundo. Isso é um problema, porque não é verdade. Mesmo eu, que não parei de sair para trabalhar, tenho uma casa que me permite uma condição de vida sanitária muito diferente das pessoas que eu atendo. Eu estou indo trabalhar de bicicleta, porque trabalho relativamente perto, então não pego transporte público para ir trabalhar. E, de novo, é a determinação do processo saúde-doença, que não pode ser desvinculado da desigualdade social no Brasil. É ela que determina quem vai morrer e quem vai se curar. Mesmo quando o vírus entra na corrente sanguínea, há diferenças nas possibilidades de cura, que depende da região da cidade em que você mora, do acesso ao serviço de saúde, da condição de isolamento, da condição nutricional, da condição geral de saúde. E mais, eu arrisco a dizer que depende da condição psíquica de conduzir todo esse processo. A gente está falando de pessoas que estão enlouquecendo. Nós estamos adoecendo. Escuto pessoas falando de sofrimento sem saber nomear o que estão sentindo, têm dificuldades até de nominar esse processo disruptivo que estamos vivendo, em especial diante do luto. O luto está posto, deixa sequelas. Imagina ter um familiar morto/a pela Covid-19 e não poder se despedir dessa pessoa! Imagina a consequência para alguém que, por exemplo, leva a mãe para ser cuidada no hospital e ela sai de lá no caixão lacrado ou num saco plástico!? Imagina dor! E essa dor não pode ser curada de um dia para o outro.

Vencer o coronavírus não significa estar curada/o. Essa pessoa que teve a Covid – ou seus familiares – passa a depender do Sistema Único de Saúde por anos. Porque ela vai precisar de um fisioterapeuta, muitos saem com sequelas graves. E o Sistema Único de Saúde precisa se preparar. Do ponto de vista da saúde mental, por exemplo, é preciso preparar para o impacto do adoecimento psíquico em consequência das determinações da pandemia. Já havia uma prevalência altíssima de depressão e ansiedade, que coloca São Paulo, por exemplo,

como um dos primeiros lugares do mundo com o maior indicador de ansiedade e depressão. Imagina agora com a pandemia!? Se não houver uma rede de saúde pública robusta, a crise se agravará. É por meio da saúde pública, e não da saúde como mercadoria, que se poderá efetivamente salvar vidas. Para isso, é preciso defender a saúde pública e romper com a máquina ideológica de destruição do SUS.